**Министерство науки и высшего образования Российской Федерации Министерство образования и науки Кыргызской Республики**

**Межгосударственная образовательная организация высшего образования Кыргызско-Российский Славянский университет имени первого Президента Российской Федерации Б.Н. Ельцина.**

**Фонд оценочных средств**

по дисциплине «Гинекология»

Уровень высшего образования

СПЕЦИАЛИТЕТ

Направление подготовки

31.05.02 – РФ, 560002 – КР Педиатрия

(код и наименование направления подготовки)

Квалификация Врач-педиатр

## 1. ПЕРЕЧЕНЬ КОМПЕТЕНЦИЙ С УКАЗАНИЕМ ЭТАПОВ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ В ПРОЦЕССЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

| **Формируемые компетенции** | **Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций** | **Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе** |
|---|---|---|
| **ПК-6**: способностью к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра | **Знать**: методики проведения исследований для выявления основных патологических состояний, симптомов синдромов заболеваний, нозологических форм | **Блок А** Вопросы для рубежного контроля. Вопросы для промежуточной аттестации Тестовые задания Устный опрос |
| | **Уметь:** осмыслить полученные результаты исследования основных нозологических форм заболеваний | **Блок С** Практические навыки (у постели больного / симуляция) Клинический разбор случая (Физикальное обследование, интерпретация анализов) |
| | **Владеть:** навыками выявления основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний. | **Блок D** Аналитическая работа / письменный разбор (Клинический разбор диагностического случая) Подготовка и защита Презентации клинического случая |
| **ПК-11**: готовностью к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства | **Знать**: методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического, хирургического и инфекционного профиля, современные методы клинического, лабораторного инструментального обследования больных (включая эндоскопические, рентгенологические методы ультразвуковую диагностику); | **Блок А** Практические навыки (у постели больного / симуляция) Клинический разбор случая (Физикальное обследование, интерпретация анализов) **Блок D** Аналитическая работа / письменный разбор (Клинический разбор диагностического случая) Подготовка и защита презентации клинического случая |
| | **Уметь:** подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, госпитализация; | **Блок В** Ситуационные задачи (кейсы) Письменный разбор клинической ситуации (Оформление карт, историй болезни, назначений) |
| | **Владеть:** навыками сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у конкретного больного при основных патологических синдромах и | **Блок D** Аналитическая работа / письменный разбор (Клинический разбор диагностического случая) Подготовка и защита презентации клинического случая |

| | | |
|---|---|---|
| | неотложных состояниях, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения; | |

## 2. ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА ДИСЦИПЛИНЫ/ПРАКТИКИ

**Технологическая карта дисциплины «гинекология»**

**Курс/семестр: 5/9(10) Количество кредитов (ЗЕ): 4 Отчетность: зачет с оценкой**

| Название модулей дисциплины согласно РПД | Контроль | Форма контроля | Зачетный минимум | Зачетный максимум | График контроля |
|---|---|---|---|---|---|
| Модуль 1 | | | | | |
| | Текущий | Теоретический опрос; Курация больного (сбор анамнеза, гинекологический осмотр, анализ лабораторных исследований) Проверка СРС. | 17 | 30 | 20/43 недели |
| | Рубежный | Устный опрос Решение ситуационных задач | 3 | 5 | |
| Модуль 2 | | | | | |
| | Текущий | Теоретический опрос; Курация больного (сбор анамнеза, гинекологический осмотр, анализ лабораторных исследований) Проверка СРС. | 17 | 30 | 21/44 |
| | Рубежный | Устный опрос Решение ситуационных задач | 3 | 5 | |
| Всего за семестр | | | 40 | 70 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Промежуточный контроль (Зачет с оценкой) | Устный опрос Решение ситуационных задач | 20 | 30 | |
| Семестровый рейтинг по дисциплине | | 60 | 100 | |

**Рубежный контроль** проверка полноты знаний и умений (достижения образовательных результатов) по материалу модуля в целом.

**Промежуточный контроль** завершенная задокументированная часть учебной дисциплины – совокупность тесно связанных между собой модулей дисциплины**.**

## 3. ТИПОВЫЕ КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ / ПРАКТИКЕ (ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА)

**Блок А**

**А.0 Фонд тестовых заданий по дисциплине.**

**А.1 Вопросы для опроса:**

1. Условия возникновения вагинального кандидоза
    1. Ухудшение условий жизни
    2. Длительный прием глюкортикоидов
    3. Использование гигиенических дез. растворов
    4. Повышение массы тела
    5. Нарушение диеты

2. Основным клиническим симптомом бактериального вагиноза является:
    1. Зуд наружных половых органов
    2. Диспаурения
    3. Дизурические явления
    4. Пузырьковые высыпания на наружных половых органах
    5. Обильные бели с запахом «гниющей рыбы»

3. Для лечения вагинального кандидоза применяются:
    1. Диклофенаковые свечи
    2. Овестиновые свечи
    3. Клотримазоловые свечи
    4. Метронидазоловые свечи
    5. Папавериновые свечи

4. Диагностическим критериям бактериального вагиноза является:
    1. Гиперемия слизистой влагалища
    2. Гноевидные выделения из влагалища
    3. Обнаружение палочковидных микробов при микроскопии
    4. Обнаружение «ключевых клеток» при микроскопии
    5. Обнаружение 4 степени чистоты влагалищной флоры.

5. Когда появляются симптомы вторичного сифилиса?
    1. через 6-8 недель  после появления твердого шанкра
    2. через 1 неделю после появления шанкра
    3. вместе с появлением твердого шанкра
    4. через 20 недель  после появления шанкра

5. через 3 недели после появления шанкра.

6. К гонорее нижних отделов мочеполовой системы относят поражение:
1. Матки
2. Маточных труб
3. Яичников
4. Брюшины малого таза
5. Слизистой шейки матки

7. Какой метод диагностики позволяет более точно установить наличие вируса папилломы человека?
1. Взятие мазка на УТИ (урогенитальная инфекция)
2. Выявление степени чистоты влагалищной флоры
3. Кольпоскопия
4. Посев флоры из шейки матки
5. Биопсия шейки матки

8. Какой метод терапии остроконечных кандилом считается более рискованным у беременных?
1. Хирургическое удаление
2. Криодеструкция
3. Радиоволновая терапия
4. Лазерная терапия
5. Электрокоагуляция

9. Гонококки преимущественно поражают отделы мочеполовой системы выстланные эпителием:
1. кубическим эпителием
2. цилиндрический эпителием
3. многослойным плоским неороговевающим эпителием
4. многослойным плоским ороговевающим эпителием
5. переходным эпителием

10. Какое бесплодие чаще всего встречается у пациентки хламидийной инфекцией?
1. Эндокринное бесплодие
2. Мужское бесплодие
3. Трубное бесплодие
4. Трубно-перитониальное бесплодие
5. Иммунное бесплодие

11. У пациентки слизистая влагалища покрыт творожистым налетом. Какой диагноз верен?
1. Гонорейный кольпит
2. Трихомонадный кольпит
3. Неспецифический вульвовагинит
4. Кандидозный вульвовагинит
5. Бактериальных вагиноз

12. Клинические признаки истинного абсцесса бартолиновой железы следующие:
1. Повышение температуры, явление интоксикации
2. Отеки и гиперемия половой губы
3. Увеличение половой губы и лимфоузлов со стороны поражения

4. Высокая температура тела, острая боль в половой губе
5. Гипертермия,  боль и флюктуация в бартолиновой железе

13. Сальпингоофорит - это
1. Воспаление клетчатки окружающей матку
2. Воспаление маточной трубы
3. Воспаление придатков матки
4. Воспаление слизистой влагалища и шейки матки
5. Воспаление половой губы и влагалища

14. Осложнение хронического сальпингоофорита следующее:
1. Эктропион шейки матки
2. Эндоцервицит
3. Гиперплазия эндометрия
4. Эрозия шейки матки
5. Спаечный процесс в малом тазу

15. Скопление гноя в маточной трубе - это
1. Сактосальпинкс
2. Гидросальпинкс
3. Пиосальпинкс
4. Пиовар
5. Сальпингит

16. Частые осложнения гнойного острого сальпингита
1. Хронизация процесса
2. Абсцедирование придатков
3. Эрозия шейки матки
4. Кольпит
5. Сигмоидит

17. Параметрит - это
1. Воспаление брюшины малого таза
2. Воспаление большой железы преддверия
3. Воспаление клетчатки окружающей матки
4. Воспаление слизистой влагалища
5. Воспаление всех слоев матки

18. Ведущее место в лечении воспалительных заболеваний органов гениталия принадлежит:
1. Антибактериальная терапия
2. Витаминотерапия
3. Физиотерапия
4. Инфузионная терапия
5. Антимикотическая терапия

19. При подозрении на бактериальный вагиноз целесообразно провести:
1. УЗИ внутренних половых органов
2. Кольпоскопия
3. Гистологическое исследование
4. Микроскопия мазка на «ключевые клетки»
5. Исследование на аминовый тест

20. У больных с хроническим эндометритом наблюдается кровянистые выделения:
    1. Пременструальные
    2. Постменструальные
    3. Межменструальные
    4. Еженедельные
    5. Ациклические

21. Больной с тубооваривальным образованием в «холодном периоде» показана:
    1. Терапия с гоновакциной
    2. Терапия с пирогеналом
    3. Электрофорез с цинком
    4. Хирургическое удаление придатков
    5. Пункция образование через задний свод

22. Диагноз рецидивирующий кандидоз ставят, когда в течении 1 года регистрируются:
    1. Два клинических эпизода заболевания
    2. Один клинический эпизод заболевания
    3. Ежемесячные клинические эпизоды заболевания
    4. 4-5 клинические эпизоды заболевания
    5. Возникающие эпизоды заболевания только после лечения

23. Главную роль в возникновении в воспалении органов гениталия принадлежит:
    1. Стафилококку
    2. Кишечной палочке
    3. Микст инфекции
    4. Анаэробной флоре
    5. Вирусной инфекции

24. Первичный очаг при гинекологическом пельвиоперитоните чаще локализуется:
    1. В маточных трубах, яичниках
    2. Аппендиксе
    3. Среднем ухе
    4. Ретроцервикальной области
    5. В матке

25. При хроническом эндометрите не встречаются следующий морфологический вариант:
    1. Атрофический
    2. Кистозный
    3. Гипертрофический
    4. Полиповидный
    5. Солидный

26. Для пробной диагностики воспалительных заболеваний придатков целесообразно:
    1. Трансабдоминальная эхография
    2. Трансвагинальная эхография
    3. Компьютерная томография
    4. Кольпоскопия
    5. Лапароскопия

27. Для уничтожения элементарных тельцов (ЭТ) хламидийной инфекции используются пульс-терапия

1. 3 курса прерывистого лечения по 7 дней, с последующим перерывом 14 дней
2. 3 курса прерывистого лечения по 7 дней, с последующим перерывом 7 дней
3. 2 курса прерывистого лечения по 7 дней, с последующим перерывом 10 дней
4. 2 курса прерывистого лечения по 7 дней, с последующим перерывом 7 дней
5. 3 курса прерывистого лечения по 21 дней, с последующим перерывом на 7 дней

28. Лечение генитального хламидиоза будет успешным, если соблюдать следующее правило:
1. Учитывать клиническую картину воспаления
2. Использовать препараты с антибактериальным действием
3. Использовать цефалоспорины с местным лечением
4. Использовать макролиды обладающие хорошо проникать внутрь клетки
5. Использовать антихломидийные препараты только местного действия

29. К возбудителям неспецифических воспалительных заболеваний женских половых органов относится:
1. Стафилококк
2. Хламидии
3. Гонококк
4. Гарднерелла
5. Микоплазма

30. Внематочная беременность может локализоваться в следующих органах:
1. влагалище
2. селезенке
3. почке
4. маточной трубе
5. мочевом пузыре

31. Наиболее частой причиной внематочной беременности является
1. генитальный инфантилизм
2. наружный генитальный эндометриоз
3. подслизистая миома матки
4. хронический сальпингит
5. длительное ношение ВМК

32. Наиболее информативный метод диагностики трубной беременности
1. трансвагинальная эхография
2. определение титра хорионического гонадотропина в динамике
3. лапароскопия
4. гистеросальпингография
5. пункция брюшной полости через задний свод влагалища

33. Наиболее характерные изменения эндометрия при внематочной беременности
1. атрофия
2. пролиферация
3. железисто-кистозная гиперплазия
4. децидуальная трансформация
5. эндометриальный полип

34. Каковы основные клинические симптомы прогрессирующей внематочной беременности

1. приступообразные боли внизу живота
2. мажущие кровянистые выделения из половых путей
3. слабо положительные симптомы раздражения брюшины
4. жидкий стул
5. тошнота и рвота

35. При шеечной беременности следует произвести
1. МВА
2. экстирпацию матки
3. тампонаду шейки матки
4. надвлагалищную ампутацию матки
5. гистероскопию

36. Неотложная помощь при внематочной беременности, нарушенной по типу разрыва трубы:
1. экстренное оперативное вмешательство
2. адекватную инфузионно-трансфузионную терапию
3. введение кардиотонических и вазотропных средств
4. введение утеротонических препаратов
5. химиотерапия

37. Укажите современные методы лечения прогрессирующей трубной беременности
1. кульдоскопия;
2. введение метотрексата
3. удаление маточной трубы
4. милкинг
5. удаление матки с предатками

38. Наиболее целесообразная последовательность мероприятий при нарушении внематочной беременности
1. гемотрансфузия, операция
2. консультация терапевта, анестезиолога, операция
3. ультразвуковое исследование, гемотрансфузия, операция
4. операция, гемотрансфузия
5. химиотерапия, операция

39. Трубный аборт (без значительного внутрибрюшного кровотечения) надо дифференцировать
1. с самопроизвольным выкидышем малого срока
2. с обострением хронического сальпингоофорига
3. с дисфункциональным маточным кровотечением
4. с полипом эндометрия
5. с миомой матки

40. Апоплексия яичника - это:
1. остро возникшее кровотечение из яичника
2. разрыв яичника
3. остро возникшее нарушение кровоснабжения яичника
4. выход яйцеклетки из фолликула
5. разрыв фолликула

41. Основной причиной смерти пациенток с трубной беременностью является

1. эмболия легких
2. кишечная непроходимость
3. гипонатриемия
4. внутреннее кровотечение
5. инфекция

42. При каком из заболеваний наиболее часто наблюдается положительный френикус-симптом?
1. при нарушенной внематочной беременности
2. при перекруте ножки опухоли яичника
3. при остром аппендиците
4. при перитоните
5. при некрозе миоматозного узла

43. Какие эхографические признаки свидетельствуют о наличии прогрессирующей внематочной беременности?
1. наличие плодного яйца вне полости матки
2. наличие свободной жидкости в позадикишечном пространстве
3. наличие свободной жидкости в верхнебоковом отделе живота
4. толщина эндометрия 2 см
5. наличие желтого тела в яичнике

44. Методы диагностики, уточняющие диагноз апоплексии яичника
1. диагностическая пункция влагалища
2. ультразвуковое исследование
3. исследование периферической крови
4. лапароскопия
5. гистероскопия

45. Гинекологические заболевания, сопровождающиеся внутренним кровотечением
1. пельвиоперитонит
2. перекрут ножки кисты (кистомы) яичника
3. перфорация матки
4. некроз миоматозного узла
5. прогрессирующая трубная беременность

46. Лечение перекрута ножки опухоли яичника
1. консервативное
2. немедикаментозные
3. оперативное
4. физиотерапевтическое
5. гемостатическое

47. Хирургическая тактика при трубной беременности ампулярной части – это
1. выдавливание плодного яйца
2. продольное рассечение стенки маточной трубы
3. удаление части пораженной трубы
4. удаление всей пораженной трубы
5. наложение анастомоза на трубу

48. При легкой степени тяжести апоплексии яичника кровопотеря составляет
1. 100-150 мл

2. 150-200 мл
3. 200-250 мл
4. 250-300 мл
5. 300-350 мл

49. При средней степени тяжести апоплексии яичника кровопотеря составляет
1. 100-120 мл
2. 120-150 мл
3. 150-500 мл
4. 500-700 мл
5. 700-750 мл

50.У больной с клиническим диагнозом апоплексии яичника показанием к операции является
1. наличие воспаления придатков в анамнезе
2. дисфункция яичников в анамнезе
3. болевой синдром
4. внутрибрюшное кровотечение
5. повышение температуры тела

51. На какой неделе чаще прерывается прогрессирующая трубная беременность
1. на 2-3 неделе
2. на 3-5 неделе
3. на 5-7 неделе
4. на 6-8 неделе
5. на 9-10 неделе

52. Для чего определяют ХГЧ после органосохраняющих операций по поводу внематочной беременности
1. исключить прогрессирующую беременность
2. исключить хорионэпителиому
3. подтвердить диагноз беременность
4. для прогноза беременности
5. для дифдиагностики

53. При яичниковой беременности проводят
1. резекцию яичника в пределах здоровой ткани
2. удаление яичника
3. удаление яичника с маточной трубой
4. энуклеацию плодного яйца
5. пункция яичника

54. К апоплексии яичника предрасполагают
1. воспалительные процессы
2. гормональные нарушения
3. генетические факторы
4. нарушения менструального цикла
5. носовые кровотечение

55. Чем отличается строение хирургической и анатомической ножки кисты яичника
1. наличием маточной трубы
2. наличием сосудов

3. наличием брыжейки
4. наличием связок
5. наличием сальника

56. Полный перекрут ножки опухолей придатков матки-это
1. поворот на 45 градусов
2. поворот на 90 градусов
3. поворот на 100 градусов
4. поворот на 180 градусов
5. поворот на 360 градусов

57. Что чаще предрасполагает к некрозу миоматозного узла
1. воспалительные процессы
2. беременность и роды
3. гормональный фон
4. физическая активность
5. половые контакты

58. Какая патология дает иррадиацию боли
1. внематочная беременность
2. некроз миоматозного узла
3. перитонит
4. перекрут ножки кисты
5. перфорация матки

59. У пациентки с диагнозом апоплексии яичника показанием к операции является
1. болевой синдром
2. внутрибрюшное кровотечение
3. дисфункция яичников в анамнезе
4. воспаление придатков в анамнезе
5. синдром интоксикации

60. Тактикой при подозрении на перекрут яичника является
1. диагностическая лапароскопия
2. диагностическая гистероскопия
3. овариэктомия
4. резекция яичника
5. удаление маточной трубы

61. Термин «первичное бесплодие» означает, что:
1. не было ни одной беременности
2. не было рождено живых детей
3. все беременности прерваны по медицинским показаниям
4. у женщины отсутствуют внутренние половые органы
5. беременность вне брака

62. Эндокринное бесплодие может быть обусловлено:
1. отсутствием яичника
2. отсутствием маточных труб
3. отсутствием матки
4. сахарным диабетом

5. пролактиномой гипофиза

63. Бесплодие вторичное – это состояние, при котором:
1. не было ни одной беременности в течении года
2. не наступает повторная беременность более шести месяцев
3. в прошлом были беременности, но не закончилась родами
4. все беременности прерваны по медицинским показаниям
5. отсутствуют внутренние половые органы

64. К бесплодию, обусловленному наличием механического препятствия для сперматозоидов, относят:
1. трубное бесплодие
2. аплазию матки
3. миому матки
4. аденомиоз матки
5. кисту яичника

65. Индукция овуляции – это:
1. терапия с целью формирования нормальных овуляторных циклов
2. терапия с целью развития нормального желтого тела в яичниках
3. процедура введения специально обработанной спермы в полость матки
4. процесс замораживания биологического материала с целью его сохранения
5. процедура подсадки эмбрионов, оплодотворенных вне организма

66. С целью уточнения причины бесплодия рекомендовано направлять пациентку на исследование уровня пролактина в крови:
1. на 2-5 день менструального цикла
2. на 7-10 день менструального цикла
3. на 14-16 день менструального цикла
4. на 20-22 день менструального цикла
5. на 23-25 день менструального цикла

67. Причиной гиперпролактинемии являются:
1. аденома гипофиза
2. мастопатия
3. инфекции, передающиеся половым путем
4. длительное грудное вскармливание
5. пластические операции на молочных железах

68. «Золотым стандартом» диагностики внутриматочной патологии на современном этапе является
1. пайпель биопсия эндометрия с дальнейшим иммуногистохимическим анализом эндометрия
2. диагностическое выскабливание под контролем гистероскопии с дальнейшим гистологическим исследованием соскоба
3. аспирационная биопсия эндометрия с дальнейшим цитологическим исследованием соскоба
4. ЦУГ-биопсия эндометрия с дальнейшим цитологическим исследованием соскоба
5. Ультразвуковое исследование малого таза, матки с придатками

69. Гиперплазия эндометрия – это патологический процесс слизистой оболочки матки, характеризующийся
1. уменьшением железисто-стромального соотношения с пролиферацией желез
2. увеличением железисто-стромального соотношения с пролиферацией желез
3. уменьшением железисто-стромального соотношения с атрофией желез
4. увеличением железисто-стромального соотношения с атрофией стромы
5. увеличением железистого компонента с атрофией стромы

70. Гистологическая классификация опухолей женского полового тракта включает 2 группы
1. смешанные и атипические гиперплазии эндометрия
2. доброкачественные и атипические гиперплазии эндометрия
3. доброкачественные и атипические гиперплазии эндометрия
4. злокачественные и смешанные гиперплазии эндометрия
5. стромальные и атипические гиперплазии эндометрия.

71. Основным методом для определения характера гиперплазии эндометрия является:
1. морфологический
2. клинический
3. лабораторный
4. ультразвуковой
5. лапароскопический

72. Вопрос о гистерэктомии решается:
1. при переходе в атипическую гиперплазию эндометрия
2. при субсерозной миоме матки небольших размеров
3. при интрамуральной миоме матки небольших размеров
4. при гиперплазии эндометрия без атипии
5. при фиброзном полипеэндометрия

73. При подозрении на гиперплазию эндометрия по данным УЗИ органов малого таза у пациенток репродуктивного возраста с регулярным менструальным циклом проводят
1. раздельное диагностическое выскабливание
2. определение уровня половых гормонов
3. диагностическую гистероскопию
4. определение уровня тестостерона
5. диагностическую лапароскопию

74. Рекомендуемая терапия после морфологической верификации диагноза гиперплазии эндометрия в случае противопоказаний к прогестерон содержащей внутриматочной системе или отказа от ее введения?
1. комбинированными оральными контрацептивами
2. прогестагенами в пролонгированном режиме
3. эстрогенами.в непрерывном режиме
4. эстрогенами в циклическом режиме
5. комбинированная антибактериальная терапия.

75. Рекомендуется при атипической гиперплазии эндометрия проведение:
1. гистерэктомии без придатков лапароскопическим доступом
2. гистерэктомии без придатков лапаротомическим доступом
3. гистерэктомии без придатков трансвагинальным доступом

4. гистерэктомии с придатками лапаротомным доступом
5. гистерэктомии с придатками лапароскопическим доступом

76. Рецидивы гиперплазии эндометрия значительно чаще возникают у пациенток с наличием в анамнезе:
1. многоплодной беременности
2. патологии шейки матки
3. избыточной массы тела
4. аблации эндометрия
5. высокого паритета родов

77. Терапия простой гиперплазии эндометрия включает
1. гормональное лечение
2. оперативное лечение
3. антибактериальное лечение
4. противовоспалительное лечение
5. периодическое наблюдение.

78. УЗИ критерии, позволяющие заподозрить гиперплазию эндометрия в репродуктивном периоде:
1. М-эхо более 1-2 мм на 5-7й дни цикла
2. М-эхо более 3-5 мм на 5-7й дни цикла
3. М-эхо более 5-6 мм на 5-7й дни цикла.
4. М-эхо более 7-8 мм на 5-7й дни цикла
5. М-эхо более 10-12 мм на 5-7й дни цикла

79. Цель терапии гиперплазии эндометрия состоит в:
1. проведении фотодинамической терапии
2. профилактике рецидивов
3. проведении антибактериальной терапии
4. проведении физиотерапии
5. купировании кровотечений

80. Атипическая гиперплазия эндометрия может переходить в рак:
1. в репродуктивном возрасте
2. в пременопаузальном возрасте
3. в любом возрасте
4. в периоде постменопаузы
5. в подростковом возрасте

81. Меноррагия – это:
1. ациклические маточные кровотечения
2. циклические маточные кровотечения
3. болезненные и обильные кровотечения
4. пре- и постменструальные кровянистые выделения
5. уменьшение продолжительности менструального цикла

82. Метроррагия это:
1. изменение ритма менструации
2. увеличение кровопотери во время менструации
3. увеличение продолжительности менструации
4. ациклические маточные кровотечения

5. редкие менструации

83. Как проверить толщину эндометрия?
1. с помощью УЗИ определения
2. с помощью гистероскопии
3. с помощью лапароскопии
4. с помощью кольпоскопии
5. при бимануальном влагалищном исследовании.

84. Гиперплазия эндометрия — заболевание, которое может привести к ряду осложнений. Наиболее частыми из них являются:
1. рак эндометрия
2. эндометрит
3. миома матки
4. эндометриоз
5. аденомиоз

85. Что такое гистероскопия?
1. «золотой стандарт» диагностики и лечения внутриматочной патологии
2. «золотой стандарт» диагностики и лечения шеечной патологии
3. «золотой стандарт» диагностики и лечения яичниковой патологии
4. «золотой стандарт» диагностики и лечения трубной патологии
5. «золотой стандарт» лечения воспалительных заболеваний малого таза

86. Чем отличается простая гиперплазия от сложной?
1. наличием атипичных клеток эндометрия
2. увеличением обьема  тела матки
3. количеством и структурой желез эндометрия
4. локализацией поражения эндометрия
5. способностью к регрессии эндометрия

87. Гипоталамус вырабатывает следующие гормоны:
1. гонадотропины
2. эстрогены
3. гестагены
4. рилизинг-факторы
5. кортизол

88. Продолжительность нормальной менструации:
1. 1-3 дня
2. 3-5 дней
3. 3-7 дней
4. 5-8 дней
5. 2-10 дней

89. Средняя кровопотеря во время нормальной менструации составляет:
1. 20-30 мл
2. 50-70 мл
3. 100-150 мл
4. 150-200 мл
2. 200-250 мл

90. Продолжительность нормального менструального цикла:
1. 3-7 дней
2. 14-28 дней
3. 21-35 дней
4. 28-29 дней
5. 28-40 дней

91. Тест измерения базальной температуры основан на гипертермическом эффекте
1. эстрадиола
2. простагландина
3. прогестерона
4. кортизола
5. инсулна

92. Синтез гонадолиберина осуществляется в:
1. передней доле гипофиза
2. задней доли гипофиза
3. ядрах гипоталамуса
4. нейронах коры большого мозга
5. в нейронах мозжечка

93. ФСГ стимулирует:
1. рост фолликула в яичнике
2. продукцию корткостероидов
3. продукцию ТТГ в щитовидной железе
4. синтез прогестерона
5. функцию желтого тела

94. В какой фазе менструального цикла частота «пульсаций» секреции лютеинизирующего гормона является максимальной
1. в фазе антрального фолликула
2. в предовуляторном периоде
3. в постовуляторном периоде
4. в лютеиновой фазе
5. на протяжении всего цикла

95. Эстрогены секретируются:
1. клетками внутренней оболочки фолликула
2. жёлтым телом
3. корковым веществом надпочечника
4. мозговым веществом надпочечника
5. эндометрием

96. Гестагены:
1. снижают содержание холестерина в крови
2. определяют развитие половых признаков
3. повышают тонус матки
4. понижают тонус матки
5. усиливают процессы окостенения

97. В яичнике андрогены служат субстратом для образования
1. прогестерона

2. эстрогена
3. пролактина
4. кортизола
5. тестостерона

98. Средние значения диаметра преовуляторного фолликула при ультразвуковом исследовании составляют:
1. 10-14 мм
2. 12-15 мм
3. 14-16 мм
4. 18-23 мм
5. 25-32 мм

99. Что определяет кольпоцитологический метод исследования:
1. повышенный уровент андрогенов
2. повышенный уровень прогестерона
3. повышенный уровень эстрогенов
4. повышенный уровень тироксина
5. повышенный уровень пролактина

100. Назовите наиболее информативный тест на определение овуляции
1. натяжение цервикальной слизи
2. симптом зрачка
3. базальная температура
4. кариопикнотический индекс
5. тест на овуляцию по моче

101. Нормальная продолжительность лютеиновой фазы по данным ректальной температуры составляет:
1. 5-7 дней.
2. 11-14 дней
3. 16-18 дней
4. 20-24 дня
5. 28-30 дней

102. К ранним симптомам климактерия относятся:
1. сексуальные расстройства
2. остеопорозные процессы
3. вегетососудистые нарушения
4. обмено-эндокринные нарушения
5. ментальные нарушения

103. К средне временным расстройства климактерия относятся:
1. урогенитальные расстройства
2. остеопорозные процессы
3. вегетососудистые нарушения
4. метаболический синдром
5. ментальные нарушения

104. К поздним симптомам климактерия относятся:
1. урогенитальные расстройства
2. остеопорозные процессы

3. вегетососудистые нарушения
4. психоэмоциональные расстройства
5. метаболический синдром

105. Проявления нейровегетативных форм климактерического синдрома
1. атрофия, сухость слизистой влагалища
2. остеопороз и артрит
3. скачки артериального давления
4. отеки, нагрубание молочных желез
5. приливы жара и потливость

106. Поздние проявления климактерического синдрома
1. атрофия, сухость слизистой влагалища, зуд
2. остеопороз крупных костей
3. нарушение сна, памяти, раздражительность
4. отеки, нагрубание молочных желез
5. приливы жара и потливость

107. При лечении больных с климактерическим синдромом используют
1. только эстрогеные препараты
2. только гестагеные препараты
3. эстроген-гестагенные препараты
4. эстрогено-андрогенные препараты
5. оральные контрацептивы

108. Недостаточность лютеиновой фазы – это нарушение функции яичников, характеризующееся:
1. увеличением передней доли гипофиза
2. гиперплазией коры надпочечников
3. гипофункций желтого тела яичника
4. диффузным увеличением щитовидной железы
5. органическим нарушением гипоталических структур

109. Причинами недостаточности лютеиновой фазы является
1. гиперадрогении различного генеза
2. гиперинсулинемия
3. воспалительный процесс в малом тазу
4. заболевания щитовидной железы
5. синдром истощения яичников

110. Характерным для недостаточности лютеиновой фазы при биопсии эндометрия является:
1. недостаточность пролиферативной трансформации эндометрия
2. выраженная пролиферативная трансформация эндометрия
3. недостаточность секреторной трансформации эндометрия
4. выраженная секреторная трансформация эндометрия
5. атрофический эндометрий с фиброзом стромы

111. Этиологическими факторами дисфункционального маточного кровотечения у женщин репродуктивного возраста могут быть
1. медицинские аборты
2. ранее наступление менархе

3. психо-эмоциональные нагрузки
4. позднее наступление менархе
5. сахарный диабет

112. Персистенция фолликула это:
1. обратное развитие незрелого фолликула.
2. длительное существование зрелого фолликула.
3. отсутствие доминантного фолликула.
4. разрыв зрелого фолликула.
5. отсутствие антрального фолликула

113. Лечение дисфункционального маточного кровотечения у женщин репродуктивного периода следует начинать с:
1. назначения эстроген – гестаген оральных контрацептивов.
2. назначения заместительной гормональной терапии.
3. симптоматического комплексного гемостаза.
4. диагностического выскабливания полости матки.
5. стимуляции овуляции гонадотропными препаратами.

114. Морфологическая характеристика эндометрия при персистенции фолликула:
1. децидуальное превращение эндометрия.
2. десквамация эндометрия.
3. атрофия эндометрия.
4. пролиферация эндометрия.
5. секреция эндометрия.

115. Лечебно – диагностические мероприятия при дисфункциональном маточном кровотечении климактерического периода следует начинать с:
1. гормонального гемостаза оральными контрацептивами.
2. назначения заместительной гормональной терапии.
3. симптоматического комплексного гемостаза.
4. диагностического выскабливания полости матки.
5. оперативного удаления матки.

116. Лечение дисфункционального маточного кровотечения у женщин подросткового периода следует начинать с:
1. циклического приема оральных контрацептивов.
2. назначения заместительной гормональной терапии.
3. симптоматического комплексного гемостаза.
4. диагностического выскабливания полости матки.
5. стимуляции овуляции гонадотропными препаратами.

117. Наиболее частой причиной кровянистых выделений из половых путей в постменопаузе является:
1. рак шейки матки
2. рак эндометрия
3. подслизистая миома матки
4. рак яичников
5. эндометриальный полип

118. Ювенильные маточные кровотечения чаще всего обусловлены
1. нарушением ритмической продукции гормонов яичника

2. органическими заболеваниями половой системы
3. заболеванием различных систем организма
4. тяжелым гипотиреозом и анемией
5. опухолевым ростом в яичниках

119. Для ановуляторного менструального цикла характерно
1. циклические изменения в организме
2. длительная персистенция фолликула
3. длительная атрезия фолликула
4. преобладание гестагенов во второй фазе цикла
5. преобладание гестагенов в первую фазу цикла

120. Аменорея - это отсутствие менструации в течение:
1. 2-ух месяцев
2. 4-ти месяцев
3. 6-ти месяцев
4. 8-ми месяцев
5. 12-ти месяцев

121. Преждевременное половое развитие не характерно для
1. опухоли головного мозга
2. фолликулярной кисты яичника
3. адреногенитального синдрома
4. дисгенезии гонад
5. гранулезоклеточной опухоли яичников

122. Ложная аменорея может быть обусловлена:
1. атрезией шейки матки
2. аплазией тела матки
3. дисгенезией гонад
4. гипотиреозом
5. микропролактиномой

123. Ложная аменорея характерна для:
1. гипотиреоза
2. нейрогенной анорексии
3. синдрома тестикулярной феминизации
4. атрезии девственной плевы
5. микро- и макроаденомы гипофиза

124. Положительная прогестероновая проба при аменорее (проявление через 2-3 дня после отмены препарата менструальноподобного кровотечения) свидетельствует
1. о повышенном содержании в организме эстрогенов
2. о достаточном содержании в организме эстрогенов
3. о повышенном содержании в организме андрогенов
4. о пониженом содержании в организме эстрогенов
5. о пониженном содержании в организме прогестерона

125. Функциональную пробу с дексаметазоном проводят для:
1. выявления гиперэстрогения
2. диагностики ановуляции
3. уточнения генеза гиперандрогении

4. диагностики типичной формы дисгенезии гонад
5. выявления неполноценности лютеиновой фазы цикла

126. При проведении у больной с аменореей гормональной пробы с эстрогенами и гестагенами отрицательный результат ее (отсутствие менструальной реакции) свидетельствует

1. о наличии аменореи центрального генеза
2. о яичниковой форме аменореи
3. о маточной форме аменореи
4. о наличии синдрома склерокистозных яичников
5. о гипоталамической форме аменореи

127. О какой форме аменореи свидетельствует отрицательный результат функциональной пробы с комбинированными эстроген-гестагенными препаратами?

1. гипоталамической
2. гипофизарной
3. яичниковой
4. маточной
5. надпочечниковой

128. При синдроме поликистозных яичников отсутствует

1. гипоплазия матки
2. двустороннее увеличение яичников
3. гипертрихоз
4. уменьшение костной массы
5. первичное бесплодие

129. При отрицательной пробе с гонадотропинами у больных с аменореей показано

1. проба с эстрогенами и гестагенами
2. лапароскопия и биопсия яичников
3. лапароскопия и удаление гонад
4. прогестероновая проба
5. наблюдение в динамике

130. Задержка полового развития - это отсутствие

1. вторичных половых признаков к 12 годам, а менструации -к 16 годам
2. вторичных половых признаков к 12 годам, а менструации -к 18 годам
3. вторичных половых признаков к 14 годам, а менструации -к 16 годам
4. вторичных половых признаков к 14 годам, а менструации -к 18 годам
5. вторичных половых признаков к 16 годам, а менструации -к 18 годам

**А.2 Вопросы для рубежного контроля (коллоквиума)**

1. К материнской смертности относится смертность женщины

1. от медицинского аборта
2. от внематочной беременности
3. от деструирующего пузырного заноса
4. от всего перечисленного
5. ничего из перечисленного

2. Показатель материнской смертности рассчитывается следующим образом

1. Число женщин, умерших в родах/число родов х100 000

2. Число женщин, умерших от осложнений беременности со срока 28 недель/число родившихся живыми и мертвыми х100 000
3. Число умерших беременных независимо от срока беременности, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности/число родившихся живыми х100 000
4. Число женщин, умерших во время беременности в сроке 28 недель и больше, в родах и в течение 2 недель послеродового периода/число родившихся живыми и мертвыми х100 000
5. Число умерших беременных, независимо от срока беременности, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности /число родившихся живыми и мертвыми х100 000

3. Младенческая смертность - это
   1 смертность детей на первой неделе жизни
   2 смертность детей на первом месяце жизни
   3 смертность детей в возрасте до 2 лет
   4 смертность детей на первом году жизни
   5 все ответы неправильны
4. Показатель перинатальной смертности рассчитывается следующим образом

1. Число мертворожденных/ число родов х1000
2. Число умерших интранатально/число родившихся мертвыми х1000
3. Число мертворожденных + число умерших в первую неделю после рождения/число родившихся живыми и мертвыми х 1000
4. Число умерших в первые 7 суток после рождения/число родов х1000
5. Число мертворожденных + число умерших в первую неделю после рождения/число родившихся живыми х1000

5. Основным критерием живорождения является
   1 масса плода 1000 г и более
   2 рост плода 35 см и более
   3 наличие сердцебиения
   4 наличие самостоятельного дыхания
   5 срок беременности 28 недель и более
6. Основным критериями мертворожденности является
   1 отсутствие мышечного тонуса у новорожденного
   2 бледный цвет кожных покровов
   3 отсутствие сердцебиения
   4 отсутствие самостоятельного вдоха
   5 все ответы правильны
7. Нормальное расположение матки при влагалищном исследовании:

1. острый угол между телом и шейкой матки открыт кпереди
2. шейка матки выходит за половую щель
3. шейка матки не выходит за половую щель
4. тупой угол между телом и шейкой матки открыт кпереди
5. угол между телом и шейкой матки открыт кзади

8. Данные влагалищного исследования при неполном выпадении матки

1. острый угол между телом и шейкой матки открыт кпереди
2. шейка матки выходит за половую щель
3. тупой угол между телом и шейкой матки открыт кпереди
4. угол между телом и шейкой матки открыт кзади
5. шейка матки не выходит за половую щель

9. Данные влагалищного исследования при полном выпадении матки
1. острый угол между телом и шейкой матки открыт кпереди
2. шейка матки выходит за половую щель
3. угол между телом и шейкой матки открыт кзади
4. тело и шейка матки выходят за половую щель
5. шейка матки не выходит за половую щель

10. Данные влагалищного исследования при ретрофлексии матки
1. острый угол между телом и шейкой матки открыт кпереди
2. тупой угол между телом и шейкой матки открыт кпереди
3. угол между телом и шейкой матки открыт кзади
4. тело и шейка матки выходят за половую щель
5. шейка матки не выходит за половую щель

11. Данные влагалищного исследования при гиперантефлексии матки
1. острый угол между телом и шейкой матки открыт кпереди
2. тупой угол между телом и шейкой матки открыт кпереди
3. угол между телом и шейкой матки открыт кзади
4. тело и шейка матки выходят за половую щель
5. шейка матки не выходит за половую щель

12. Какой из методов обследования наиболее эффективен в диагностике трубно-перитонеального бесплодия?
1. пертубация
2. гистеросальпингография
3. эхогистероскопия
4. лапароскопия с хромотубацией
5. лимфография

13. Отметьте неприемлемый метод диагностики для выявления ЦМВИ:
1. культуральный метод (выделение вируса в слюне, моче, крови, цервикальном отделяемом, амниотической жидкости)
2. цитологический метод (выявление гигантских клеток)
3. бактериологический посев из носа, шейки матки, уретры, мочи, кала и слезной жидкости
4. ПЦР (обнаружение ДНК вируса в активной и латентной форме) и ИФА (определение специфичных антител)
5. ничего из перечисленного

14. Диагностическая гистероскопия показана при:
1. рецидивирующих маточных кровотечениях в репродуктивном возрасте
2. кровотечениях в менопаузе

3. полипах эндометрия и плацентарных полипах
4. аномалиях развития тела матки
5. все перечисленное выше

15. Что удается определить при гистеросальпингографии?
1. наличие опухоли матки
16. 2. наличие перегородки в полости матки
17. 3. проходимость маточных труб
18. 4. все перечисленное неверно
6. все перечисленное верно

19. Наиболее достоверным методом диагностики гиперпластических процессов эндометрия является:
1. Выскабливание полости матки с гистологическим исследованием соскоба эндометрия.
2. Гистероскопия.
3. УЗИ органов малого таза.
4. Гистеросальпингография
5. Лимфография

20. К тестам функциональной диагностики относятся все, кроме:
1. симптома «зрачка»
2. симптома «папоротника»
3. симптома натяжения шеечной слизи
4. симптома Бабинского
5. ничего из перечисленного

21. Что определяет кольпоцитологический метод исследования:
1. гормон продуцированную опухоль в организме
2. опухоль матки
3. эстрогенную насыщенность организма
4. гиперфункцию надпочечника
5. верно все перечисленное

22. Наиболее информативным методом диагностики субмукозной миомы матки является:
1. кольпоскопия
2. гистероскопия
3. УЗИ
4. лапароскопия
5. Гистеросальпингография

23. Тесты функциональной диагностики позволяют определить
1. двуфазность менструального цикла
2. уровень эстрогенной насыщенности организма
3. наличие овуляции
4. все перечисленное
5. все перечисленное неверно

24. Показанием для проведения ирригоскопии и ректороманоскопии в гинекологии является
1. опухоль яичника
2. подозрение на внематочную беременность

3. эндометриоз
4. аномалия развития тел матки
5. верно все перечисленное

25. Для цитологического исследования шейки матки забор материала проводится из
1. мазков из эндоцервикса
2. смыва дугласова пространства при пункции заднего свода влагалища
3. мазков с эктоцервикса
4. биопсии шейки матки
5. аспират из полости матки

26. Для цитологического исследования эндометрия забор материала проводится из
1. мазков из эндоцервикса
2. смыва дугласова пространства при пункции заднего свода влагалища
3. мазков с эктоцервикса
4. биопсии шейки матки
5. аспират из полости матки

27. Для цитологического исследования содержимого дугласова пространства забор материала проводится из:
1. мазков из эндоцервикса
2. содержимого полученного при пункции заднего свода влагалища
3. мазков с эктоцервикса
4. биопсии шейки матки
5. аспират из полости матки

28. Для цитологического исследования цервикального канала забор материала проводится из
1. мазки из эндоцервикса
2. смыв дугласова пространства при пункции заднего свода влагалища
3. мазки с эктоцервикса
4. биопсии шейки матки
5. аспират из полости матки

29. Показатели тестов функциональной диагностики при ановуляторном менструальном цикле
1. монофазная базальная температура, симптом зрачка +, секреция эндометрия
2. повышение базальной температуры на 0,4. Пролиферация эндометрия во 2 фазу цикла
3. монофазная базальная температура, симптом зрачка+++, пролиферация эндометрия
4. симптом зрачка++++, фолликул 21 мм
5. повышение базальной температуры на 0,4, секреция эндометрия во 2 фазу цикла

30. Показатели тестов функциональной диагностики при двухфазном менструальном цикле
1. монофазная базальная температура, симптом зрачка +, секреция эндометрия
2. повышение базальной температуры на 0,4. Пролиферация эндометрия во 2 фазу цикла
3. монофазная базальная температура, симптом зрачка+++, пролиферация эндометрия
4. симптом зрачка++++, фолликул 21 мм

5. повышение базальной температуры на 0,4, секреция эндометрия во 2 фазу цикла

31. Зондирование полости матки проводится:
1. перед проведением искусственного аборта
2. перед диагностическим выскабливанием полости матки
3. перед введением в полость матки ВМС
4. при подозрении на наличие подслизистого узла миомы матки
5. все ответы правильны

32. Противопоказанием к зондированию полости матки является:
1. острый воспалительный процесс половых органов
2. подозрение на маточную беременность
3. при подозрении на наличие подслизистого узла миомы матки
4. правильно 1 и 2
5. правильно все перечисленное

33. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища должна производиться
1. при подозрении на внутрибрюшное кровотечение
2. при подозрении на апоплексию яичника с внутренним кровотечением
3. при подозрении на нарушенную трубную беременность
4. при подозрении на ненарушенную трубную беременность
5. верно 1, 2, 3

34. Особенностями нормального менструального цикла являются:
1. овуляция
2. образование желтого тела в яичнике
3. преобладание гестагенов во второй фазе цикла
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

35. Какие признаки соответствуют I степени чистоты влагалищного мазка:
1. единичные лейкоциты
2. палочки Додерлейна
3. обильная кокковая флора
4. внутриклеточные грамм-отрицательные диплококки
5. правильно 1 и 2

36. Какие признаки соответствуют IV степени частоты влагалищного мазка:
1. единичные лейкоциты
2. палочки Додерлейна
3. обильная кокковая флора
4. внутриклеточные грамм-отрицательные диплококки
5. правильно 3 и 4

37. К чисто прогестиновым контрацептивам относятся:
1. регивидон
2. триквилар, тригистон.
3. микролут, микронор, МПА.
4. Диане-35
5. ничего из перечисленного

38. Контрацептивный эффект эстроген-прогестагеновых препаратов основан на
1. увеличении пика ЛГ и  увеличении вязкости шеечной слизи
2. увеличении пика ЛГ и  уменьшении вязкости шеечной слизи

3. снижении пика ЛГ и увеличении вязкости шеечной слизи
4. снижении пика ЛГ и уменьшении вязкости шеечной слизи
5. все перечисленное неверно

39. Гормональные средства контрацепции можно применять для профилактики рака:
1. влагалища
2. маточной трубы
3. эндометрия
4. шейки катки
5. яичников

40. Когда женщине, впервые собирающейся принимать комбинированные гормональные оральные контрацептивы (КОК), следует начать первую упаковку таблеток?
1. только в первый день менструального цикла
2. в первые 5 дней менструального цикла
3. сразу по окончании менструации
4. день менструации не имеет значение
5. в любое удобное для себя время

41. Как принимают чисто прогестиновые таблетки?
1. Принимать по 1 таблетке ежедневно, желательно в одно и тоже время
2. принимать первую таблетку в интервале с первого по седьмой день после начала
42. менструации (1день предпочтительнее)
3. некоторые упаковки содержат 28 таблеток, другие – 35. После завершения упаковки надо немедленно начинать прием таблеток из новой упаковки без единого дня перерыва.
4. если пациентка приняла таблетку с опозданием меньше 2-х часов – принять как можно скорее пропущенную таблетку, а затем продолжить прием согласно нормальному расписанию
5. все вышеперечисленное

43. Если женщина забыла принять две или более активные таблетки КОК, ей следует:
1. прекратить на время принимать таблетки и возобновить прием, когда у нее
44. начнется менструация
2. выбросить пропущенные таблетки и продолжить прием как обычно
3. принимать по 2 таблетки до тех пор, пока она не войдет в прежний график приема
4. перейти на использование другого метода использования
5. ничего из выше перечисленного

45. Первая инъекция Депо-провера должна быть сделана женщине с регулярными менструациями:
1. только в 1 день менструации
2. в течение 5 дней со дня начала менструации
3. в течение 2-х недель со дня начала менструации
4. независимо от дня менструального цикла
5. в любое удобное для себя время

46. Какое из перечисленных состояний и заболеваний обусловлено длительным приемом гормональных средств контрацепции?
1. аменорея
2. гипертензия

3. тромбоэмболия
4. инфаркт миокарда
5. дисфункция яичников

47. На каких принципах основывается использование комбинированных оральных контрацептивов при лечении первичной альгодисменореи?

1. их использование приводит к восстановлению баланса между продукцией эстрогенов и прогестерона
2. при их применении подавляется овуляция
3. при их применении восстанавливается баланс между образование PGE2 и PGF2 в матке
4. все вышеперечисленное верно
5. все вышеперечисленное неверно

48. Продолжительность менструального цикла при приеме большинства КОК составляет

1. 21 день
2. 24 дня
3. 28 дней
4. 35 дней
5. 32 дня

49. Какой метод контрацепции является необратимым?

1. Депо-провера
2. ВМС
3. КОК
4. КИК
5. ДХС

50. Когда начинают прием чисто прогестиновых оральных контрацептивов?

1. спустя 6 месяцев после родов, если женщина использует метод лактационной аменореи
2. с 1 по 7 день менструального цикла, если есть уверенность, что пациентка не беременна
3. сразу после аборта
4. верно все перечисленное
5. все перечисленное неверно

51. Какие методы контрацепции не рекомендованы для кормящей грудью женщины

1. КОК
2. презервативы и спермициды
3. ВМС
4. МЛА
5. чисто прогестиновые контрацептивы

52. Использование Постинора в качестве посткоитального метода эффективно, если после незащищенного полового акта прошло не более:

1. 24 часов
2. 48 часов
3. 72 часов
4. 10 дней
5. 15 дней и выше

53. .
54. Для посткоитальной контрацепции применяют все, кроме:
1. комбинированных оральных контрацептивоы
2. чисто прогестиновых контрацептивов
3. внутриматочных средств
4. спермицидов
5. ничего из перечисленного
55. Какой метод контрацепции вы посоветуете женщине, прошедшей терапию гиперпролактинемии и выполнившей репродуктивную функцию?
56. 1.КОК
57. 2.ВМС
58. 3.лапароскопическая стерилизация
59. 4.чистые гестагены
60. 5.верно 3.4

61. Абсолютными противопоказаниями к применению ВМС являются:
1. маточное кровотечение неясной этиологии
2. врожденные аномалии развития матки
3. активный воспалительный процесс в органах малого таза
4. внематочная беременность в анамнезе
5. все перечисленное верно
62. Введение ВМС в качестве посткоитального метода эффективно, если после незащищенного полового акта прошло до:
1. 2 дней
2. 5 дней
3. 1 недели
4. 2 недель
5. 2 недели и выше

63. В состав ВМС «Мирена» входит:
1. медроксипрогестерона ацетат.
2. левоноргестрел
3. оксипрогестерона капронат.
4. гестоден
5. ничего из перечисленного.
64. Для морфологическй картины эндометрия на фоне ВМС «Мирена» характерно всё, кроме:
1. торможения пролиферативных процессов
2. развития атрофических изменений в слизистой матки.
3. подавления активности клеток желез.
4. развития гиперпластических процессов.
5. ничего из перечисленного
65. К возможным изменениям менструального цикла при использовании ВМС «Мирены» относится, все кроме:
1. аменореи
2. влагалищные кровянистые выделения различной интенсивности

3. олигоменореи
4. меноррагии
5. верно все перечисленное

66. Противопоказанием к введению ВМС «Мирены» является:
1. гиперплазия эндометрия.
2. интерстициальная миома матки небольших размеров.
3. множественная интерстициальная миома матки небольших размеров.
4. состояние после консервативной миомэктомии у женщин репродуктивного периода.
5. субмукозная миома матки.

67. ВМС «Мирена» не применяют при:
1. наличии противопоказаний к приему оральных контрацептивов.
2. нарушении функций печени
3. гиперплазии эндометрия.
4. аденокарциноме эндометрия

68. Аменорея, развивающаяся при использовании ВМС «Мирена» обусловлена:
1. торможением функции гипофиза.
2. торможением функции яичников.
3. локальным влиянием гормона на эндометрий.
4. торможением выработки гонадотропных гормонов.
5. верно все перечисленное

69. Введение ВМС «Мирены» не рекомендуется в виду возможной её экспульсии при:
1. интерстициальной миоме матки с центрипитальным ростом узла, деформирующей полость матки более чем на 30%
2. множественной интерстициальной миоме матки небольших размеров
3. аденомиозе
4. железистой гиперплазии эндометрия
5. верно все выше перечисленное

70. Ваши рекомендации по методу контрацепции для замужней женщины, страдающей сахарным диабетом и имеющей детей
1. гормональная контрацепция
2. хирургическая стерилизация
3. внутриматочная контрацепция
4. хирургическая стерилизация мужа
5. барьерные методы

71. К барьерным методам контрацепции относятся:
1. презервативы.
2. применение КОК и КИК
3. применение чисто прогестиновых контрацептивов
4. хирургическая стерилизация
5. верно все перечисленное.

72. Преимущества использования презервативов заключаются в
1. предохранении от заражения вич и других зппп
2. простоте использования

3. низкой стоимости данного метода
4. все выше перечисленное верно
5. все перечисленное не верно

73. Если женщина использует метод лактационной аменореи, при появлении каких сигналов ей необходимо прийти к врачу для получения рекомендации по использованию другого вида контрацептива:

1. ребенку исполнилось 6 месяцев
2. у матери возобновились менструации
3. ребенок стал получать прикорм и спит всю ночь без кормления
4. все выше перечисленное верно
5. ничего из перечисленного не верно

74. К методам естественного планирования семьи относятся:

1. календарный метод.
2. применение комбинированных оральных контрацептивов.
3. использование презервативов.
4. применение чисто прогестиновых контрацептивов.
5. ВМС.

75. Визуализация внутриматочного контрацептива (ВМК) в цервикальном канале свидетельствует о:

1. нормальном расположении ВМК
2. низком расположении ВМК
3. перфорации
4. экспульсии ВМК
5. ничего из перечисленного

76. При назначении гормональной контрацепции следует учитывать:

1. возраст женщины
2. наличие гинекологических заболеваний, при которых гормональные контрацептивы противопоказаны
3. наличие экстрагенитальной патологии, при которой противопоказаны ОК
4. фенотип женщины
5. все вышеперечисленное

77. Рекомендуемые гормональные контрацептивы никотинзависимым женщинам:

1. микродозированные КОК
2. ВМС Мирена
3. влагалищные кольца
4. высокодозированные КОК
5. правильно 1,2,3

78. При появлении каких симптомов следует прекратить прием контрацептивов и обратиться срочно к врачу:

1. сильные боли в области живота (тромбоз мезентериальных сосудов)
2. сильные боли в области груди, кашель, одышка (эмболия легочная)
3. сильные головные боли, головокружение, чувство общей слабости или онемения (ишемический инсульт)
4. нарушение (помутнение или потеря) зрения, сильные боли в нижних конечностях (тромбоз ретинальной вены, тромбофлебит)
5. все вышеперечисленные симптомы

79. Посткоитальная контрацепция показана в случае:
1. изнасилования
2. разрыва презерватива
3. пропущенной таблетки орального контрацептива
4. случайная половая связь
5. все перечисленное выше
80. Назначение комбинированных эстроген-гестагенных препаратов (оральных контрацептивов) противопоказано при:
1. нарушении функции печени;
2. эпилепсии;
3. тромбофлебитическом синдроме;
4. ожирении III—IV степени;
5. всех перечисленных выше заболеваниях.
81. Контрацептивный эффект комбинированных эстроген-гестагенных препаратов достигается благодаря:
1. подавлению овуляции;
2. нарушению (блокаде) имплантации развивающейся бластоцисты в эндометрий;
3. нарушению функции желтого тела;
4. изменению перистальтики маточных труб и сократительной активности матки.
5. все перечисленное
82. Что не является преимуществом медикаментозного аборта:
1. позволяет избежать хирургического вмешательства, анестезии
2. протекает более естественно как менструация
3. снижение риска восходящей инфекции
4. более частые и более длительные контрольные посещения
5. все перечисленное верно
83. Абсолютное противопоказание для проведения медикаментозного аборта:
1. наличие рубца на матке
2. многоплодная беременность
3. миома матки больших размеров
4. беременность на фоне гормональной контрацепции
5. лактация
84. Что  не является противопоказанием к проведению медикаментозного аборта.
1. внематочная беременность
2. беременность на фоне приема КОК
3. острая почечная и печеночная недостаточность
4. анемия (Hb менее 70г/л)
5. тромбофлебиты
85. При проведении медикаментозного прерывания срок аменореи с 1 дня последеней менструаций не должен превышать:
1. 24-дня
2. 43-дня
3. 49-дней
4. 59-дней
5. 65-дней

86. Какие группы препаратов используются при проведении медикаментозного прерывания беременности?
1. эстрогены, гестагены
2. антипрогестины, простагландины
3. антиэстрогены, агонисты Гн-РГ
4. антиэстрогены, простагландины
5. ничего из перечисленного

87. Наиболее эффективная доза мифепристона для проведения медикаментозного аборта:
1. 150 мг
2. 200мг
3. 400 мг
4. 600 мг
5. 800 мг

88. Наиболее оптимальный интервал между приемом мифепристона и мизопростола
1. 24-48 часов
2. менее 12 часов
3. 24 часа
4. более 72 часов
5. каждые 8 часов

89. Наиболее эффективное использование мизопростола при проведении медикаментозного аборта:
1. сублингвально
2. вагинально
3. перорально
4. перорально и вагинально
5. сублингвально и вагинально

90. Факторы риска перфорации матки при выскабливании
1. в анамнезе - множественные аборты
2. эндометрит
3. пузырный занос
4. все перечисленные факторы
5. аномалии развития матки

91. При перфорации матки необходимо обязательно произвести лапаротомию, если
1. перфорация матки произведена зондом
2. состояние больной удовлетворительное
3. признаки кровотечения в брюшную полость не выражены
4. ничего из перечисленного
5. верно 1,2

92. При проведении медаборта в самом начале операции возникло обильное маточное кровотечение. Диагностирована шеечная беременность. Тактика врача:
1. ускорить удаление плодного яйца кюреткой
2. попытаться удалить плодное яйцо пальцем
3. лапаротомии, экстирпация матки
4. удаление плодного яйца с помощью вакуум-экскохлеатора
5. верно 1,4

93. Какое из условий не является основанием для ограничения доступа к аборту
1. лихорадка
2. ВИЧ
3. сексуально трансмиссивные заболевания в период обострения и острой фазе
4. срок беременности больше 12 недель
5. тяжелое состояние женщины, требующее оказания неотложной помощи

94. Рекомендуемая анестезия для проведение МВА:
1. общая
2. парацервикальная
3. НПВС
4. НПВС + парцервикальная
5. отсутствие анестезии

95. Восстановление фертильности после МВА происходи через:
1. 10 – 14 дней
2. 30 – 40 дней
3. следующий менструальный цикл
4. до 10 дней
5. через несколько месяцев

96. В перечень обследования для проведения МВА входит все перечисленное, кроме
1. УЗИ
2. осмотра гинеколога
3. определения резус фактора
4. RW, ВИЧ
5. мазка на флору

97. Критерии эффективного проведения МВА:
1. в канюле появляется розовая пена без тканей и гладкие стенки матки
2. гладкие стенки матки и свободное продвижение канюли
3. в канюле кровь
4. неоднородность стенок матки
5. в канюле розовая пена, шероховатость стенок матки, сокращение матки вокруг канюли

98. Что из нижеперечисленного относится к I степени спаечного процесса в малом тазу по классификации Hulka J.T.
1. более 50% поверхности яичника свободно от спаек, окклюзия дистального отдела маточной трубы, складчатость слизистой оболочки маточной трубы сохранена
2. спайки минимальные, маточная труба проходима, складчатость слизистой оболочки маточной трубы сохранена
3. поверхность яичника не видна, гидросальпинкс (сактосальпинкс), складчатость слизистой оболочки маточной трубы нарушена
4. менее 50% поверхности яичника свободно от спаек, окклюзия дистального отдела маточной трубы, складчатость слизистой оболочки маточной трубы нарушена
5. ничего из перечисленного

99. Что из нижеперечисленного относится ко II степени спаечного процесса в малом тазу по классификации Hulka J.T.

1. более 50% поверхности яичника свободно от спаек, окклюзия дистального отдела маточной трубы, складчатость слизистой оболочки маточной трубы сохранена
2. спайки минимальные, маточная труба проходима, складчатость слизистой оболочки маточной трубы сохранена
3. поверхность яичника не видна, гидросальпинкс (сактосальпинкс), складчатость слизистой оболочки маточной трубы нарушена
4. менее 50% поверхности яичника свободно от спаек, окклюзия дистального отдела маточной трубы, складчатость слизистой оболочки маточной трубы нарушена
5. ничего из перечисленного

100. Что из нижеперечисленного относится к III степени спаечного процесса в малом тазу по классификации Hulka J.T.

1. более 50% поверхности яичника свободно от спаек, окклюзия дистального отдела маточной трубы, складчатость слизистой оболочки маточной трубы сохранена
2. спайки минимальные, маточная труба проходима, складчатость слизистой оболочки маточной трубы сохранена
3. поверхность яичника не видна, гидросальпинкс (сактосальпинкс), складчатость слизистой оболочки маточной трубы нарушена
4. менее 50% поверхности яичника свободно от спаек, окклюзия дистального отдела маточной трубы, складчатость слизистой оболочки маточной трубы нарушена
5. ничего из перечисленного

101. Что из нижеперечисленного относится к IVстепени спаечного процесса в малом тазу по классификации Hulka J.T.

1. более 50% поверхности яичника свободно от спаек, окклюзия дистального отдела маточной трубы, складчатость слизистой оболочки маточной трубы сохранена
2. спайки минимальные, маточная труба проходима, складчатость слизистой оболочки маточной трубы сохранена
3. поверхность яичника не видна, гидросальпинкс (сактосальпинкс), складчатость слизистой оболочки маточной трубы нарушена
4. менее 50% поверхности яичника свободно от спаек, окклюзия дистального отдела маточной трубы, складчатость слизистой оболочки маточной трубы нарушена
5. ничего из перечисленного

102. В полость матки инфекция чаще всего проникает через цервикальный канал

1. с помощью трихомонад
2. с помощью сперматозоидов
3. благодаря пассивному транспорту в результате отрицательного внутрибрюшного давления, возникающего при движении диафрагмы
4. всеми перечисленными способами
5. ни одним из перечисленных способов

103. Условия, способствующие проникновению микробов в матку и ее придатки

1. разрывы промежности

2. нарушение гигиены половой жизни
3. нарушение функции самоочищения влагалища (вследствие частых и длительных обработок его различными химическими веществами)
4. зияние наружного зева (при неушитых разрывах шейки матки)
5. все перечисленные

104. Фаза экссудации, связанная с повышением проницаемости стенок капилляров в очаге воспаления, характерна для стадий воспаления
1. острой
2. подострой
3. обострения хронического процесса (один из вариантов)
4. верно 1) и 2)
5. всех перечисленных

105. Госпитальная инфекция чаще всего обусловлена
1. золотистым стафилококком
2. грамотрицательной флорой
3. анаэробами
4. аэробы
5. ассоциацией микроорганизмов

106. При обострении хронического сальпингоофорита отмечается
1. боль внизу живота и в области поясницы
2. болезненность при пальпации позадишеечного нервного сплетения
3. болезненность при пальпации передней брюшной стенки в области точки, расположенной на середине между лоном и пупком
4. верно 1) и 2)
5. все перечисленное

107. Нарушение генеративной функции у женщин, страдающих хроническим сальпингоофоритом, проявляется в развитии у них:
1. бесплодия
2. внематочной беременности
3. самопроизвольного выкидыша
4. неразвивающейся беременности
5. всего перечисленного

108. Клинические симптомы, предшествующие перфорации пиовара, пиосальпинкса:
1. озноб
2. появление жидкого стула
3. появление резей при мочеиспускании
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

109. Ведущими звеньями в патогенезе перитонита являются
1. интоксикация
2. паралитическая непроходимость кишечника
3. экссудация брюшины
4. гиповолемия
5. все перечисленные

110. У больных с токсической стадией гинекологического перитонита отмечается все перечисленное, кроме
1. тахикардии (до 120 в минуту)
2. выраженной одышки
3. отсутствия болезненности при пальпации передней брюшной стенки
4. гипотонии
5. олигурии

111. Диагностические критерии гинекологического перитонита
1. выявление чаш Клойбера при обзорном рентгеновском исследовании брюшной полости
2. обнаружение свободной жидкости в брюшной полости при ультразвуковом исследовании
3. превышение на 1-1.5°С ректальной температуры по сравнению с таковой в подмышечной области
4. все перечисленные
5. ничего из перечисленного

112. Росту частоты развития воспалительных тубоовариальных образований способствуют:
1. аборты, самопроизвольные выкидыши
2. гистеросальпингография, гистероскопия
3. использование ВМС
4. роды
5. со всем перечисленным

113. При гнойных воспалительных образованиях придатков матки часто происходит
1. микроперфорация развитием осумкованного перитонита
2. перфорация в смежные тазовые органы
3. образование межкишечного абсцесса
4. формирование свищей
5. все перечисленное

114. Клиническими признаками абсцесса бартолиновой железы являются
1. повышение температуры тела до 39-40°С, озноб
2. увеличение паховых лимфоузлов на стороне поражения
3. наличие флюктуации и болезненнсти при пальпации
4. наличие образования в толще верхней трети большой половой губы (с одной или обеих сторон)
5. верно 1, 2, 3

115. Особенности клинического течения туберкулеза тела матки
1. сочетание с туберкулезом маточных труб и яичников
2. увеличение размеров матки
3. нарушение менструальной функции
4. ↑ t0 тела до 390С
5. верно 1 и 3

116. Наиболее эффективным препаратом для лечения гарднереллеза является:
1. доксициклин
2. метронидазол

3. амоксиклав
4. правильные ответы 2 и 3
5. все ответы правильные

117. Какой симптом не характерен для восходящей гонореи:
1. высокая температура
2. боли в животе
3. лейкоцитоз
4. желтуха
5. правильно все перечисленное

118. Для пельвиоперитонита гонорейной этиологии характерны:
1. склонность к образованию спаек и сращений
2. чаще отмечается ограничение процесса
3. наличие симптомов раздражения брюшины в нижних отделах живота
4. правильные ответы 1 и 2
5. все ответы правильные

119. К эхографическим признакам хронического эндометрита относят все, кроме:
1. в зоне срединного М-Эха участки повышенной эхоплотности
2. в базальном слое эндометрия обнаруживают гиперэхогенные образования в виде фиброза, склероза и кальцинатов
3. расширения полости матки
4. ячеистого строения миометрия, границы слизистой оболочки и мышечного слоя матки имеет неровный и извилистый характер
5. наличия негативного контура эндометрия

120. «Золотым стандартом» диагностики хронического эндометрита является:
1. бимануальное исследование
2. морфологическое исследование эндометрия.
3. определение чувствительности микрофлоры к антимикробным препаратам.
4. УЗИ органов малого таза.
5. ПЦР мазок

121. «Золотым стандартом» диагностики хронического сальпингоофорита является:
1. бимануальное исследование
2. лапароскопия
3. гистеросальпингография
4. УЗИ органов малого таза.
5. гистероскопия

122. Лечение хронического эндометрита включает всё, кроме:
1. антибактериальной терапии
2. иммуномодуляторов
3. нестероидных противовоспалительных средств
4. стимуляторов эритропоэза.
5. витаминотерапии

123. Признаки вагинальных выделений при бактериальном вагинозе
1. хлопьевидные, творожестые
2. желто-зелено-серый, пенистый

3. молочно-серые, гомогенные, иногда с пузырьками газа
4. жидкие, зеленоватые
5. гноевидные

124. К критериям диагностики бактериального вагиноза, относятся:
1. жалобы на обильные выделения из половых путей
2. зуд во влагалище + повышение РН от 5,0 до 7,5
3. обильные влагалищные выделения + ключевые клетки + повышение РН + положительные аминотест
4. обильные влагалищные выделения + зуд влагалища
5. ничего из перечисленного

125. В латентном состоянии вирус простого генитального герпеса локализуется :
1. в лимфоцитах крови
2. в отделяемых влагалища
3. в паравертебральных сенсорных ганглиях
4. в спинномозговой жидкости
5. в циклическом эпителии эндоцервикса

126. Диспаурения – это:
1. боли в середине менструального цикла
2. боли во время менструации
3. болезненные половые контакты
4. боли, связанные с острым уретритом, циститом, вагинитом
5. боли в эпигастрии

127. Эхографические признаки гематометры:
1. увеличение размеров матки
2. округлая форма матки и ее увеличение
3. смещение "М-эхо"
4. расширение полости матки с гипоэхогенным иди смешанным по зхогенности содержимым
5. определить невозможно

128. Какой эпителий поражает гонококк?
1. цилиндрический
2. железистый
3. многослойный плоский неороговевающий
4. многослойный плоский ороговевающий
5. базальный слой эндометрия

129. Обострение гонореи происходит чаще всего:
1. во время месячных
2. после окончания месячных
3. во время овуляции
4. в любое время
5. перед месячными

130. ВПГ – это:
1. самая распространенная вирусная инфекция человека, вызываемая ВПГ типа 1 и 2

2. инфекция, вызываемая ВПГ типа 2, сопровождающаяся пожизненным носительством вируса и периодическим размножением его, приводящим к развитию клинического рецидива
3. воспалительное заболевание, вызываемое ВПГ, характеризующееся латентным течением
4. хроническая вирусная инфекция, вызванная ВПГ типа 1 и 2 (чаще), характеризуется 90% инфицированием в популяции, пожизненной персистенцией вируса в организме и полиморфизмом проявлений
5. все перечисленное не верно

131. Пути передачи ВПГ типа 1 и 2:
1. только прямой контакт
2. прямой и непрямой (очень редко) контакт, вертикальный
3. воздушно-капельный и парентеральный
4. только прямой контакт и непрямой (очень редко) контакт, вертикальный
5. воздушно-капельный

132. Инкубационный период ВПГ типа 1 и 2 составляет:
1. от 2 до 26 дней, в среднем 2-10 дней
2. 2-3 месяца
3. от нескольких месяцев до нескольких лет
4. инкубационного периода как правило не бывает
5. зависит от возраста и пола пациента

133. Генитальная герпесвирусная инфекция подразделяется на:
1. первичную и вторичную
2. локализованную и генерализованную
3. лёгкую, средней степени тяжести и тяжёлую
4. всё перечисленное
5. 1, 2

134. Факторы риска развития генитальной герпевирусной инфекции:
1. многочисленные и случайные сексуальные связи, гомосексуализм
2. наличие других ИППП, наличие эрозивно-язвенных поражений половых органов
3. несистематическое использование барьерных методов контрацепции
4. 2, 3
5. 1, 2, 3

135. Рецидив генитальной герпевирусной инфекции протекает:
1. аналогично первичной форме, но уже без повышения температуры тела
2. все симптомы выражены вследствие реинфекции и наличия в крови больного антител
3. в более мягкой форме, без общих симптомов и с меньшей длительностью
4. 1, 3
5. ничего из перечисленного

136. Методы лабораторной диагностики герпевирусной инфекции:
1. ПИФ – обнаружение антигенов вируса при обработке материала специфическими флюоресцирующими антителами
2. молекулярно-биологические методы (ПЦР в реальном времени) – обнаружение ДНК вируса
3. выделение вируса в культуре клеток и серологическая диагностика (ИФА)

4. бактериологический посев из цервикального канала или уретры
5. 1, 2, 3

137. ЦМВ – это:
1. широко распространённая инфекция, характеризующаяся многообразными проявлениями, возбудителем которой является ДНК содержащий вирус семейства герпетических вирусов
2. широко распространённая инфекция, характеризующаяся многообразными проявлениями, возбудителем которой является РНК содержащий вирус семейства герпетических вирусов
3. инфекция, вызываемая возбудителем из группы бетагерпесвирусов, клетками-мишенями для которого являются моноциты, макрофаги, гранулоциты, эпителий и эндотелиальные клетки
4. 1, 2
5. 1, 3

138. Пути передачи ЦМВ:
1. трансфузионный, трансплантационный
2. воздушно-капельный, контактный (прямой и непрямой)
3. трансплацентарный, через грудное молоко при кормлении
4. верно все перечисленное
5. все перечисленное неверно

139. Факторы риска, способствующие развитию ЦМВ:
1. половая неразборчивость, частые ИППП, работа с заключёнными в местах лишения свободы
2. большое число половых партнёров, частые ИППП, работа в детских дошкольных учреждениях
3. гомосексуализм, частые ИППП, работа в службе общественного питания
4. период беременности и лактации, детский возраст, частые ОРВИ, прямое переливание крови, оперативные вмешательства
5. все перечисленное неверно

140. Инкубационный период ЦМВ составляет:
1. от 2 до 26 дней, в среднем 2-10 дней
2. от 3 до 8 недель
3. от 1 до 12 месяцев (в среднем 3 месяца)
4. от 12 до 48 часов
5. зависит от возраста и пола пациента

141. Классификация ЦМВ:
1. первичное инфицирование, хроническая форма, латентная форма
2. лёгкая, среднетяжёлая и тяжёлая степень
3. реактивация латентной инфекции (персистирующая), суперинфекция (заражение инфицированного пациента другим штаммом вируса)
4. 2, 3
5. 1, 3

142. Клинические проявления ЦМВ:
1. субфебрильная температура, ознобы, явления ринофарингита, кашель
2. гнойные выделения из носа, слюнотечение

3. мышечные и головные боли, лимфоаденопатия
4. 1, 3
5. бессимптомное течение

143. Лечение ЦМВ:
1. противовирусная терапия: ганцикловир, валацикловир, фамцикловир, ацикловир
2. физиотерапия (предпочтительно УФО при температуре тела не более 36,9’С)
3. иммуномодуляторы: циклоферон, виферон; иммуноглобулин человеческий, цитотек; натриевая соль натриевой ДНК
4. плазмаферез, эндоваскулярное лазерное облучение
5. 1, 3, 4

144. Остроконечные кондиломы характеризуются следующим
1. имеют вид образования розового цвета, напоминающего по форме цветную капусту
2. локализуются часто в области вульвы, во влагалище, на шейке матки
3. основание их всегда широкое, инфильтрировано
4. консистенция кондилом хрупкая
5. верно 1, 2

145. Для лечения больных с остроконечными кондиломами наружных половых органов, как правило, применяют
1. резорцин местно
2. хирургическое лечение - иссечение кондилом
3. криодеструкцию
4. амфотерицин местно
5. верно 1, 2, 3

146. Хламидийная инфекция – это:
1. инфекционное заболевание, вызываемое Chlamydia trachomatis, передающееся половым путём, приводящее к хроническим заболеваниям органов малого таза, как у женщин, так и у мужчин
2. инфекционное заболевание, вызываемое Chlamydia trachomatis, поражающее человека и животных (млекопитающих), характеризующееся многоочаговостью поражения с вовлечением в воспалительный процесс органов половой сферы, иногда суставов, органов зрения, дыхательных путей
3. инфекционное заболевание, вызываемое Chlamydia trachomatis, передающееся половым путём, характеризующееся многоочаговостью поражения с вовлечением в воспалительный процесс органов половой сферы, иногда суставов, органов зрения, дыхательных путей
4. инфекционное заболевание, вызываемое Chlamydia trachomatis, передающееся половым путём, широко распространённое среди взрослого населения
5. инфекционное заболевание, вызываемое Chlamydia trachomatis, передающееся половым путём, характеризующееся длительным бессимптомным течением, приводящее к бесплодию

147. Пути передачи хламидийной инфекции:
1. бытовой (редко) и половой контакт
2. восходящий и транслокационный
3. интранатальный и вертикальный

4. 1, 3
5. 1, 2, 3

148. У больных с хламидийным цервицитом (вне беременности) лучше использовать все перечисленное, кроме
1. доксициклина
2. джозамицин
3. сумамеда
4. ампициллина
5. тетрациклина

149. Факторы риска хламидийной инфекции:
1. многочисленные и случайные сексуальные связи
2. наличие эрозивно-язвенных поражений половых органов
3. ранее перенесённые ИППП и/или несистематическое использование барьерных методов контрацепции
4. контакт с больным хламидийной инфекцией или с синдромом уретрита/цервицита
5. 1, 3, 4

150. Инкубационный период хламидийной инфекции составляет:
1. от 2 до 26 дней, в среднем 2-10 дней
2. 2-3 месяца
3. от 5-7 дней до 6 недель (в среднем 20-30 дней)
4. инкубационного периода как правило не бывает
5. зависит от возраста и пола пациента

151. Классификация хламидийной инфекции по течению:
1. острая (менее 2 мес), хроническая (более 2 мес), персистирующая (асимптомное течение с периодами рецидивов)
2. острая (менее 2 мес), латентный (бессимптоное течение около 2 мес), хронический (более 2 мес)
3. первичная (1-й контакт с инфекцией) и вторичная (повторный контакт через 6 мес после 1-го)
4. верно все перечисленное
5. неверно все перечисленное

152. Классификация хламидийной инфекции по топографии:
1. поражение нижнего отдела урогенитального тракта (уретрит, парауретрит,
153. бартолинит, кольпит, цервицит)
2. поражение слизистой оболочки матки, труб, околоматочной и прямокишечной
154. клетчатки, парапроктит
3. восходящая инфекция (поражение слизистой оболочки матки, труб, околоматочной
155. клетчатки, брюшины, печени)
4. поражение слизистых оболочек органов малого таза, грудной и брюшной полости
5. 1, 3

156. Клинические проявления хламидийной инфекции:

1. проявления хламидиоза неспецифичны: у женщин слизистые или слизисто-гнойные выделения из половых путей, межменструальные или посткоитальные кровянистые выделения, боли внизу живота, дизурические проявления; у мужчин преобладают симптомы уретрита
2. чаще бессимптомное течение, возможно дизурия, боли внизу живота, диспареуния
3. клиника проктита, конъюнктивита, синдром Рейтера, венерическая лимфогранулёма
4. верно все перечисленное
5. ничего из перечисленного неверно

157. Диагностические методы выявления хламидийной инфекции :

1. у женщин берут пробы из цервикального канала (культуральный метод, ПИФ, ПЦР, ИФА) и/или уретры (культуральный метод, ПИФ, ПЦР, ИФА) и/или влагалища (ПЦР)
2. у мужчин пробы берут из уретры (культуральный метод, ПИФ, ПЦР, ИФА) или исследуют первую порцию мочи (ПЦР)
3. бактериологический посев из цервикального канала и/или уретры у женщин и из уретры у мужчин с последующим определением чувствительности к антибиотикам
4. 1, 2
5. 1, 2, 3

158. Лечение неосложнённой хламидийной инфекции нижних отделов урогенитальной системы:

1. азитромицин 1,0 внутрь 1 раз в день трижды с интервалом в 7 дней (1,7,14)
2. доксициклин по 100 мг 2 раза/сутки в течение 7-10 дней
3. джозамицин 1 г однократно внутрь, затем по 500 мг 2 раза/сутки в течение 10 дней
4. сочетание азитромицина 500 мг или доксициклина 400 мг с метронидазолом 500 мг
5. верно 1 2 3

159. Лечение хламидийной инфекции верхних отделов мочеполовой системы, органов малого таза и других органов:

1. схема лечения аналогична терапии неосложнённой инфекции
2. схема лечения аналогична терапии неосложнённой инфекции, а длительность курса не менее 14 дней
3. увеличивается доза препаратов в 2 раза либо кратность приёма до 3-4 раз/сутки, в зависимости от тяжести процесса
4. антибактериальная терапия по результатам бактериологического посева с учётом чувствительности
5. все перечисленное верно

160. Микоплазмоз – это:

1. инфекционное воспалительное заболевание мочеполовых путей, вызываемое M.genitalium, Ureaplasma urealiticum, приводящее к хроническому рецидивирующему течению

2. инфекционное воспалительное заболевание мочеполовых путей, вызываемое M.genitalium, M. hominis, приводящее к хроническому рецидивирующему течению
3. инфекционное воспалительное заболевание мочеполовых путей, вызываемое M.genitalium, M.hominis, Ureaplasma urealiticum, приводящее к хроническому рецидивирующему течению
4. инфекционное воспалительное заболевание мочеполовых путей, вызываемое Ureaplasma genitalium, M.hominis, Ureaplasma urealiticum, приводящее к хроническому рецидивирующему течению
5. инфекционное воспалительное заболевание мочеполовых путей, вызываемое M.genitalium, Ureaplasma hominis, M. urealiticum, приводящее к хроническому рецидивирующему течению

161. Характерные признаки микоплазменной инфекции:
1. отсутствие ригидной клеточной стенки и выраженный полиморфизм, наличие в клетках ДНК и РНК
2. мембранный тип паразитирования, постоянно изменяющийся антигенный состав
3. способность вызывать иммунопатологические состояния у человека
4. способность к длительной персистенции в организме
5. всё перечисленное

162. Пути распространения:
1. половой, алиментарный, воздушно-капельный (очень редко)
2. половой, восходящий, бытовой, трансплацентарный, транслокационый
3. половой, восходящий, гематогенный, трансплацентарный, транслокационый
4. половой, воздушно-капельный (очень редко), гематогенный, трансплацентарный, транслокационый
5. половой, трансплацентарный, транслокационый, фекально-оральный

163. Классификация микоплазменной инфекции:
1. острый, подострый, вялотекущий, хронический, носительство микоплазм
2. острый, латентный, хронический
3. уретрит, вагинит, цервицит, эндометрит, сальпингит
4. 1, 2, 3
5. 1, 3

164. Клиника микоплазменной инфекции:
1. периодический зуд и жжение в области гениталий, дизурические расстройства, бесплодие I и II, невынашивание беременности, аномалии развития плода
2. жалоб особых нет, в анамнезе невынашивание беременности, бесплодие II
3. боли внизу живота, гнойные выделения из половых путей, бесплодие I и II, невынашивание беременности
4. все перечисленное верно
5. все перечисленное не верно

165. Методы исследования микоплазменной инфекции:
1. культуральный метод (концентрация микоплазм более 10 в 4 степени КОЕ в 1 мл)
2. ПЦР, ИФА

3. реакция непрямой иммунофлюоресценции
4. реакция пассивной гемагглютинации
5. все перечисленное

166. Лица, подлежащие обследованию на микоплазменную инфекцию:
1. женщины, планирующие беременность (включая подготовку к ЭКО)
2. женщины с ОАА и/или с воспалительными процессами в нижних отделах мочеполового тракта
3. женщины, имеющие большое число половых партнёров, и/или с признаками уретрита, вагинита, цистита, эндометрита
4. 1, 2,
5. 1, 2, 3

167. Антибактериальная терапия не проводится при:
1. у всех пациентов при выявлении M.genitalium
2. при выявлении M.genitalium и при наличии клинических симптомов
3. при выделении Ureaplasma urealiticum и M.hominis у больных с нарушением фертильности, репродуктивными потерями, предгравидарной подготовкой
4. при выявлении Ureaplasma urealiticum и M.hominis в титрах 10 в 3 степени КОЕ/мл и отсутствии клинических проявлений
5. при выделении Ureaplasma urealiticum и M.hominis у больных с ОАА

168. Антибактериальная терапия проводится в течение 7-14 дней:
1. с учётом чувствительности к антибиотикам по результатам бак.посева из цервикального канала/уретры
2. одним из препаратов: доксициклин, тетрациклин, азитромицин, джозамицин, кларитромицин, офлоксацин, спирамицин
3. сочетанием доксициклина или тетрациклина с азитромицином или джозамицином
4. сочетанием джозамицина с офлоксацином или кларитромицином
5. метрид 100,0 в/в капельно каждые 8 часов в течение 3 суток в сочетании с антибиотиком широкого спектра действия

169. Половой путь передачи инфекции характерен в основном
1. для хламидий
2. для вируса простого герпеса
3. для трихомонады
4. верно 1) и 3)
5. верно 2) и 3)

170. В патогенезе воспалительных заболеваний женских половых органов неспецифической этиологии особое значение имеет
1. вирулентность микроба
2. состояние защитных сил организма женщины
3. наличие раневых входных ворот
4. верно 1) и 2)
5. все перечисленное

171. В настоящее время отмечаются следующие особенности микрофлоры при воспалительных заболеваниях женских половых органов
1. преобладание ассоциаций микроорганизмов

2. возрастание числа анаэробов и вирусов
3. наличие хламидий и микоплазм
4. верно 2) и 3)
5. верно все перечисленное

172. В развитии гарднереллеза большое значение имеют:
1. гипоэстрогения;
2. сдвиги pH влагалищного содержимого в щелочную сторону;
3. гибель лактобацилл;
4. рост анаэробов;
5. все ответы правильные

173. Особенности взятия мазков на GN
1. мазки берутся, как правило, из уретры и цервикального канала
2. мазки необходимо брать до назначения антибактериальных препаратов
3. за 1 час до взятия мазков больная не должна мочиться
4. в день взятия мазков женщина не должна подмываться или спринцеваться
5. все перечисленные

174. Локализация первичного очага у больной с гонореей зависит
1. от возраста женщины
2. от анатомических особенностей гениталий
3. от нарушения правил асептики при инвазивных методах диагностики в гинекологии
4. верно 1) и 3)
5. от всего перечисленного

175. Гонорейную этиологию воспалительного процесса в области придатков матки можно предположить (с большой долей вероятности)
1. при наличии двустороннего сальпингоофорита у первично бесплодной женщины
2. при сочетании двустороннего сальпингоофорита с эндоцервицитом (у женщин, у которых не было родов, абортов, инвазивных лечебно-диагностических процедур)
3. при сочетании двустороннего сальпингоофорита с уретритом, бартолинитом
4. верно 2) и 3)
5. при всем перечисленном

176. Инкубационный период при гонококковой инфекции составляет:
1. до 3 месяцев,
2. до 1 месяца,
3. до 1 года,
4. до 0,5 года
5. больше 1 года

177. Для гонококковой инфекции не типично поражение :
1. сердечно-сосудистой системы,
2. нижних отделов мочеполовой системы,
3. прямой кишки,
4. глаз
5. ничего из перечисленного

178. Гонорейную этиологию воспалительного процесса в области придатков матки можно

179. предположить:

1. при наличии двустороннего сальпингоофорита у первично бесплодной женщины;
2. при сочетании двустороннего сальпингоофорита с эндоцервицитом (у женщин, у которых не было родов, абортов);
3. при сочетании двустороннего сальпингоофорита с уретритом, бартолинитом;
4. все ответы правильные
5. все перечисленное не верно

180. Преимущественный путь распространения гонорейной инфекции:

1. лимфогенный;
2. гематогенный;
3. периневральный;
4. контактный;
5. интраканаликулярный.

181. В соответствии с существующей классификацией гонореи различают

1. свежую гонорею
2. хроническую гонорею
3. латентную гонорею
4. гонококконосительство
5. все перечисленное

182. Укажите критерии излеченности гонореи

1. отсутствие жалоб;
2. отсутствие в мазках гонококков после окончания курса специфической терапии;
3. отсутствие анатомических изменений в придатках матки;
4. отсутствие в мазках гонококков, взятых в дни менструации в течение
5. менструальных циклов после окончания курса лечения и проведения провокаций.

183. Критерии излеченности больных гонореей устанавливаются после лечения в течение:

1. одного месяца;
2. двух месяцев;
3. трех месяцев;
4. четырех месяцев;
5. пяти месяцев.

184. Восходящая гонорея – это поражение:

1. канала шейки матки;
2. маточных труб;
3. парауретральных желез;
4. уретры;
5. всех перечисленных выше органов.

185. Для гонококков характерны следующие признаки:

1. положительная окраска по Граму;
2. расположение внутри клетки (в цитоплазме мононуклеаров);

3. округлая форма;
4. тропность к многослойному плоскому эпителию;
5. все перечисленное выше.

186. Какие поражения может вызывать диссеминированная гонококковая инфекция?
1. дерматит;
2. лихорадку;
3. эндокардит;
4. септицемию;
5. менингит.

187. Назовите основной клинический симптом бактериального вагиноза:
1. зуд наружных половых органов и промежности;
2. диспареуния;
3. обильные бели с неприятным запахом;
4. дизурия;
5. тазовая боль.

188. Укажите диагностические тесты, свидетельствующие о наличии бактериального вагиноза:
1. обнаружение ключевых клеток;
2. повышение pH влагалищного секрета;
3. положительный аминотест белей;
4. все перечисленное выше;
5. ничего из перечисленного выше.

189. Трихомонады устойчивы к воздействию:
1. прямых солнечных лучей,
2. антибиотиков,
3. влаги,
4. высокой температуры ( выше 40*С)
5. ничего из перечисленного

190. С учетом продолжительности заболевания различают следующие формы трихомониаза, кроме:
1. свежая,
2. хроническая,
3. бессимптомное носительство,
4. подострая
5. все перечисленное верно

191. Трихомониаз не передается :
1. половым путем,
2. гематогенным,
3. бытовым путем,
4. контактным путем,
5. инфицирование детей во время родов

192. Развитию трихомониаза способствуют:
1. интенсивность инфекции,

2. время года,
3. возраст пациентки,
4. паритет беременности
5. все перечисленное верно

193. Для трихомонадного кольпита наиболее типичны выделения из влагалища:
1. белые, творожные;
2. серые, с аминным запахом;
3. прозрачные, слизистые;
4. желто-зеленые, пенистые;
5. серозные с прожилками крови.

194. При урогенитальном трихомонозе поражается в основном
1. влагалище
2. уретра
3. цервикальный канал
4. мочевой пузырь
5. верно 1, 2, 3

195. К развитию кандидозного вагинита предрасполагают:
1. химиотерапия рака;
2. климактерический период;
3. полиартрит;
4. антибиотикотерапия;
5. пиелонефрит.

196. Принципы лечения больных с генитальным кандидозом
1. проведение антипротозойной и антимикробной санации очагов инфекции
2. лечение кандидозной инфекции
3. лечение полового партнера
4. исключение половой жизни во время лечения
5. все перечисленные

197. В классификацию урогенитальног кандидоза не входит форма:
1. кандидоносительство,
2. острая,
3. хроническая,
4. волнообразно-текущая
5. подострая

198. Что не является предрасполагающим фактором развития урогенитального кандидоза:
1. использование ВМС
2. нерациональное применение антибиотиков, цитостатиков
3. гормональный дисбаланс
4. нормальные показатели иммунитета
5. заболевания ЖКТ

199. У 18-летней женщины при задержке менструации на 10 дней появились острые боли нижней части живота, повышение температуры до 37,4оС, лейкоцитоз

12,4□109/л. При пальпации боли распространяются до верхней части живота справа. Дифференциальную диагностику проводят со всеми следующими заболеваниями, кроме:

1. эктопической беременности;
2. аппендицита;
3. острого сальпингита;
4. кольпита;
5. перекрута ножки опухоли яичника.

200. К факторам способствующим возникновению кандидозного вульвовагинита относятся

201. все нижеперечисленные, кроме:

1. ожирения
2. спринцевания содовым раствором
3. сахарного диабета
4. редких половых сношений
5. частого приема антибактериальных препаратов.

202. Какое заболевание следует заподозрить, если влагалищная дрожжевая инфекция часто

203. повторяется

1. анемию;
2. сахарный диабет;
3. системную красную волчанку;
4. эндометриоз гениталий;
5. врожденную гиперплазию надпочечников.

204. Сифилис – это хроническая венерическая болезнь, характеризующаяся поражением:

1. слизистой оболочки органов мочеполовой сферы
2. кожи и слизистой оболочки наружных половых органов
3. кожи, слизистых оболочек, внутренних органов, костей и нервной системы
4. кожи, слизистой оболочки ротовой полости и наружных половых органов
5. лимфатической системы

205. Клинически различают следующие стадии течения сифилиса:

1. острый, латентный, хронический сифилис
2. инкубационный, первичный, вторичный, третичный сифилис
3. острый, подострый, рецидивирующий сифилис
4. первичный, вторичный, третичный сифилис
5. острый, хронический

206. Пути передачи сифилиса:

1. половой, бытовой, воздушно-капельный
2. алиментарный, половой
3. только половой, в том числе гомосексуальный
4. половой; от матери к плоду, через плаценту; бытовой
5. гематогенный

207. Туберкулез женских половых органов развивается чаще в результате:

1. заноса инфекций половым путём

2. вторичного заноса инфекций гематогенным, лимфогенным путем чаще из легких, реже из кишечника
3. поражение первично происходит внутриутробно от больной матери
4. все перечисленное верно
5. все перечисленное не верно

208. Лечение генитального туберкулёза проводят:
1. в ГСВ по месту жительства
2. в гинекологическом отделении род. дома по месту жительства
3. в септической гинекологии
4. в специализированном диспансере/санатории
5. в общей терапии

209. Диагностика туберкулеза проводится:
1. R-графия грудной клетки и органов малого таза
2. анамнез, R-графия грудной клетки и органов малого таза
3. анамнез, туберкулиновая проба, бак посев выделений из половых путей, менструальная кровь, соскобы/смывы из полости матки, лапароскопия
4. туберкулиновая проба + ПЦР
5. ПЦр

210. Брак считается бесплодным, если беременность не наступает при наличии регулярной половой жизни без использования средств контрацепции в течении:
1. 6 месяцев
2. 1 года
3. 2х лет
4. 2.5 лет
5. 5 лет

211. Термин «первичное бесплодие» означает:
1. не было ни одной беременности
2. не было рождено живых детей
3. все беременности прерваны по медицинским показаниям
4. отсутствуют внутренние половые органы
5. все перечисленное выше

212. Что не является причиной эндокринного бесплодия:
1. СПКЯ
2. ВГКИ
3. аденома гипофиза
4. гипотиреоз
5. синдром Ашермана

213. Эндокринное бесплодие может быть обусловлено всем, кроме:
1. адреногенитального синдрома
2. синдрома гиперпролактинемии
3. синдрома поликистозных яичников
4. гипоталамо-гипофизарной дисфункции
5. дисгерминомы

214. Показаниями для применения кломифена является все нижеперечисленное, кроме:

1. длительность нарушения менструального цикла не более 5 лет
2. ранее использование для стимуляции овуляции аганистов ГН-РГ
3. достаточная эстрогенная насыщенность
4. лабораторные параметры: ЛГ до 10 МЕ/л; ФСГ=5-7 МЕ/л; Е2=150-200пмоль/л;

215. Т и ПРЛ норма

5. возраст женщин до 30 лет

216. Назовите наиболее информативный тест на определение овуляции

1. натяжение цервикальной слизи
2. симптом зрачка
3. ректальная температура
4. фолликулометрия
5. тест на овуляцию по моче

217. Для диагностики ановуляции проводятся все нижеперечисленные гормональные исследования, кроме:

1. пролактин
2. ЛГ, ФСГ
3. эстрадиол
4. тестостерон, ДГЭАС
5. СТГ

218. УЗИ критерии доминантного фолликула в преовуляторной фазе

1. диаметром 5-6 мм
2. диаметром 10 -15мм
3. диаметром 18-20 мм
4. диаметром 30 -35 мм
5. диаметром более 35 мм

219. Что имеет основное значение при мониторинге овуляции

1. день менструального цикла
2. размер доминантного фолликула по УЗИ
3. подъем ректальной температуры
4. положительный тест на овуляцию по моче
5. натяжение слизи до 12 см

220. Какова тактика врача акушера-гинеколога в случае неэффективности 50 мг кломифена с 5-9 день цикла в первом цикле стимуляции

1. 50 мг кломифен с 5-9 день цикла повторно
2. 100 мг кломифен с 5-9 день цикла
3. стимуляция овуляции гонадотропинами (Хумегон) + ЧГХ
4. лапароскопия
5. ничего из перечисленного

221. Индукция овуляции кломифеном не показана во всех случаях, кроме

1. при гипоэстрогении ( эстрадиол <150 пмоль/л)
2. после индукции агонистами ГН-РГ
3. длительном анамнезе бесплодия
4. высокий уровень ЛГ(>15МЕ/л)
5. активный репродуктивный возраст

222. Сколько курсов симуляции овуляции кломифеном рекомендуется проводить подряд

1. не более 1
2. не более 2
3. не более 3
4. не более 4
5. не более 5

223. К УЗИ признакам ановуляции относится все, кроме
1. полного отсутствия антральных фолликулов
2. полного отсутствия созревания антрального фолликула
3. неполноценного созревания антрального фолликула
4. лютеинизации неовулировавшего фолликула
5. формирования из преовуляторного фолликула фолликулярной кисты

224. Стимуляция овуляции гонадотропинами показана во всех нижеперечисленных случаях, кроме
1. при отсутствии эффекта от стимуляции кломифеном

225. 2. при недостаточной эстрогенной насыщенности
2. в позднем репродуктивном возрасте
3. СПКЯ
4. синдром истощения яичников

226. Для синдрома Штейна – Левенталя характерно
1. нарушение менструального цикла с менархе
2. патологический рост волос на теле
3. бесплодие
4. нормальное развитие молочных желез
5. все ответы правильны

227. Наличие ановуляции устанавливают на основании:
1. монофазной базальной температуры
2. отсутствия доминантного фолликула на 12-14 день менструального цикла d18-20 мм
3. монотонно низкого уровня прогестерона на 16-22 д.м.ц
4. укорочения II фазы цикла до 6-8 дней и ступенеобразного подъема ее после овуляции
5. верно 1,2,3

228. Для лечения ановуляции применяются все нижеперечисленыt лекарственные препараты, кроме:
1. достинекса
2. кломифена
3. ХГ
4. даназола
5. дексаметазона

229. Методами, позволяющими уточнить диагноз синдрома лютенинизации неовулировавшегося фолликула, являются:
1. лапароскопия
2. ультразвуковое сканирование
3. определение уровня гонадотропных гормонов в крови

4. тесты функциональной диагностики
5. правильно 1.2

230. НЛФ – это нарушение функции яичников, характеризующееся:
1. увеличением передней доли гипофиза
2. гиперплазией коры надпочечников
3. гипофункций желтого тела яичника
4. диффузным увеличением щитовидной железы
5. органическим нарушением гипоталических структур

231. Причинами НЛФ является все нижеперечисленное кроме:
1. гиперадрогении яичникового и надпочечникового генеза
2. гиперпролактениямии
3. воспалительного процесса в малом тазу
4. гипотириоза
5. синдрома истощения яичников

232. Что неиспользуется в постановке диагноза НЛФ:
1. ректальная температура
2. УЗИ – фолликулометрия
3. экскреция прегнандиол с мочой
4. определение АМГ
5. биопсия эндометрия

233. Нормальная продолжительность лютеиновой фазы по данным ректальной температуры составляет:
1. 5-7 дней.
2. 11-14 дней
3. 16-18 дней
4. 20-24 дня
5. 28-30 дней

234. На какой день подъема ректальной температуры приходится пик синтеза прогестерона
1. 1-2 день
2. 4-5 день
3. 7-8 день
4. 10-11 день
5. 14-15 день

235. Характерные признаки НЛФ по данным ректальной температуры:
1. укорочение второй фазы менструального цикла и разница t0 в обе фазы не менее 0,3 0С
2. укорочение второй фазы менструального цикла и разница t0 в обе фазы не менее 0,6 0С
3. укорочение второй фазы менструального цикла и разница t0 в обе фазы не менее 0,8 0С
4. укорочение второй фазы менструального цикла и разница t0 в обе фазы не менее 1,0 0С
5. укорочение второй фазы менструального цикла и разница t0 в обе фазы не менее 1,3 0С

236. Характерным для НЛФ при биопсии эндометрия является:

1. недостаточность пролиферативной трасформации эндометрия
2. выраженная пролиферативная трасформация эндометрия
3. недостаточность секреторной трансформации эндометрия
4. выраженная секреторная трасформация эндометрия
5. атрофический эндометрий с фиброзом стромы

237. К УЗИ критериям НЛФ относится все нижеперечисленное, кроме
1. минимального прироста толщины эндометрия
2. повышения эхоплотности эндометрия однородной структуры с ежедневным приростом его толщины
3. узкого однослойного эндометрия
4. трехслойного М эхо
5. укорочения длительности фазы секреции

238. Какими лекарственными препаратами проводится лечение НЛФ
1. эстрофемом
2. даназолом
3. дидрогестероном
4. фемостоном 1/10
5. яриной

239. Для стимуляции овуляции применяют все перечисленные препараты, кроме:
1. кломифена
2. пурегона
3. премарина
4. профази
5. клостилбегита

240. При выявлении синдрома гиперстимуляции яичников необходимо:
1. прекратить применение препарата, стимулирующего овуляцию
2. обеспечить физический и психо-эмоциональный покой
3. заменить другим препаратом, стимулирующим овуляцию
4. срочное чревосечение, резекция измененного яичника
5. правильно 1.3

241. К факторам риска развития синдрома гиперстимуляции яичников до начала стимуляции овуляции относится все нижеперечисленное, кроме:
1. молодого возраста в сочетании с низким индексом массы тела (□25)
2. СПКЯ
3. большого объема яичника
4. низких доз гонадотропинов
5. наличия СГЯ в анамнезе

242. К легкой степени синдрома гиперстимуляции яичников относится все нижеперечисленное, кроме:
1. отсутствия клинических симптомов
2. определения уровня Е2 в плазме крови более 150 мкг.
3. определения уровня прегнадиола в мочек более 10 мг.
4. асцита
5. увеличения размеров яичников более 5 см в диаметре

243. К средней степени синдрома гиперстимуляции яичников относится все нижеперечисленное, кроме:

1. боли в низу живота
2. тошнота, рвота, понос
3. олигоурия
4. асцит
5. увеличение размеров яичников более 5 см в диаметре

244. К тяжелой степени синдрома гиперстимуляции яичников относится все нижеперечисленное, кроме:
1. асцита, гидроторекса
2. гематокрита > 45%
3. гиперпротеинемии
4. яичников более 12 см в диаметре
5. олигоанурии

245. Что является триггером индуцируемой овуляции при синдроме гиперстимуляции яичников?
1. кломифен
2. дексаметазон
3. ХГЧ
4. дюфастон
5. менотропин

246. К мерам профилактики синдрома гиперстимуляции яичников относится все нижеперечисленное, кроме:
1. прекращения стимуляции при выраженной тенденции к СГЯ
2. снижения дозы гонадотропинов
3. введения овуляторной дозы ХГЧ
4. аспирации всех фолликулов при пункции
5. отмены переноса эмбриона в полость матки в очередном менструальном цикле.

247. К клиническим проявлениям синдрома гиперстимуляции яичников относится все нижеперечисленное кроме,
1. желтушности кожных покровов
2. тахикардии, тахипное
3. положительных симптомов раздражения брюшины
4. отеков конечностей и брюшной стенки
5. олигоурии, анурии

248. К УЗИ характеристикам синдрома гиперстимуляции яичников относится все, кроме
1. увеличения яичников от 5 до 25 см в диаметре с множеством кист
2. матки нормальных размеров или увеличена
3. наличия свободной жидкости в малом тазу
4. прогрессирующей беременности
5. появления двухсторонних гидросальпинксов

249. При синдроме гиперстимуляции яичников характерны все нижеперечисленные лабораторные данные, кроме
1. гемоконцентрация, лейкоцитоз, тромбоцитоз
2. гипопротеинемия
3. повышение концентрации фибриногена

4. гематурия
5. высокий уровень С реактивного белка

250. С каким заболеванием проводят дифференциальную диагностику синдрома гиперстимуляции яичников
1. СПКЯ
2. рак яичников
3. эктопическая беременность
4. фолликулярная киста яичников
5. ничего из перечисленного

251. Первостепенной задачей медикаментозного лечения синдрома гиперстимуляции яичников является:
1. антибиотикотерапия
2. гематрансфузия
3. возмещение ОЦК
4. назначение диуретиков
5. эвакуация свободной жидкости из плевральной, брюшной и полости малого таза

252. Какой из препаратов является основой инфузионной терапии синдрома гиперстимуляции яичников
1. гемодез
2. диссоль
3. глюкоза
4. гидроксиэтилкрахмал
5. физиологический раствор

253. К маточным формам бесплодия относится все нижеперечисленное, кроме:
1. гиперпластических процессов эндометрия
2. миомы матки
3. аденомиоза
4. синдрома Ашермана
5. дисгенезии гонад

254. К гормональным изменениям при бесплодии, обусловленном генитальным эндометриозом относится все, кроме:
1. высокой концентрации эстрадиола
2. уменьшения продукции ФСГ
3. недостаточного подъема ЛГ
4. гиперпролактенемии
5. увеличения концентрации тестостерона

255. Причинами бесплодия при эндометриозе маточных труб является все нижеперечисленное, кроме:
1. прорастаний гетеротопий в просвет маточных труб
2. диффузного утолщения стенок маточных труб
3. сужения просвета маточных труб
4. деструкции ампулярного отдела маточных труб
5. наличия периовариальных спаек

256. Какой метод диагностики бесплодия обусловленного генитальным эндометрозом является наиболее достоверным?
1. ТФД

2. ГСГ
3. УЗИ
4. лапароскопия
5. увеличение эстрадиола крови

257. Какова тактика ведения женщины с бесплодием обусловленным наружным эндометриозом I-II степени:
1. гормональное лечение
2. лапроскопическая коагуляция эндометриоидных гетеротопий
3. лапароскопия с последующей гормональной терапией
4. ЭКО
5. ничего из перечисленного

258. Какова тактика ведения женщин с бесплодием, обусловленным наружным эндометриозом III степени:
1. гормональное лечение
2. лапроскопическая коагуляция эндометриоидных гетеротопий
3. лапроскопическая коагуляция эндометриоидных с последующей гормональной терапией
4. ЭКО
5. ничего из перечисленного

259. Какова тактика ведения женщин с бесплодием, обусловленным наружным эндометриозом IV степени:
1. гормональное лечение
2. лапроскопическая коагуляция эндометриоидных гетеротопий
3. лапароскопия с последующей гормональной терапией
4. ЭКО
5. ничего из перечисленного

260. В лечении бесплодия обусловленного наружным эндометриозом применяют все препараты, кроме:
1. эстрогены
2. агонисты ГН-РГ
3. КОК
4. гестагены
5. даназол

261. Бесплодие при синехиях полости матки обусловлено всем нижеперечисленным, кроме
1.облитерации устья маточных труб
2. уменьшения площади функционального эндометрия
3. гипоэстрогении
4.создания механических препятствий для имплантации плодного яйца
5.отсутствия васкуляризации участков слизистой полости матки

262. Бесплодие при миоме матке обусловлено всем нижеперечисленным, кроме
1.отсутсвия полноценной секреторной трансформации эндометрия
2.наличия механического препятствия для нидации плодного яйца
3.гипопрогестеронемии
4.гиперпролактинемии

5.ничего из вышеперечисленного

263. Бесплодие при гиперплазии эндометрия обусловлено
1. недостаточной пролиферативной трансформацией эндометрия
2. недостаточной секреторной трансформацией эндометрия
3. атрофическими измененияміv эндометрии
4. нарушением васкуляризации эндометрия
5. лейкоцитарной инфильтрацией эндометрия

264. Причинами синдрома Ашермана являются:
1. повторные диагностические выскабливания слизистой оболочки матки
2. послеродовые и послеабортные осложнения
3. воздействие химических прижигающих веществ
4. эндометрит
5. верно все перечисленное

265. Методами позволяющими уточнить диагноз иммунологического бесплодия, являются:
1. определение антиспермальных антител в крови и в шеечной слизи
2. посткоитальный тест( проба Шуварского)
3. проба Курцрока - Миллера
4. определение количества лейкоцитов в шеечной слизи
5. правильно 1.2.3

266. Нарушение проходимости маточных труб может быть следствием:
1. генитального хламидиоза
2. наружного генитального эндометриоза
3. оперативных вмешательств на органах малого таза и брюшной полости
4. гонорейного сальпингита
5. всего перечисленного выше

267. Наиболее частыми причинами ТПФБ являются:
1. неспецифические рецидивирующие воспалительные заболевания придатков матки
2. специфические воспалительные заболевания придатков матки
3. эндометриоз маточных труб
4. пороки развития маточных труб
5. правильно 1.2.3

268. К причинам формирования ТПФБ относится все, кроме:
1. воспалительных заболеваний органов малого таза
2. внутриматочных манипуляции
3. оперативных вмешательств на органах малого таза и брюшной полости
4. метаболического синдрома
5. эдометриоза маточных труб и др. формы наружного эндометриоза.

269. К нарушению функции маточных труб приводит все нижеперечисленное, кроме
1. нарушения синтеза половых стероидов
2. хронического психологического стресса по поводу бесплодия
3. увеличения метаболитов простациклина и тромбоксана в маточной трубе
4. эндометриоза маточных труб

5. варикозного расширения маточных сосудов

270. Факторами, обусловливающими ТПФБ при хроническом сальпингоофорите являются:

1. полная облитерация просвета маточных труб
2. повреждение реснитчатого эпителия слизистой маточной трубы
3. развитие перитубарных спаек
4. локальная гипертермия
5. правильно 1.2.3.

271. К профилактике ТПФБ относится все нижеперечисленное, кроме

1. своевременное лечение ИППП
2. рациональное ведение родов и послеродового периода
3. ранняя реабилитация после гинекологических операций
4. своевременное проведение гидротубаций
5. своевременная диагностика и лечение аппендицита

272. Какой из методов обследования наиболее эффективен в диганостике ТПФБ:

1. пертубация
2. гисетросальпингография
3. эхогистероскопия
4. лапароскопися с хромотубацией
5. биконтрастная пельвиография

273. К основным видам эндоскопических операций при ТПФБ относится все нижеперечисленное, кроме

1. адгезиолизиса
2. сальпинголизиса
3. сальпингостомии
4. фимбриопластики
5. гистероскопии

274. Показаниями к искусственной инсеминации спермой донора являются:

1. азоспермия
2. олиго и олигоастеноспермия
3. несовместимость супругов по резус-фактору
4. заболевания мужа, передающиеся потомству
5. все перечисленное выше

275. Для лечения ТПФБ применяют все перечисленные ниже методы, кроме:

1. лечебной гидротубации
2. реконструктивно-пластической операции на маточных трубах
3. лечебно-диагностической лапароскопии
4. ЭКО
5. верно все перечисленное

276. Относительными противопоказаниями к хирургическому лечению ТПФБ с целью восстановления естественной фертильности являются все, кроме:

1 возраст женщины старше 35 лет и длительность бесплодия свыше 10 лет;
2 острые и подострые воспалительные заболевания;
3 эндометриоз III–IV степени по классификации AFS;

4 перенесённые ранее реконструктивнопластические операции на маточных трубах;

5 туберкулёз внутренних половых органов.

277. Противопоказания к проведению лапароскопии при ТПФБ является все, кроме

1.острых воспалительных заболеваний

2. эндометриоза III – IY стадии

3. спаечного процесса в малом тазу III – IY стадии

4.перенесенных ранее реконструктивно- пластические операции на маточных трубах

5. параовариальной кисты

278. Тактика ведения врача акушера гинеколога при диагностике сактосальпинкса диаметром 4-5 см при лапароскопии

1. сальпинголизис
2. сальпингостомия
3. сальпингостомия с фимбриопластикой
4. тубэктомия
5. консервативное лечение

279. Тактика ведения врача акушера гинеколога при отсутствии беременности в течение

280. 2 лет после двухсторонней сальпингостомии

1. противовоспалительное лечение
2. стимуляция овуляции
3. повторная лапароскопия
4. ЭКО
5. ничего из перечисленного

281. Тактика ведения врач акушера гинеколога при непроходимости маточных труб в истмическом и интерстициальном отделах маточных труб

1. противовоспалительное лечение
2. гидротубация
3. гистероскопия
4. лапароскопия
5. ЭКО

282. В клубочковой зоне коры надпочечника образуются

1. глюкокортикоиды
2. альдостерон
3. норадреналин
4. андрогены
5. все перечисленное

283. При предменструальном синдроме отмечается, как правило, во II фазу менструального цикла

1. гиперэстрогения
2. повышение секреции АКТГ
3. повышение уровня серотонина
4. верно 1) и 2)
5. все перечисленное

284. Методом лечения синдрома склерокистозных яичников является:
1. синтетические прогестины
2. клиновидная резекция обоих яичников
3. лечение прогестероном
4. лечение кломифенцитратом
5. КОК

285. Метод лечения при лечении гиперплазии эндометрии в репродуктивном возрасте
1. синтетические прогестины
2. гестагены и андрогены
3. гестагены
4. гестагены и эстрогены
5. ничего из перечисленного

286. Метод лечения при лечении гиперплазии эндометрии в климактерическом периоде
1. синтетические прогестины
2. гестагены и андрогены
3. гестагены
4. гестагены и эстрогены
5. ничего из перечисленного

287. Метод лечения при лечении гиперплазии эндометрии в постменопаузальном периоде
1. синтетические прогестины
2. гестагены и андрогены
3. гестагены
4. гестагены и эстрогены
5. ничего из перечисленного

288. При климактерическом синдроме у женщин в пременопаузе наблюдаются следующие клинические симптомы
1. вегето-сосудистые
2. психо-эмоциональные
3. обменно-эндокринные
4. все перечисленные
5. ничего из перечисленного

289. Проявления нейровегетативных форм климактерического синдрома?
1. атрофия, сухость слизистой влагалища, зуд
2. остеопороз
3. нарушение сна, памяти, раздражительность
4. отеки, нагрубание молочных желез
5. приливы и потливость

290. Проявления психоневрологических симптомов климактерического синдрома?
1. атрофия, сухость слизистой влагалища, зуд
2. остеопороз
3. нарушение сна, памяти, раздражительность
4. отеки, нагрубание молочных желез

5. приливы и потливость

291. Поздние проявления климактерического синдрома?

1. атрофия, сухость слизистой влагалища, зуд
2. остеопороз
3. нарушение сна, памяти, раздражительность
4. отеки, нагрубание молочных желез
5. приливы и потливость

292. Первичная альгоменорея обусловлена

1. инфантилизмом
2. ретродевиацией матки
3. высокой продукцией простагландинов
4. всем перечисленным
5. ничем из перечисленного

293. Лечение больных с синдромом истощения яичников должно быть направлено

1. на стимуляцию функции яичников
2. на получение менструальноподобной реакции
3. на уменьшение выраженности вегето-сосудистых расстройств
4. на все перечисленное
5. ни на что из перечисленного

294. У больных с синдромом Шихана на фоне снижения уровня ТТГ наблюдаются следующие проявления гипотиреоидизма

1. безразличие к окружающей обстановке
2. зябкость
3. снижение общего тонуса организма
4. все перечисленные
5. ничего из перечисленного

295. Аменорея при гигантизме связана

1. с гиперпродукцией АКТГ до периода полового созревания
2. с гиперпродукцией СТГ до периода полового созревания
3. с гиперпродукцией АКТГ после окончания периода полового созревания
4. с гиперпродукцией СТГ после окончания периода полового созревания
5. ни с чем из перечисленного

296. О какой форме аменореи свидетельствует отрицательный результат функциональной пробы с комбинированными эстроген-гестагенными препаратами:

1. гипоталамической
2. гипофизарной
3. яичниковой
4. маточной
5. ничего из перечисленного

297. О какой форме аменореи свидетельствует положительна проба с дексаметазоном (если уровень андрогенов снижается на 50%):

1. гипоталамо-гипофизарной
2. яичниковой
3. надпочечниковой
4. маточной
5. ничего из перечисленного

298. Положительная проба с прогестероном означает о:
1. наличие достаточной эстрогенной насыщенности организма
2. недостаточную продуктцию прогестерона в организме
3. центральый генез аменореи
4. маточной формы аменоери
5. правильно 1, и 2
299. Дисгенетическое яичко у больной с аменореей яичникового генеза склонно
1. к вирилизации
2. к малигнизации
3. к феминизации
4. ко всему перечисленному
5. ни к чему из перечисленного
300. При отрицательной пробе с гонадотропинами у больных с аменореей показано
1. проба с эстрогенами и гестагенами в циклическом режиме
2. лапароскопия и биопсия яичников
3. лапароскопия и удаление гонад
4. прогестероновая проба
5. ничего из перечисленного
301. Дефицит массы тела, как правило, является одной из причин
1. запаздывания наступления первой менструации
2. длительного становления менструальной функции
3. развития или усугубления нарушения менструальной функции
4. всего перечисленного
5. ничего из перечисленного
302. В цепи биосинтеза стероидов первым биологически активным гормоном является
1. андростендион
2. эстрадиол
3. эстриол
4. тестостерон
5. прогестерон
303. ФСГ стимулирует:
1. рост фолликула в яичнике
2. продукцию корткостероидов
3. продукцию ТТГ в щитовидной железе
4. синтез прогестерона
5. функцию желтого тела
304. ЛГ способствует:
1. овуляции
2. образованию желтого тела
3. трофическому воздействию на желтое тело
4. секреции эстрогенов
5. все вышеперечисленное
305. В яичнике андрогены служат субстратом для образования
1. прогестерона

2. эстрогенов
3. прогестерона и эстрогенов
4. всего перечисленного
5. ничего из перечисленного

306. У больных с аменореей при болезни Иценко - Кушинга имеет место гиперпродукция гормона аденогипофиза
1. соматотропного
2. тиреотропного
3. адренокортикотропного
4. фолликулостимулирующего
5. лютеинизирующего

307. Гиперпролактинемия – это состояние,при котором:
1. повышенный уровень пролактина в плазме крови
2. нарушается механизм гипоталамо-гипофизарной системы
3. нарушается менструальный цикл и репродуктивная функция
4. патологические изменения молочных желез
5. верно 1.2.3.

308. Синтез и секреция пролактина происходит:
1.в тканях гипофиза
2.в клетках эндометрия и плаценты
3.в эпителиальных клетках тонкой кишки
4.в раковых клетках легких и почек
5.все ответы правильны

309. Лабораторное обследование при гиперпролактинемии:
1.определение уровня пролактина в крови
2.определение уровней ТТГ,Т3,Т4 в крови
3.определение уровней гонадотропинов
4.верны 1
5.все ответы правильны

310. Для дифференциальной диагностики функциональной и опухолевой гиперпролактинемии проводится проба:
1.с бромокриптином
2.с кломифеном
3. с дексаметазоном
4.верно 1
5.верно 1.2.3.

311. При врожденной форме АГС нарушения функции надпочечников развивается внутриутробно вследствии:
1. гормонпродуцирующей опухоли яичников
2. моногенной мутации и дефицита энзимной системы С21 гидроксилазы
3. избыточного образования энзима С17 гидроксилазы
4. менингомиелоцеле

5. поликистоза почек

312. В какой анатомической части надпочечников синтезируются андрогены:

1. в корковом веществе пучковой зоне
2. в корковом веществе клубочковой зоне
3. в корковом веществе сетчатой зоне
4. в мозговом веществе
5. в феохромацитах надпочечников

313. Хромосомный набор девочек с врожденной формой АГС

1. 46ХХ
2. 46 ХУ
3. 45ХО
4. 45ХО/46ХХ
5. 45ХХ/46ХУ

314. Для клинических проявлений врожденной формы АГС характерно все, кроме

1. вирилизации НПО (увеличение клитора, слияние половых губ, персистенция урогенитального синуса)
2. прогрессирования вирильного гипертрихоза с 3 -5 лет
3. мужское телосложение и аплазия молочных желез
4. раннего окостенения зон роста костей
5. аплазии матки

315. Характерными диагностическими признаками врожденной формой АГС является все нижеперечисленное, кроме:

1. увеличения размеров надпочечников на УЗИ и КТ
2. повышения тестостерона, ДГЭАС сыворотки крови
3. повышения 17 кетостероидов в моче
4. увеличения размеров турецкого седла
5. положительной дексаметазоновой пробы

316. В лечении врожденной формы АГС применяют гормональную терапию:

1. анаболическими гормонами
2. гестагеными гормонами
3. глюкокортикоидами
4. эстрогенами
5. даназолом

317. Для клинических проявлений пубертатной формы АГС характерно все, кроме

1. позднего менархе 14-16 лет с тенденцией к олиго и аменореям
2. прибавки в весе сразу после менархе
3. гипертрихоза
4. быстрого роста
5. множественных угрей

318. Для клинических проявлений постпубертатной формы АГС характерно все, кроме

1. после менархе н.м.ц. по типу олигоменореи
2. гипертрихоза
3. бесплодия
4. невынашивания беременности в сроках 5-10 недель
5. снижения уровня ДГЭАС и тестостерона сыворотки крови, 17 КС в моче на менее чем 30% после проведения пробы с дексаметазоном

319. Для гиперандрогении надпочечникового происхождения характерно:
1. снижение уровня ДГЭАС и тестостерона сыворотки крови, 17 КС в моче на менее чем 30% после проведения пробы с дексаметазоном
2. снижение уровня ДГЭАС и тестостерона сыворотки крови, 17 КС в моче на 50%-75% после проведения пробы с дексаметазоном

320. 3. повышение уровня ДГЭАС и тестостерона сыворотки крови, 17 КС в моче после проведения пробы с дексаметазоном

321. 4. уровни ДГЭАС и тестостерона сыворотки крови, 17 КС в моче после проведения пробы с дексаметазоном не изменяются
6. ничего из вышеперечисленного не характерно

322. Избыточный синтез андрогенов вызывает все нижеперечисленное, кроме:
1. подавляет рост и созревание фолликулов на ранних стадиях фолликулогенеза
2. появления ановуляторных циклов
3. недостаточность лютеиновой фазы цикла
4. образования антиспермальных антител
5. разрывов сосудов эндометрия, кровоизлияний и отслойки хориальной ткани при беременности

323. Регулярные обильные менструации длительностью от 7 до 10 дней:
1. меноррагия.
2. метроррагия.
3. менометроррагия.
4. полименорея.
5. опсоменорея.

324. Меноррагия это:
1. болезненные менструации.
2. обильные менструации.
3. ациклические кровотечения.
4. скудные менструации.
5. нерегулярные менструации.

325. Этиологическими факторами ДМК у женщин репродуктивного возраста могут быть все, кроме:
1. абортов
2. нейроэндокринных заболеваний (болезнь Иценко – Кушинга, послеродовое ожирение).
3. эмоциональных и психических стрессов
4. позднего наступления менархе.
5. приема лекарственных препаратов(нейролептиков).

326. Персистенция фолликула это:
1. обратное развитие незрелого фолликула.
2. длительное существование зрелого фолликула.
3. отсутствие доминантного фолликула.
4. разрыв зрелого фолликула.
5. созревание фолликула

327. Причиной ДМК является:
1. гиперэстрогения.
2. гипоэстрогения.
3. гиперпрогестеронемия.
4. гиперпролактинемия.
5. гиперандрогения.

328. Ановуляция при ДМК репродуктивного периода обусловлена:
1. атрезией фолликула.
2. персистенцией фолликула.
3. относительной гиперэстрогенией.
4. гиперпрогестеронемией.
5. незрелостью гипофизотропных структур.

329. Лечение ДМК у женщин репродуктивного периода следует начинать с:
1. назначения эстроген – гестаген содержащих оральных контрацептивов.
2. назначения ЗГТ.
3. симптоматического гемостаза.
4. диагностического выскабливания полости матки.
5. стимуляции овуляции гонадотропными препаратами.

330. Морфологическая характеристика эндометрия при персистенции фолликула:
1. децидуальное превращение эндометрия.
2. десквамация эндометрия.
3. атрофия эндометрия.
4. пролиферация эндометрия.
5. секреция эндометрия.

331. Лечебно – диагностические мероприятия при ДМК климактерического периода следует начинать с:
1. гормонального гемостаза.
2. назначения ЗГТ.
3. гемостатических препаратов.
4. диагностического выскабливания полости матки с гистологическим исследованием соскоба эндометрия.
5. показано оперативное лечение.

332. Ановуляция при ЮМК обусловлена:
1. атрезией фолликулов.
2. персистенцией фолликула.
3. отсутствием доминантного фолликула.
4. гипопрогестеронемией.
5. гиперэстрогенией.

333. Отсутствие секреторной трансформации эндометрия при ЮМК обусловлено:
1. гиперэстрогенией.

2. гипоэстрогенией.
3. гиперандрогенией.
4. гиперпрогестеронемией.
5. гипопрогестеронемией.

334. Методами гемостаза при ЮМК не являются:
1. гемостатические средства.
2. эстроген – гестаген содержащие оральные контрацептивы.
3. выскабливание полости матки.
4. агонисты РГ ЛГ.
5. гестагены.

335. Гиперстимуляция яичников на фоне бесконтрольного применения кломифена обычно проявляется
1. в увеличении яичников в размерах
2. в болях в нижней части живота
3. в меноррагии
4. в явлениях вирилизации
5. верно 1, 2, 3

336. Особенностями терапии ДМК у больных климактерического возраста является
337. 1. проведение раздельного лечебно-диагностического выскабливания матки для верификации
338. диагноза
3. терапия, направленная на подавление функции яичников
4. лечение сопутствующей соматической патологии
5. проведение циклической гормональной терапии
6. верно 1, 2, 3

339. Дексаметазоновая проба
1. основана на тормозящем действии высоких концентраций глюкокортикоидов в крови на
340. секрецию кортикотропина гипофизом
2. применяется для исключения болезни Иценко - Кушинга
3. применяется для диагностики гиперплазии коркового вещества надпочечников
4. применяется для диагностики адренобластомы яичника
5. верно все перечисленное

341. Для лечения гирсутизма используют все нижеперечисленное, кроме:
1. даназола
2. КОКов
3. глюкокортикоидов
4. ципротерона ацетата
5. верошпирона

342. Дисгенезия гонад - это
1. врожденная патология
2. результат неблагоприятных воздействий в ранний антенатальный период
3. аномалия в системе половых хромосом
4. дефект ферментных систем

5. все перечисленное

343. Основные диагностические критерии аменореи центрального генеза

1. наличие матки и яичников
2. положительные пробы с гонадотропными гормонами
3. пропорциональное телосложение
4. низкая секреция гонадотропинов
5. верно 1, 2, 3

344. В диагностике аменореи, связанной с акромегалией и гигантизмом, имеет значение изменение

1. размеров турецкого седла на рентгенограмме черепа
2. полей зрения
3. формы турецкого седла на рентгенограмме черепа
4. экскреции 17-КС
5. всего перечисленного

345. Методы исследования, используемые обычно при ДМК

1. ТФД
2. гистероскопия
3. диагностическое выскабливание матки
4. лапароскопия
5. верно 1, 2, 3

346. Показаниями к заместительной терапии женскими половыми гормонами являются

1. гипофункция яичников
2. ложный мужской гермафродитизм у больной с женским гражданским полом
3. синдром Шерешевского - Тернера
4. гипофизарный нанизм
5. все перечисленные

347. Для клинических проявлений типичной формы климактерического синдрома наиболее характерно

1. сухость слизистых
2. боли в области сердца
3. остеопороз
4. ларингит
5. верно 1, 2, 3

348. Возможными причинами маточной аменореи являются

1. гибель базального слоя эндометрия
2. отсутствие матки
3. рубцовые изменения в матке, образование синехий
4. отсутствие реакции эндометрия на гормональные стимулы
5. все перечисленные

349. Для гипофункции коры надпочечников характерно

1. повышение либидо
2. гирсутизм
3. гипертрихоз
4. гипертензия
5. ничего из перечисленного

350. При лечении больных с климактерическим синдромом используют
1. эстрогены
2. гестагены
3. комбинированные эстроген-гестагенные препараты
4. комбинацию эстрогенов с андрогенами
5. все перечисленное

351. При остеопорозе у больных с климактерическим синдромом рекомендуется применять
1. чистые эстрогены
2. комбинацию эстрогенов с андрогенами
3. гестагены
4. андрогены
5. все перечисленное

352. Препараты, тормозящие синтез простагландинов
1. напроксин
2. индометацин
3. аспирин
4. бутадион
5. верно 1, 2

353. Ановуляторные дисфункциональные маточные кровотечения необходимо дифференцировать:
1. с беременностью (прогрессирующей)
2. с начавшимся самопроизвольным выкидышем
3. с подслизистой миомой матки
4. правильные ответы 2 и 3
5. все ответы правильные

354. Термин «Аденомиоз» применяется:
1. во всех случаях выявления эндометриоза независимо от локализации
2. только при разрастаниях эндометриоидной ткани в стенке матки
3. при эндометриозе , который сопровождается образованием кист
4. только в тех случаях, когда прорастание миометрия сопровождается наличием миоматозных узлов
5. только при ретроцервикальном эндометриозе

355. Гистеросальпингография в диагностике внутреннего эндометриоза матки наиболее информативна:
1. за 1-2 дня до начала менструации
2. сразу после менструации
3. на 12-14-й день
4. на 16-18-й день
5. на 20-22-й день

356. При выявлении адреногенитального синдрома лечение необходимо начинать:
1. с момента установления диагноза
2. после установления менструальной функции
3. после замужества (в зависимости от времени планируемой беременности)
4. только после родов
5. лечение не требуется

357. Эндометриоз – это:
1. дисгормональня гиперплазия эктопированного эндометрия
2. опухолевидный процесс
3. доброкачественное разрастание ткани по морфологически и функциональным свойствам подобной эндометрию
4. правильные ответы 1 и 3
5. правильные ответы 1, 2 и 3

358. Для «малых» форм эндометриоза яичников характерно наличие:
1. сохраненного двухфазного менструального цикла
2. болей внизу живота накануне менструации
3. бесплодия
4. правильные ответы 2 и 3
5. правильные ответы 1, 2 и 3

359. Хорионический гонадотропин:
1. секретируется клетками трофобласта
2. по своему действию сходен с лютропином
3. усиливает продукцию эстрогенов и прогестерона клетками желтого тела
4. все правильно
5. все неправильно

360. Укажите гормон, серкеция которого ингибируется при высокой концетрнации эстрадиола:
1. ПРЛ
2. ЗГ
3. ЛГ
4. ФСГ
5. все перечисленное

361. Аменорея у 16-летней девочки может быть результатом всех перечислынх состояний, кроме:
1. заращения девственной плевы
2. синдрома нечувствительности к эстрогенам
3. синдрома тернера
4. поликистоза яичников
5. гранулезоклеточной опухоли

362. При появлении ациклических кровяных выделений проводится:
1. гистеросальпингография
2. определение ЛГ
3. ультразвуковое исследование
4. определение ХГ
5. диагностическое выскабливание

363. Какой нейро-эндокринный синдром представляет опасности для возникновения рака эндометрия:
1. первичных поликистозных яичников (с. Штейна-Левенталя)
2. предменструальный
3. климатический
4. метаболический
5. синдром Майера-Ракитансого-Кюстера

364. При дисгенезии гонад восстановление генеративной функции:
1. возможность длительной циклической терапией половыми гормонами
2. достигается стимуляцией овуляции
3. обеспечивается клиновидной резекцией яичников
4. как правило, бесперспективно
5. наступает самостоятельно

365. При взаимодействие гипоталамуса, гипофиза и яичников в регуляции менструального цикла:
1. одно звено (вышележащее) стимулирует функцию другого звена (нижележащего)
2. нижележащее звено тормозти или регулирует функцию вышележащего
3. функция звеньев синхронна
4. выключение одного звена нарушает всю систему в целом
5. все перечисленное

366. Основные клинические проявления гиперпролактинемии:
1. ановуляция
2. аменорея, олигоменорея
3. бесплодие
4. все ответы правильны
5. галокторея

367. К гипергонадотропной аменорее относится
1. синдром истощения яичников
2. синдром резистентных яичников
3. синдром дисгенезии яичников
4. синдром гиперстимуляци яичников
5. все перечисленное

368. Избыточный синтез андрогенов вызывает все нижеперечисленное, кроме:
1. подавляет рост и созревание фолликулов на ранних стадиях фолликулогенеза
2. появление ановуляторных циклов
3. образование антиспермальных антител
4. разрыв сосудов эндометрия, кровоизлияние и отслойку хориальной ткани при беременности
5. верно 1,4

369. Физиологическое течение климактерического периода обычно характеризуется
   1 прогрессирующей инволюцией половых органов
   2 прекращением менструальной функции
   3 прекращением репродуктивной функции
   4 верно все
6. верно2,3

370. Обязательное обследование перед назначением ЗГТ:
1. УЗИ органов малого таза (состояние эндометрия, структура яичников)
2. УЗИ молочных желез, маммография

3. мазок на онкоцитологию и кольпоскопия
4. гемастозиограмма
5. все верно

371. К эхографическим признакам аденомиоза относят все, кроме:
1. увеличения размеров матки, в основном переднезаднего размера
2. преимущественного увеличения одной из стенок
3. толщины эндометрия более 15 мм
4. наличия в эндометрии зоны повышенной эхогенности занимающая более половины стенки матки
5. верно1,2

372. Какие гормональные препараты не используются в лечении эндометриоза:
1. эстрогены
2. прогестины
3. агонисты Гн-РГ
4. антигонадотропины
5. даназол

373. При синдроме Ашермана диагностическое значение имеет:
1. гистероскопия
2. лапороскопия
3. УЗИ
4. верно 1 и 2
5. верно 1 и 3

374. Для больных с синдроме Шихана характерно:
1. Снижение уровня гонадотропинов
2. снижение уровня половых гормонов
3. повышение уровня гонадотропинов
4. верно 1 и 2
5. верно 1 и 3

375. Основные критерии диагностики синдрома резистентных яичников:
1. аменорея
2. эпизодические приливы
3. высокие уровни ФСГ и ЛГ
4. верно 1 и 3
5. все перечисленное верно

376. Для синдрома резистентных яичников характерно все перчисленное , кроме:
1. положительной пробы на ЦГТ
2. фенотипа – женскиго
3. генотипа – 46 ХХ
4. снижения эстродиола крови
5. отсутствия фолликул в яичниках

377. При синдроме истощения яичников:
1. проба с гестагенами отрицательна
2. проба с кломифеном отрицательна
3. проба с ЦГТ отрицательна
4. верно 1 и 2
5. верно 1 и 3

378. При синдроме истощения яичников возможно:
1. вторичная аменорея
2. мультифолликулярный яичник
3. уменьшение размеров яичников, отсутствие в них фолликулов
4. верно 1 и 3
5. верно 1 и 2

379. Методами, проведение которых помогает уточнить диагноз синдром истощения яичников, являются:
1. определение гонадотропных гормонов
2. определение половых гормонов
3. биопсия яичников
4. верно 1,2,3
5. верно 1,2

380. К гипергонадотропной аменорее относится:
1. синдром истощения яичников
2. синдром резистентных яичников
3. дисгенезия гонад
4. все перечисленное
5. верно 1 и 2

381. Синдром гиперторможения яичников обычно проявляется:
1. увеличением яичников в размерах
2. аменореей
3. в болях в нижней части живота
4. верно 1 и 3
5. все перечисленное

382. При синдроме Майера – Рокитанского – Кюстнера …
1. кариотип мужской 46, ХУ
2. кариотип мозаичный 45,Х
3. к ариотип женский 46,ХХ
4. кариотип 45, ХО
5. кариотип 47, ХХХ

383. Диагностика атрезии гимена или части влагалища проводится
1. гинекологическим исследованием и эхографией малого таза
2. определением кариотипа 46, ХУ
3. гинекологическим исследованием и вагиноскопия
4. гинекологическое исследование и эхоскопией или КТ
5. лечебно – диагностической лапароскопией

384. Патология удвоения матки и влагалища развивается в следствии…
1. нарушения внутриутробного развития
2. неправильного слияния мезодермальных протоков
3. слияния мюллеревых протоков
4. неправильного слияния вольфовых протоков
5. нарушения канализации нижнего отдела урогенитального синуса

385. При аплазии матки:
1. уровни гонадотропинов и половых стероидов в пределах нормы

2. уровни гонадотропинов и половых стероидов повышены
3. уровни гонадотропинов и половых стероидов понижены
4. уровни половых стероидов повышены
5. уровни половых стероидов понижены

386. Единнственной возможностью « терапии бесплодия» аплазии матки является:
1. ВРТ – ПЭ в матку суррогатной матери
2. метропластика
3. заместительная гормонотерапия
4. циклическая витаминотерапия
5. назначение гонадотропин рилизинг – гормона

387. Отечная форма предменструального синдрома характеризуется:
1. нагрубанием и болезненностью молочных желез; увеличением массы тела на 4-8 кг; вздутием живота; отечностью лица, голеней
2. головными болями по типу мигрени; головными болями напряжения ; сосудистыми головными болями
3. повышенной раздражительностью ; депрессией; плаксивостью; агрессивностью.
4. повышением АД; чувством сдавления за грудиной; появлением чувства страха, сопровождающегося похолоданием и онемением конечностей
5. вегето- сосудистой дистонией

388. Цефалгическая форма предменструального синдрома характеризуется:
1. нагрубанием и болезненностью молочных желез; увеличением массы тела на 4-8 кг; вздутием живота; отечностью лица, голеней
2. головными болями по типу мигрени; головными болями напряжения ; сосудистыми головными болями
3. повышенной раздражительностью ; депрессией; плаксивостью; агрессивностью.
4. повышением АД; чувством сдавления за грудиной; появлением чувства страха, сопровождающегося похолоданием и онемением конечностей
5. вегето- сосудистой дистонией

389. Кризовая форма предменструального синдрома характеризуется:
1. нагрубанием и болезненностью молочных желез; увеличением массы тела на 4-8 кг; вздутием живота; отечностью лица, голеней
2. головными болями по типу мигрени; головными болями напряжения ; сосудистыми головными болями
3. повышенной раздражительностью ; депрессией; плаксивостью; агрессивностью.
4. повышением АД; чувством сдавления за грудиной; появлением чувства страха, сопровождающегося похолоданием и онемением конечностей
5. вегето- сосудистой дистонией

390. Клиника психо – вегетативной формы предменструального синдрома:
1. агрессивность, плаксивость, депрессия.
2. нагрубание молочных желез, отечность.
3. мигрень и головокружение
4. тошнота , подъем АД, рвота и сердцебиения
5. остеопороз агрессивность, плаксивость, депрессия.

391. Клиника отечной формы предменструального синдрома:
1. агрессивность, плаксивость, депрессия.
2. нагрубание молочных желез, отечность.

3. мигрень и головокружение
4. тошнота , подъем АД, рвота и сердцебиения
5. остеопороз

392. Клиника кризовой формы предменструального синдрома:
1. агрессивность, плаксивость, депрессия.
2. нагрубание молочных желез, отечность.
3. мигрень и головокружение
4. тошнота , подъем АД, рвота и сердцебиения
5. остеопороз

393. Для компенсированной стадии предменструального синдрома характерно:
1. клинических проявлений предменструального синдрома нет.
2. симптомы заболевания не прогрессируют, с наступлением менструации прекращаются.
3. тяжесть предменструального синдрома усугубляется , симптомы исчезают с преращением менструации.
4. симптомы предменструального продолжаются в течение нескольких дней после прекращения менструации.
5. симптомы предменструального синдрома сохраняются на протяжении всего менструального цикла

394. Для субкомпенсированной стадии предменструального синдрома характерно:
1. клинических проявлений предменструального синдрома нет.
2. симптомы заболевания не прогрессируют , с наступлением менструации прекращаются
3. тяжесть предменструального синдрома усугубляется , симптомы исчезают с прекращением менструации.
4. симптомы предменструального синдрома продолжаются в течение нескольких дней после прекращения менструации
5. симптомы предменструального синдрома сохраняются на протяжении всего менструального цикла

395. Для декомпенсированной стадии предменструального синдрома характерно:
1. клинических проявлений предменструального синдрома нет.
2. симптомы заболевания не прогрессируют, с наступлением менструации прекращаются
3. тяжесть предменструального синдрома усугубляется, симптомы исчезают с преращением менструации.
4. симптомы предменструального синдрома продолжаются в течение нескольких дней после прекращения менструации.
5. симптомы предменструального синдрома сохраняется во время овуляции.

396. Клиническими формами предменструального синдрома являются все, кроме:
1. психовегетативной
2. отечной
3. гипоталамо – гипофизарной
4. цефалгической
5. кризовой

397. Метаболический синдром – это нарушение:

1. репродуктивной и менструальной функции в сочетании с вегетаивно – обменными нарушениями, ведущим среди которых является прогрессирующее нарастание массы тела.
2. в основе которого лежит патология структуры и функции яичников на фоне нейрообменных нарушений.
3. комплекс патологических симптомов , возникающих после тотальной овариэктомии.
4. верно все
5. неверно ничего из перечисленного

398. Клиническая картина метаболичсекого синдрома характеризуется:

1. висцеральным типом ожирения
2. вторичной аменореей
3. нигроидный акантоз
4. выраженный гирсутизм
5. все ответы верны

399. С какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику метаболического синдрома:

1. болезнь Иценко – Кушинга
2. первичные ПКЯ
3. конституционное ожирение
4. верно 1,3
5. верно все перечисленные

400. Лечение пациенток с СПКЯ направлено на:

1. нормализацию массы тела и метаболических нарушений
2. восстановление овуляторных менструальных циклов
3. восстановление генеративной функции
4. устранение гиперпластических процессов эндометрия
5. все перечисленное верно

401. К хирургическим методам лечения СПКЯ относятся все , кроме:

1. клиновидной резекции
2. каутеризации яичников
3. вапоризации ( дрилинг)
4. овариотомии
5. декортизации яичника

402. Синдром тотальной овариоэктомии характеризуется возникновением:

1. вегето – сосудистых расстройств
2. нейропсихических нарушений
3. обменно – эндокринных нарушений
4. верно 1 и 2
5. верно все

403. При синдроме тотальной овариоэктомии наблюдается:

1. повышение уровня гонадотропных гормонов
2. снижение гонадотропных гормонов
3. снижение уровня эстрогенов

4. верно 1 и 3
5. верно 2 и3.

404. Ответ:4

405. Патогенетически обоснованной терапией синдрома тотальной овариоэктомии является:

1. лечение эстрогенами
2. заместительная гормональная терапия
3. КОК
4. циклическая витаминотерапия
5. агонисты гонадотропинов

406. У женщин с СПКЯ менархе чаще всего:

1. своевременный – 12-13лет
2. менархе запоздалый – с 14-15 лет.
3. поздний – 16 – 17 лет
4. ранний – 9 – 10 лет
5. менархе отсутствует

407. К Роттердамским критериям диагностики СПКЯ относятся все, кроме:

1. олигоменореи
2. ановуляции
3. гиперандрогении
4. эхографических признаков ПКЯ
5. гиперпролактинемии

408. К эхографическим критериям ПКЯ относится все, кроме:

1. объема яичников более 8 см3
2. увеличения площади гиперэхогенной стромы
3. число анэхогенных фолликулов диаметром до 10 мм не менее десяти
4. усиленного кровотока и обильной сосудистой сети в строме ( при доплерометрии)
5. все перечисленные, верно

409. При нарушении функции щитовидной железы развитие бесплодия обусловлено

1. выраженным нарушением жирового обмена
2. постоянной гипотермией тела
3. угнетением процессов овуляции
4. уплотнением белочной оболочки яичников
5. все перечисленное верно

410. Отсутствие менструально – подобной реакции после проведения пробы с прогестероном свидетельствует, о:

1. гипопрогестеронемии
2. гипоэстрогении
3. гиперэстрогении
4. гиперпрогестеронемии
5. гиперпролактинемии

411. Эхографическая картина эндометрия в первую фазу менструального цикла
1. в виде гиперэхогенной полости толщиной до 5мм
2. трехслойный до 15 мм
3. разнородная структура М-ЭХО толщиной более 20 мм
4. наличие в базальном слое эндометрия эхопозитивного включения
5. все вышеперечисленное

412. В какой фазе менструального цикла частота «пульсаций» секреции ЛГ является максимальной
1. в фолликулярной
2. в предовуляторном периоде
3. в поставуляторном периоде
4. в лютеиновой фазе
5. на протяжении всего цикла

413. О чем свидетельствует выраженная кристаллизация образца цервикальной слизи с образованием картины «листьев папоротника»?
1. о достаточном образовании эстрогенов в организме женщины
2. в недостаточном образовании прогестерона в организме женщины
3. об избыточном образовании андрогенов в организме женщины
4. о дисфункции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы
5. ничего из перечисленного

414. Какие «кожные» проявления наиболее характерны для гиперинсулинемии?
1. ance vulgaris
2. гирсутизм
3. андрогензависимая алопеция
4. черный акантоз
5. ничего из перечисленного

415. Назовите наиболее часто встречающуюся наследственную аутосомно-рециссивную форму патологии у женщин:
1. синдром избыточной активности ароматазы
2. сндром дефицита ароматазы
3. неклассический вариант дифицита 21-гидроксилазы надпочечников
4. дефицит 3β – гидроксистерои-ддегидрогеназы надпочечников
5. ничего из перечисленного

416. Как изменяется характер секреции ГРГ и гонадотропинов в пременопаузальном периоде?
1. образование ГРГ, ФСГ и ЛГ уменьшается
2. секреция ГРГ возрастает, ФСГ и ЛГ уменьшается
3. образование ГРГ, ФСГ и ЛГ возрастает
4. секреция ГРГ уменьшается, ФСГ и ЛГ увеличивается
5. ничего из перечисленного

417. Уменьшение контрацепции какого гормона в крови наиболее достоверно свидетельствует о снижении «яичникового резерва»?
1. ФСГ
2. ЛГ
3. ХГ
4. АМГ

5. ПРЛ

418. Что из ниже перечисленного вызывает циклические боли в низу живота?

1. эндометриоз
2. болезненная овуляция
3. гематокольпос – накопление менструальной крови во влагалище
4. все выше перечисленное
5. ничего из перечисленного

419. К ранним симптомам климактерия относятся:

1. урогенитальные расстройства
2. остеопороз
3. вегетососудистые нарушения
4. обмено-эндокринные нарушения
5. ничего из перечисленного

420. К средне временным расстройства климактерия относятся:

1. урогенитальные расстройства
2. остеопороз
3. вегетососудистые нарушения
4. метаболический синдром
5. ничего из перечисленного

421. К поздним симптомам климактерия относятся:

1. урогенитальные расстройства
2. остеопороз
3. вегетососудистые нарушения
4. психоэмоциональные расстройства
5. ничего из перечисленного

422. Патогенетической терапией постменопаузального остеопороза являются следующие препараты:

1. бифосфонаты
2. кальцитонин
3. ЗГТ
4. препараты кальция и витамина «Д»
5. ничего из перечисленного

423. Женщинам пременопаузального возраста с симптомами климактерия чаще назначают:

1. фемостон 1/5
2. фемостон 1/10
3. фемостон 2/10
4. КОКи
5. иноклим

424. Женщинам постменопаузального возраста с целью профилактики климактерического синдрома чаще назначают:

1. фемостон 1/5
2. фемостон 1/10
3. фемостон 2/10
4. КОКи
5. иноклим

425. Какая из перечисленных гормональных проб свидетельствует о маточной форме аменореи:
1. положительная проба с прогестероном
2. отрицательная проба с эстрогенами и прогестероном
3. положительная проба с кломифенцитратом
4. положительная проба с эстрогенами
5. отрицательная проба с дексаметазоном

426. Особенностями нормального менструального цикла являются:
1. овуляция
2. образование жёлтого тела в яичнике
3. преобладание гестагенов во второй фазе цикла
4. всё перечисленное
5. ничего из перечисленного

427. Гипоталамус вырабатывает следующие гормоны:
1. гонадотропины
2. эстрогены
3. гестагены
4. рилизинг-факторы
5. пролактин

428. При взаимодействии гипоталамуса, гипофиза и яичников в регуляции менструального цикла:
1. одно звено (вышележащее) стимулирует функцию другого звена (нижележащего)
2. нижележащее звено тормозит или регулирует функцию вышележащего
3. функция звеньев синхронна
4. выключение одного звена нарушает всю систему в целом
5. всё перечисленное верно

429. Эстрогены секретируются:
1. клетками внутренней оболочки фолликула
2. жёлтым телом
3. корковым веществом надпочечника
4. всё перечисленное
5. ничего из перечисленного

430. В своём действии на организм эстрогены:
1. блокируют рецепторы к окситоцину
2. прекращают (ослабляют) пролиферативные процессы в эндометрии
3. вызывают секреторные преобразования в эндометрии
4. всё перечисленное
5. ничего из перечисленного

431. Эстрогены:
1. способствуют перистальтике матки и труб
2. усиливают процессы окостенения
3. стимулируют активность клеточного иммунитета
4. всё перечисленное
5. ничего из перечисленного

432. Гестагены:

1. снижают содержание холестерина в крови
2. определяют развитие первичных и вторичных половых признаков
3. повышают тонус матки
4. всё перечисленное
5. ничего из перечисленного

433. Повышение ректальной температуры во вторую фазу овуляторного менструального цикла обусловлено:
1. действием прогестерона яичника на центр терморегуляции в гипоталамусе
2. действием прогестерона, который снижает теплоотдачу
3. интенсификацией биохимических процессов в матке
4. всё перечисленное
5. ничего из перечисленного

434. Альгодисменорея — это НМЦ, проявляющееся схваткообразными, реже ноющими болями внизу живота, в области крестца, поясницы во время:
1. в дни овуляции
2. во время менструации
3. после менструации
4. в течение первой фазы менструального цикла
5. в течение второй фазы менструального цикла

435. Вторичная альгодисменорея может быть связана со следующими заболеваниями:
1. генитальный эндометриоз
2. пороки развития матки и влагалища
3. миома матки
4. верно 2, 3
5. верно 1, 2, 3

436. Что такое альгодисменорея?
1. Изменение продолжительности менструального цикла
2. отсутствие менструаций
3. болезненные менструации
4. боли, связанные с овуляцией
5. кровотечение

437. Толщина неизмененного М-эхо матки в раннюю стадию фазы пролиферации не превышает:
1. 2 мм.
2. 6 мм
3. 10 мм
4. 15 мм
5. 20 мм

438. При трансабдоминальном сканировании неизмененные маточные трубы визуализируются в виде:
1. гипоэхогенных образований
2. гиперэхогенных образований
3. анэхогенных образований
4. образований средней эхогенности
5. не визуализируется

439. Значение объема неизмененного яичника женщины репродуктивного возраста не превышает:
1. 2см3
2. 5 см3
3. 7 см3
4. 9 см3
5. 15 см3

440. Средние значения диаметра преовуляторного фолликула при ультра звуковом исследовании составляют:
1. 10-14 мм
2. 12-15 мм
3. 14-16 мм
4. 18-23 мм
5. 25-32 мм

441. Прогностическими ультразвуковыми признаками овуляции являются:
1. наличие доминантного фолликула диаметром более 17 мм
2. выявление в доминантном фолликуле яйценосного бугорка
3. двойной контур вокруг доминантного фолликула
4. фрагментарное утолщение, неровность внутреннего контура доминантного фолликула
5. верно все перечисленное

442. Свободная жидкость в позадиматочном пространстве при ультразвуковом исследовании в норме чаще визуализируется в:
1. пролиферативную фазу
2. периовуляторный период
3. секреторную фазу
4. фазу кровотечения
5. верно все

443. Для эхографической диагностики субмукозной и интерстициальной миомы матки с центрипитальным ростом исследование рекомендуется осуществлять в:
1. пролиферативную фазу
2. периовуляторный период
3. секреторную фазу
4. фазу кровотечения
5. в любое время

444. Значения толщины М-эхо матки в норме у пациенток в постменопаузальном периоде длительностью более 5 лет не превышают:
1. 1 мм
2. 3 мм
3. 5 мм
4. 7 мм
5. 10 мм

445. Эхографический симптом "снежной бури" в матке наблюдается:
1. при раке эндометрия
2. при субмукозной миоме
3. при гиперплазии эндометрия

4. при пузырном заносе
5. не встречается

446. Для аденомиоза характерно всё, кроме:
1. аменореи
2. менометроррагии
3. железодефицитной анемии
4. болевых симптомов
5. бесплодия

447. К наружному генитальному эндометриозу относится все нижеперечисленное, кроме:
1. эндометриоза яичников
2. эндометриоза тела матки
3. эндометриоза шейки матки
4. эндометриоза крестцово-маточных связок
5. эндометриоза интерстициаого отдела маточных труб

448. К возможным причинам нарушения репродуктивной функции при генитальном эндометриозе относится все нижеперечисленное, кроме:
1. изменения функциональной активности маточных труб
2. спаечного процесса в брюшной полости
3. выраженных морфологических изменений миометрия
4. изменения состава  перитонеальной жидкости
5. нарушения функции яичников4

449. Основной клинический симптом эндометриоза шейки матки:
1. альгодисменорея
2. менометроррагия
3. пред- и постменопаузальные кровянистые выделения
4. бесплодие
5. диспареуния

450. Назовите оптимальный метод оперативного лечения эндометриоидных гетеротомий на поверхности яичника:
1. лапароскопия, коагуляция эндометриоидных гетеротопий
2. лапаротомия, коагуляция эндометриоидных гетеротопий
3. лапароскопия, резекция яичников
4. лапаротомия, овариоэктомия
5. экстирпация матки с придатками

451. При андробластомах образуется…
1. избыток андрогенов
2. недостаток андрогенов
3. повышение эстрогенов
4. снижение гонадотропинов
5. повышение ФСГ

452. Особенности опухоли яичников у девочек
1. быстрый рост опухоли
2. интралигаментарное расположение опухоли
3. двухсторонние опухоли
4. воспалительные изменения

5. метастазы в ЖКТ

453. К гормонопродуцирующим опухолям яичников не относится: …

1. андробластомы
2. гонадобластомы
3. гранулезостромальные опухоли
4. аденофиброматоз
5. фиброма - текома

454. Для слизистой влагалища у девочек характерно:…

1. наличие большого количества малых вестибулярных железок и крипт
2. наличие малого количества малых вестибулярных железок и крипт
3. отсутствие малых вестибулярных железок и крипт
4. большее количество малых вестибулярных желез и малое количество крипт.
5. все перечисленное не верно

455. Основными симптомами вульвовагинита у девочек являются:

1. бели слизисто-гнойные
2. зуд
3. жжение и дискомфорт в области вульвы
4. отек и гиперемия вульвы
5. все вешеперечисленное

456. Для вирусного вульвовагинита у девочек характерно…

1. боль, жжение, дизурия
2. зуд, фибринозный налет
3. явление уретрита, отек и гиперемия
4. болезненность преддверия влагалища, зуд
5. отек и гиперемия

457. При лечении воспалительных заболеваний вульвы и влагалища группа хинолонов-фторхинолонов противопоказан детям…

1. до 10 лет
2. новорожденным
3. до года
4. не противопоказан
5. до 15 лет

458. Появление вторичных половых признаков и менструаций у девочек в возрасте до 8 лет называют:

1. задержкой полового развития.
2. преждевременным половым развитием (ППР).
3. метаболическим синдромом
4. предменструальным синдромом
5. все перечисленное не верно.

459. Преждевременное половое созревания (ППР) – это появление вторичных половых признаков и менструаций у девочек в возрасте:

1. до 8 лет
2. до 9 лет
3. до 10 лет
4. до 11 лет
5. до 12 лет

460. Причинами, приводящими к преждевременному половому созревания (ППР) относится все, кроме:
1. церебральных инфекций (менингиты, менингоэнцефалиты, энцефалиты)
2. анте-, интранатальной патологии (асфиксия, родовая травма)
3. тяжелых интоксикаций и инфекций в течение первого года жизни ребенка
4. опухолей мозга
5. все перечисленное верно

461. К числу обязательных методов обследования девочек с клиническими проявлениями преждевременного полового развития относятся всё, кроме:
1. определения содержания гонадотропинов в плазме крови.
2. УЗИ органов малого таза.
3. определения полового хроматина.
4. определения костного возраста (рентгенография костей рук).
5. рентгенографии черепа (турецкое седло).

462. Какая форма преждевременного полового развития носит наследственный характер:
1. яичниковая форма.
2. церебральная форма.
3. конституциональная форма.
4. все перечисленные формы.
5. ничего из перечисленного.

463. При какой форме преждевременного полового развития не удается выявить неврологической церебральной патологии:
1. яичниковая форма.
2. церебральная форма.
3. конституциональная форма.
4. все перечисленные формы.
5. ничего из перечисленного.

464. Преждевременное половое созревание в сочетании с фиброзной дисплазией костей и ассиметричной пигментацией кожи характерно для:
1. синдрома Шиена.
2. синдрома Шершевского - Тернера.
3. синдрома Штейна - Левенталя.
4. синдрома Олбрайта - Брайцева.
5. все перечисленное неверно.

465. К ложному половому созреванию относится:
1. яичниковая форма.
2. конституциональная форма.
3. церебральная форма.
4. все перечисленное.
5. ничего из перечисленного.

466. Причиной ложного преждевременного созревания является:
1. фолликулярная киста яичника.
2. эндометриоидная киста.
3. дермоидная киста.
4. киста желтого тела.

5. кистозные изменения яичников.

467. Причинами ложного полового созревания являются все, кроме:

1. гранулезоклеточных опухоли яичников.
2. гранулезотекаклеточных опухоли яичников.
3. фолликулярной киста яичника.
4. тератобластомы
5. дермоидной кисты яичника.

468. Первым симптомом ложного преждевременного созревания является:

1. Менструальноподобные выделения ациклического характера.
2. Появление лобкового оволосения.
3. Рост молочных желез.
4. Ускорение роста в длину - «скачок роста».
5. Появление подмышечного оволосения.

469. Аномалии полового развития без нарушения половой дифференцировки:

1. АГС, врожденная форма.
2. дисгенезия гонад.
3. задержка полового созревания.
4. пороки развития матки и влагалища.
5. все перечисленное верно.

470. Оценка полового созревания девочек проводится по следующим признакам, кроме:

1. развития молочных желез.
2. лобкового оволосения.
3. данных о менструациях.
4. наличия угревой сыпи.
5. все перечисленное верно.

471. Преждевременное половое развитие называют появление вторичных половых признаков и менструации у девочек в возрасте:

1. до 4-5 лет
2. до 5-6 лет
3. до 7-8 лет
4. до 9-10 лет
5. до 9-10 лет

472. Преждевременное половое развитие называют:

1. появление вторичных половых признаков у девочек в возрасте до 8 лет
2. появление менструации у девочек до 8 лет
3. появление пубархе до 8 лет
4. появление телархе до 8 лет
5. все вышеперечисленное верно

473. К методам диагностики преждевременного полового развития относятся все нижеперечисленные, кроме:

1. УЗИ малого таза
2. исследования гонадотропинов плазмы крови
3. рентгенографии костей рук
4. гистеросальпинографии
5. лапароскопии

474. Для клинических проявлений ППР характерно все перечисленно, кроме:
1. максимального рост 150 -155 см
2. телосложения : относительно короткие руки и ноги , при длинном туловище
3. костного возраста: опережает календарный более чем на 2 года
4. развития половых признаков и менструации до 8 лет
5. появления винильного возраст

475. В лечении церебральный формы преждревременного полового развития применятся все перечисленные лекарственные препараты , кроме:
1. золадекса, декапептила, бусерилина
2. медроксипрогестерона
3. ципротерон ацетата
4. хирургического удаления яичников
5. прогестерона

476. Причиной преждременного полового развития могут быть все перечисленные ниже заболевания , кроме:
1. опухоли головного мозга
2. фолликулярный кисты яичника
3. адреногенитального синдрома
4. дисгенезии гонад
5. гранулезоклеточный опухоли яичников

477. О чем нужно предупредить родителей девочки, страдающей идиопатическим преждревременным половым созреванием:
1. девочка будет ниже своих сверстниц
2. заболевания сопровождается преждевременной половой активностью
3. в будущем возможно бесплодие
4. умственное развитие будет ускоренно
5. эффективный терапии нет

478. Особенность телосложения девочек с врожденным адреногенитальным синдромом:
1. узкие плечи
2. широкий таз
3. длинные конечности
4. высокий рост
5. ничего из перечисленного

479. При кровянистых выделениях из половых путей у девочек в возрасте до 8 лет необходимы:
1. гормональный гемостаз
2. наблюдение
3. назначение кровоостанавливающих и сокращающих матку средств
4. исключение локальной « органической причины кровотечения»
5. хирургический гемостаз

480. Ложное преждевременное созревание гетеросексуального типа чаще обусловлено:
1. развитием андрогенсекретирующим опухолем яичника
2. врожденной гипертрофией коры надпочечников
3. родовой травмой
4. внутриутробным инфицированием
5. верно 1,2

481. Особенности преждевременного полового созревания гетеросексуального типа:
1. у девочки период полового созревания начинается рано ( 6-7 лет)
2. появляются мужские половые признаки ( увеличение клитора, низкий тембр голоса)
3. выраженное и быстрое увеличение молочных желез
4. наличие менструации
5. верно 1,2

482. Лечение преждевременного созревания гетеросексуального типа включает:
1. применение глюкокортикоидов
2. наиболее эффективное лечение начатое до 7 лет
3. оперативную коррекцию наружных половых органов
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

483. Основными причинами преждевременного полового созревания изосексуального типа являются:
1. церебральная патология функционального характера
2. церебральная патология органического характера
3. следствии перенесенной перинатальной гипоксии
4. следствии перенесенной родовой травмы
5. все перечисленное

484. Основными клиническими признаками при истинном преждевременном половом созревании центарльного генеза являются:
1. неврологичсекая симптоматика
2. внутричерепная гипертензия
3. эмоциональные нарушения ( агрессивность , резкая смена настроения)
4. отсутствие менструации до 15-16 лет
5. верно 1,2,3

485. Основные клиничсекие признаки преждевременного полового созревания изосексуального типа органического характера:
1. задержка интеллектуального развития
2. эмоциональная неустойчивость
3. застойные изменения глазного дна
4. преждевременное появление вторичных половых признаков
5. верно все перечисленное

486. Для полной формы преждевременного полового созревания характерно:

1. различная степень развития вторичных половых признаков
2. отсутствие менструации
3. костный возраст соответствует календарному
4. масса тела не повышена
5. ничего из перечисленного

487. Клиническая картина ложного преждевременного полового развития:

1. кровянистые выделения из влагалища нерегулярного характера
2. незначительное развитие вторичных половых признаков ( скудное оволосение , недостаточное развитие молочных желез)
3. наружные и внутренние половые органы имеют выраженные черты эстрогенного влияния
4. высокий уровень эстрогенов
5. все перечисленное

488. К методам диагностики задержки полового развития относятся все нижеперечисленные , кроме:

1. определения гонадотропинов плазмы крови
2. рентгенографии черепа и турецкого седла
3. УЗИ малого таза
4. ЭЭГ и РЭГ
5. ГСГ

489. К клиническим проявлениям задержки полового развития относится все нижеперечисленные, кроме:

1. отсутствия или недоразвития вторичных половых признаков в возрасте до 13-14 лет
2. отсутствия менструации в возрасте 15-16 лет
3. гипоплазии наружных и внутренних половых органов в сочетании с задержкой роста
4. дефицита массы тела
5. высокого роста

490. Для лечения задержки полового развития применяют:

1. эстрогены и гестагены
2. агонисты гонадотропинов
3. гонадотропин - рилизинг гормон
4. верно 2 и3
5. верно 1

491. К первичной аменорее относится :

1. синдром дисгенезии гонад
2. синдром тестикулярной феминизации
3. синдром резсистентных яичников
4. верно 1 и2
5. верно 1 и 3

492. При дисгенезии гонад встречается :

1. отсутствие функционально – активной гормонпродуцирующей ткани яичников
2. дефект ферментных систем
3. аномалия в системе половых хромосом

4. верно 1и 2
5. верно 1 и 3

493. Синдром Шерешевского – Тернера – это :
1. « чистая» форма дисгенезии гонад
2. « типичная» форма дисгенезии гонад
3. « смешанная» форма дисгенезии гонад
4. ложный мужской гермафродитизм
5. ничего из перечисленного

494. У больных со « смешанной» формой дисгенезии гонад имеет место:
1. первичная аменорея , интерсексуальный тип развития НПО, нормальный рост
2. гомосексуальный тип развития, вторичная аменорея, низкий рост
3. при половом созревании фенотип приближается к мужскому
4. верно 2 и 3
5. верно 1 и 3

495. У больных с «чистой» формой дисгенезии гонад имеет место:
1. первичная аменорея или олигоменорея с высоким ростом
2. низкий рост и бочкообразная грудная клетка
3. множество соматических пороков развития
4. выраженный гирсутизм , гипертрихоз на фоне задержки развития
5. ничего из перечисленного

496. Для всех форм дисгенезии гонад характерны следующие диагностические критерии, кроме:
1. первичной аменореи
2. отсутствия или резкого недоразвития половых признаков , генитальный инфантилизм
3. высокого уровня гонадотропинов
4. отрицательной пробы с гестагенами
5. отрицательной проба с циклической гормонотерапией

497. Объективные данные, имеющие значение в диагностике аменореи:
1. масса тела, рост женщины
2. развитие вторичных половых признаков
3. развитие половых органов
4. верно 1 и 3
5. верно 2 и 3

498. При лечении любой формы дисгенезии гонад исключается:
1. менструальная функция
2. половая функция
3. генеративная функция
4. все перечисленное верно
5. ничего из перечисленного

499. У больных с тестикулярной феминизации ( при полном синдроме) имеет место:
1. нормальное развитие молочных желез
2. отсутствие матки

3. отсутствие полового и подмышечного оволосения
4. все перечисленное
5. все кроме 1.

500. Отсутствие матки с первичной аменорее имеет место при:
1. синдроме Майера – Рокитанского – Кюстнера
2. синдроме тестикулярной феминизации
3. дисгенезии гонад
4. верно 2 и3
5. верно 1 и 2

501. Ответ5

502. При синдроме Майера – Рокитанского – Кюстнера имеет место все, кроме:
1. нормального фолликулогенеза
2. нормальной овуляции
3. нормального уровня гонадотропинов
4. нормального уровня половых стероидов
5. нормальной менструации

503. Основной формой тератомы у девочек является:
1. дисгерминома
2. текома
3. фиброма
4. дермоидная киста
5. гонадобластома

504. Самой злокачественной опухолью яичников у девочек является:
1. текаклеточная опухоль
2. дисгерминома
3. фиброма
4. фолликулома
5. липоидоклеточная опухоль

505. Атрезия гимена или части влагалища возникает в результате…
1. отсутствия одной из Х – хромосом или мозаичного набора половых хромосом
2. нарушения канализации нижнего отдела урогенитального синуса в период внутриутробного развития
3. нарушения развития производных парамезонефральных протоков
4. синдрома тестикулярной феминизации (СТФ)
5. генетически обусловленных патологиях

506. Синоним термина « Аплазия матки»
1. синдром Майера – Рокитанского – Кюстнера
2. синдром Лоренса – Бердста – Бидля
3. синдром « пустого» турецкого седла
4. синдром Суайера
5. синдром Шихана

507. Клиническая картина при атрезии гимена:
1. пациентки жалуются только на отсутствие менструации
2. пациентки жалуются только на циклические боли внизу живота

3. характеризуется длительными , обильными и анемизирующими ациклическими кровотечениями
4. у пациентки появляются слабость, головные боли , утомляемость, тахикардия, возникающие вследствие кровотечения.
5. циклические боли внизу живота и учащенное мочеиспускание

508. Почему у девочки 13-14 лет, начавшей менструировать, кривая базальной температуры имеет монотонный гипотермический характер:
1. из-за отсутствия овуляций
2. из-за позднего образования желтого тела
3. из-за выраженного эстрогенного влияния
4. из-за недостатка эстрогенных гормонов
5. из-за НЛФ

509. В основе развития ЮМК у девочек-подростков лежат:
1. нарушение функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы
2. нарушение свёртывающей системы крови
3. наличие органической патологии репродуктивной системы
4. прервавшаяся беременность
5. нарушение сократительной активности матки

510. При дифференциальной диагностике между миомой матки и опухолью яичника наиболее информативным методом является:
1. двуручное влагалищное исследование
2. УЗИ
3. лапароскопия
4. зондирование полости матки
5. гистеросальпингография

511. Последовательность проведения пункции брюшной полости через задний свод
1. влагалищное исследование – обработка операционного поля – обнажение шейки матки в зеркалах – взятие шейки матки на пулевые щипцы – пункция брюшной полости через задний свод
2. влагалищное исследование – обнажение шейки матки в зеркалах – обработка операционного поля – взятие шейки матки на пулевые щипцы – пункция брюшной полости через задний свод
3. обработка операционного поля – влагалищное исследование – обнажение шейки матки в зеркалах – взятие шейки матки на пулевые щипцы – пункция брюшной полости через задний свод
4. влагалищное исследование – обнажение шейки матки в зеркалах – взятие шейки матки на пулевые щипцы – обработка операционного поля – пункция брюшной полости через задний свод
5. обработка операционного поля – обнажение шейки матки в зеркалах – взятие шейки матки на пулевые щипцы – влагалищное исследование – пункция брюшной полости через задний свод

512. Последовательность проведения операции раздельного диагностического выскабливания цервикального канала и полости матки

1. Влагалищное исследование – обработка операционного поля – обнажение шейки матки в зеркалах – взятие шейки матки на пулевые щипцы – зондирование полости матки – расширение цервикального канала – выскабливание цервикального канала – выскабливание кюреткой стенок полости матки
2. Влагалищное исследование – обработка операционного поля – обнажение шейки матки в зеркалах – взятие шейки матки на пулевые щипцы – расширение цервикального канала – зондирование полости матки – выскабливание цервикального канала – выскабливание кюреткой стенок полости матки
3. обработка операционного поля – влагалищное исследование – обнажение шейки матки в зеркалах – взятие шейки матки на пулевые щипцы – расширение цервикального канала – зондирование полости матки – выскабливание цервикального канала – выскабливание кюреткой стенок полости матки
4. Влагалищное исследование – обнажение шейки матки в зеркалах – взятие шейки матки на пулевые щипцы – расширение цервикального канала – обработка операционного поля – зондирование полости матки – выскабливание цервикального канала – выскабливание кюреткой стенок полости матки
5. обработка операционного поля – обнажение шейки матки в зеркалах – взятие шейки матки на пулевые щипцы – влагалищное исследование – расширение цервикального канала – зондирование полости матки – выскабливание цервикального канала – выскабливание кюреткой стенок полости матки

513. .

514. Последовательность проведения осмотра пациентки с подозрением на внематочную беременность по типу трубного аборта

1. жалобы – сбор анамнеза – общий осмотр – осмотр в зеркалах – влагалищное исследование – оценка состояния матки и придатков – оценка состояния влагалищных сводов – пункция брюшной полости через задний свод
2. жалобы – сбор анамнеза – общий осмотр – влагалищное исследование – осмотр в зеркалах –оценка состояния матки и придатков – оценка состояния влагалищных сводов – пункция брюшной полости через задний свод
3. влагалищное исследование – осмотр в зеркалах – оценка состояния матки и придатков – оценка состояния влагалищных сводов – пункция брюшной полости через задний свод – жалобы – сбор анамнеза – общий осмотр
4. жалобы – влагалищное исследование – сбор анамнеза – общий осмотр – осмотр в зеркалах –оценка состояния матки и придатков – оценка состояния влагалищных сводов – пункция брюшной полости через задний свод
5. жалобы – влагалищное исследование – осмотр в зеркалах – сбор анамнеза – общий осмотр – оценка состояния матки и придатков – оценка состояния влагалищных сводов – пункция брюшной полости через задний свод

515. Последовательность проведения операции искусственного аборта

1. влагалищное исследование – обработка операционного поля – обнажение шейки матки в зеркалах – взятие шейки матки на пулевые щипцы – зондирование полости матки – расширение цервикального канала – удаление кюреткой плодного яйца
2. обработка операционного поля – влагалищное исследование – обнажение шейки матки в зеркалах – взятие шейки матки на пулевые щипцы – зондирование

полости матки – расширение цервикального канала – удаление кюреткой плодного яйца

3. влагалищное исследование – обнажение шейки матки в зеркалах – обработка операционного поля – взятие шейки матки на пулевые щипцы – зондирование полости матки – расширение цервикального канала – удаление кюреткой плодного яйца
4. обработка операционного поля – обнажение шейки матки в зеркалах – влагалищное исследование – обнажение шейки матки в зеркалах – взятие шейки матки на пулевые щипцы – зондирование полости матки – расширение цервикального канала – удаление кюреткой плодного яйца
5. влагалищное исследование – обнажение шейки матки в зеркалах – взятие шейки матки на пулевые щипцы – обработка операционного поля – зондирование полости матки – расширение цервикального канала – удаление кюреткой плодного яйца

516. Последовательность проведения операции аднексэктомии

1. обработка операционного поля – лапаротомия – наложение зажимов на собственную связку яичников, маточный отдел трубы, воронко-тазовую связку – лигирование сосудов – перитонизация – ревизия органов брюшной полости – счет тампонов, инструментов – послойное ушивание передней брюшной стенки
2. лапаротомия – обработка операционного поля – лапаротомия – наложение зажимов на собственную связку яичников, маточный отдел трубы, воронко-тазовую связку – лигирование сосудов – перитонизация – ревизия органов брюшной полости – счет тампонов, инструментов – послойное ушивание передней брюшной стенки
3. обработка операционного поля – лапаротомия – лигирование сосудов – наложение зажимов на собственную связку яичников, маточный отдел трубы, воронко-тазовую связку – перитонизация – ревизия органов брюшной полости – счет тампонов, инструментов – послойное ушивание передней брюшной стенки
4. обработка операционного поля – лапаротомия – лигирование сосудов – наложение зажимов на собственную связку яичников, маточный отдел трубы, воронко-тазовую связку – ревизия органов брюшной полости – перитонизация – счет тампонов, инструментов – послойное ушивание передней брюшной стенки
5. обработка операционного поля – лапаротомия – лигирование сосудов – наложение зажимов на собственную связку яичников, маточный отдел трубы, воронко-тазовую связку – перитонизация – ревизия органов брюшной полости– послойное ушивание передней брюшной стенки – счет тампонов, инструментов

517. Последовательность проведения операции цистэктомии

1. обработка операционного поля – лапаротомия – вылущивание кисты яичника – лигирование сосудов, ушивание яичника – ревизия органов брюшной полости – счет тампонов, инструментов – послойное ушивание передней брюшной стенки
2. обработка операционного поля – лапаротомия – вылущивание кисты яичника – лигирование сосудов, ушивание яичника – ревизия органов брюшной полости – послойное ушивание передней брюшной стенки – счет тампонов, инструментов

3. лапаротомия – обработка операционного поля – вылущивание кисты яичника – лигирование сосудов, ушивание яичника – ревизия органов брюшной полости – счет тампонов, инструментов – послойное ушивание передней брюшной стенки
4. лапаротомия – обработка операционного поля – вылущивание кисты яичника – лигирование сосудов, ушивание яичника – ревизия органов брюшной полости – послойное ушивание передней брюшной стенки – счет тампонов, инструментов
5. обработка операционного поля – лапаротомия – вылущивание кисты яичника – лигирование сосудов, ушивание яичника – счет тампонов, инструментов – ревизия органов брюшной полости – послойное ушивание передней брюшной стенки

518. Последовательность проведения операции тубэктомии
1. обработка операционного поля – лапаротомия – наложение зажимов на мезосальпинкс и маточный отдел трубы – лигирование сосудов – перитонизация – ревизия органов брюшной полости – счет тампонов, инструментов – послойное ушивание передней брюшной стенки
2. обработка операционного поля – лапаротомия – наложение зажимов на мезосальпинкс и маточный отдел трубы – лигирование сосудов – перитонизация – ревизия органов брюшной полости – послойное ушивание передней брюшной стенки – счет тампонов, инструментов
3. лапаротомия – обработка операционного поля – наложение зажимов на мезосальпинкс и маточный отдел трубы – лигирование сосудов – перитонизация – ревизия органов брюшной полости – счет тампонов, инструментов – послойное ушивание передней брюшной стенки
4. лапаротомия – обработка операционного поля – наложение зажимов на мезосальпинкс и маточный отдел трубы – лигирование сосудов – перитонизация – ревизия органов брюшной полости – послойное ушивание передней брюшной стенки – счет тампонов, инструментов
5. обработка операционного поля – лапаротомия – наложение зажимов на мезосальпинкс и маточный отдел трубы – лигирование сосудов – перитонизация – счет тампонов, инструментов – ревизия органов брюшной полости – послойное ушивание передней брюшной стенки

519. Объем операции при апоплексии яичника
1. тубэктомия
2. аднексэктомия
3. ушивание яичника
4. цистэктомия
5. овариоэктомия

520. Объем операции при трубной беременности
1. тубэктомия
2. аднексэктомия
3. ушивание яичника
4. цистэктомия
5. овариоэктомия

521. Объем операции при разрыве кисты яичника

1. тубэктомия
2. аднексэктомия
3. ушивание яичника
4. цистэктомия
5. овариоэктомия

522. Объем операции при дермоидной кисте
1. ушивание яичника
2. клиновидная резекция яичников
3. цистэктомия
4. аднексэктомия
5. овариоэктомия

523. Объем операции при склерокистозе яичников
1. ушивание яичника
2. клиновидная резекция яичников
3. цистэктомия
4. аднексэктомия
5. овариоэктомия

524. Объем операции при абсцессе бартолиниевой железы
1. консервативное лечение
2. вскрытие абсцесса
3. аднексэктомия
4. тубэктомия и дренирование брюшной полости
5. аднексэктомия и дренирование брюшной полости

525. Объем операции при тубоовариальном абсцессе
1. консервативное лечение
2. вскрытие абсцесса
3. аднексэктомия
4. тубэктомия и дренирование брюшной полости
5. аднексэктомия и дренирование брюшной полости

526. Объем операции при пиосальпинксе
1. консервативное лечение
2. вскрытие абсцесса
3. аднексэктомия
4. тубэктомия и дренирование брюшной полости
5. аднексэктомия и дренирование брюшной полости

527. Объем оперативного вмешательства у женщины 30 лет с субсерозной миомой матки
1. надвлагалищная ампутация матки без придатков
2. экстирпация матки без придатков
3. консервативная миома матки
4. экстирпация матки с придатками
5. надвлагалищная ампутация матки с придатками

528. Объем оперативного вмешательства у женщины 40 лет с субмукозной миомой матки
1. надвлагалищная ампутация матки без придатков
2. экстирпация матки без придатков

3. консервативная миома матки
4. экстирпация матки с придатками
5. надвлагалищная ампутация матки с придатками

529. Объем оперативного вмешательства у женщины 45 лет с миомой матки и эрозией шейки матки
1. надвлагалищная ампутация матки без придатков
2. экстирпация матки без придатков
3. консервативная миома матки
4. экстирпация матки с придатками
5. надвлагалищная ампутация матки с придатками

530. Объем оперативного вмешательства у женщины 56 лет с миомой матки и эрозией шейки матки
1. надвлагалищная ампутация матки без придатков
2. экстирпация матки без придатков
3. консервативная миома матки
4. экстирпация матки с придатками
5. надвлагалищная ампутация матки с придатками

531. Объем операции при цисто и ректоцеле
1. передняя,.задняя кольпоррафия
2. влагалищная экстирпация матки без придатков
3. передняя, задняя кольпоррафия, уретропластика и леваторопластика
4. Манчестерская операция
5. экстирпация матки с придатками

532. Объем операции при опущении стенок влагалища и недержании мочи
1. передняя,.задняя кольпоррафия
2. влагалищная экстирпация матки без придатков
3. передняя, задняя кольпоррафия, уретропластика и леваторопластика
4. Манчестерская операция
5. экстирпация матки с придатками

533. Объем операции при полном выпадении матки
1. передняя,.задняя кольпоррафия
2. влагалищная экстирпация матки без придатков
3. передняя, задняя кольпоррафия, уретропластика и леваторопластика
4. Манчестерская операция
5. экстирпация матки с придатками

534. Выскабливание эндометрия следует производить
1. при дисфункциональном маточном кровотечении
2. при подозрении на рак эндометрия
3. при гиперплазии эндометрия
4. при подозрении на эндомиометрит
5. верно 1, 2, 3

535. Наиболее благоприятные дни для проведения плановой гинекологической операции
1. в дни менструации
2. в первую неделю после прекращения менструации
3. в дни ожидаемой овуляции

4. накануне менструации
5. выбор дня менструального цикла не имеет значения

536. При проведении полостных гинекологических операций, как правило, необходимо
1. за три недели до операции исключить из пищевого рациона прием продуктов, богатых клетчаткой
2. за несколько дней до операции ограничить прием продуктов, богатых белками
3. накануне операции увеличить в суточном рационе содержание углеводов в 2 раза
4. накануне операции дать легкий обед (жидкий суп, бульон с белым хлебом, каша), а вечером сладкий чай с сухарем, в день операции - не завтракать
5. ничего из перечисленного значение не имеет

537. В комплекс мероприятий по подготовке к полостным гинекологическим операциям, как правило, входит назначение
1. сифонных клизм за 3-4 дня до операции, на ночь, ежедневно
2. растительного масла по 1столовой ложке 3 раза в день перед едой за10 дней до операции
3. очистительной клизмы накануне операции, на ночь
4. верно все перечисленное
5. все перечисленное не верно

538. Длительность предоперационной подготовки зависит
1. от степени экстренности операции
2. от вида сопутствующей экстрагенитальной патологии
3. от характера гинекологического заболевания
4. от предполагаемого объема предстоящей операции
5. от всего перечисленного

539. Проведение нижнесрединной лапаротомии предпочтительнее
1. при повторных чревосечениях с удалением старого продольного расположения рубца
2. при предполагаемом большом объеме операции
3. при необходимости тщательной ревизии органов брюшной полости
4. при молодом возрасте женщины
5. верно 1, 2, 3

540. Преимущества нижнесрединной лапаротомии состоит
1. в возможности продления разреза кверху (обходя пупок слева)
2. в технической простоте исполнения
3. в меньшем риске эвентрации при воспалительных послеоперационных осложнениях
4. в возможности раннего вставания больной с постели
5. верно 1, 2

541. Наиболее типичные возможные осложнения при проведении нижнесрединного разреза передней брюшной стенки
1. ранение кишечника или сальника
2. ранение мочевого пузыря
3. повреждение внутренней подвздошной артерии
4. ранение мочеточника
5. верно 1, 2

542. Причины, повышающие риск ранения кишечника при проведении нижнесрединной лапаротомии
1. недостаточно глубокий наркоз и релаксация тканей
2. сращение кишечника и сальника с париетальной брюшиной
3. применение хирургических пинцетов при вскрытии брюшины
4. истончение апоневроза и растяжение белой линии живота
5. все перечисленные причины

543. Возможные осложнения при ампутации шейки матки
1. повреждение мочевого пузыря
2. кровотечение во время операции и в послеоперационном периоде
3. сужение канала шейки матки
4. расхождение швов на культе шейки матки
5. все перечисленные

544. Показания к надвлагалищной ампутации матки при наличии миомы матки
1. размеры опухоли более 12 недель
2. подслизистое расположение узла
3. нарушение функции соседних органов (учащенное мочеиспускание)
4. подозрение на озлокачествление миомы
5. верно 1, 2, 3

545. Недостатки влагалищной экстирпации матки
1. более высокая техническая сложность операции, требующая высокой квалификации хирурга
2. невозможность ревизии органов брюшной полости в процессе операции
3. большие затруднения при удалении крупных образований матки и яичников
4. она не устраняет слабости мышц тазового дна
5. все перечисленные

546. Ранение мочеточника возможно при проведении операции
1. передней кольпорафии
2. высокой ампутации шейки матки
3. простой экстирпации матки
4. влагалищной экстирпации матки
5. все перечисленное верно

547. При надвлагалищной ампутации матки маточные сосуды, как правило, пересекают
1. на уровне внутреннего зева
2. на 1.5 см выше области внутреннего зева
3. на 1.5 см ниже области внутреннего зева
4. в области кардинальных связок
5. ничего из перечисленного не верно

548. При экстирпации матки с придатками, как правило, пересекается все перечисленное, кроме
1. воронко-тазовых связок
2. круглых связок
3. крестцово-маточных связок
4. кардинальных связок
5. маточных концов труб

549. У больной 36 лет на вторые сутки после операции надвлагалищной ампутации матки (по поводу подслизистой миомы) в связи с подозрением на внутрибрюшное кровотечение из послеоперационной культи произведена релапаротомия. Во время операции обнаружен источник кровотечения - сосуды культи шейки матки. Необходимо произвести

1. ревизию культи шейки матки и ушивание сосудистых пучков
2. экстирпацию культи шейки матки
3. экстирпацию культи шейки матки с придатками
4. экстирпацию культи шейки матки с трубами
5. ничего из перечисленного не верно

550. Радикальным оперативным вмешательством в гинекологии является

1. надвлагалищная ампутация матки
2. экстирпация матки
3. удаление больших (более 10 см) подбрюшинных узлов миомы матки
4. верно 1 и 2
5. все перечисленное

551. При проведении операции удаления трубы по поводу нарушенной трубной беременности для обеспечения надежного гемостаза необходимо наложить на мезосальпинкс

1. один зажим и всю брыжейку трубы прошить одной кетгутовой лигатурой
2. несколько зажимов и прошить отдельно каждый участок кетгутом
3. один зажим с последующей перевязкой его культи кетгутом без прошивания
4. несколько зажимов и прошивать каждый (небольшой) участок шелком
5. все перечисленное не верно

552. Для восстановления детородной функции женщины при аномалиях развития тела матки производятся операции производится:

1. сальпингостомия
2. сальпинголизис
3. имплантация маточных труб в матку
4. метропластика
5. пересадка яичника в матку

553. Объем операции при подозрении на злокачественное поражение яичника у больной 55 лет заключается

1. в удалении придатков матки на стороне поражения
2. в надвлагалищной ампутации матки с придатками и резекции большого сальника
3. в экстирпации матки с придатками
4. в удалении придатков матки с обеих сторон
5. в надвлагалищной ампутации матки с придатками

554. В состав хирургической ножки кисты яичника входит все перечисленное, кроме

1. воронко-тазовой связки
2. собственной связки яичника
3. мезовариума
4. трубы
5. круглой связки

555. Во время лапароскопии обнаружена ретенционная киста одного яичника диаметром 5 см. Тактика врача?
1. лапаротомии, удаления придатков матки на стороне поражения
2. лапаротомии, удаления пораженного яичника
3. удаления образования яичника при оперативной лапароскопии
4. лапаротомии, удаления пораженных придатков и резекции второго яичника
5. ничего из перечисленного

556. При операции по поводу ретенционной кисты яичника больной следует произвести (при наличии технической возможности)
1. удаление придатков
2. удаление яичника
3. пункцию кисты и отсасывание содержимого
4. резекцию яичника с оставлением неизмененной его ткани
5. ничего из перечисленного

557. При лапароскопии по поводу подозрения на апоплексию яичника обнаружено небольшое кровотечение из яичника. Необходимо произвести
1. лапаротомию и ушивание яичника
2. диатермокоагуляцию яичника под контролем лапароскопии
3. лапаротомию и резекцию яичника
4. лапаротомию и удаление придатков матки на стороне поражения
5. лапароскопия и резекция яичника

558. У больной 30 лет во время операции по поводу двустороннего пиосальпинкса следует произвести
1. надвлагалищную ампутацию матки с придатками
2. экстирпацию матки с придатками
3. надвлагалищную ампутацию матки с трубами
4. удаление обеих маточных труб
5. удаление обоих придатков

559. Во время операции искусственного прерывания беременности у женщины 26 лет произведена перфорация матки. Во время лапаротомии обнаружено: перфорация произошла в области перешейка матки справа, здесь же имеется гематома между листками широкой связки, за мочевым пузырем, доходящая до стенок таза. Следует произвести
1. ушивание перфорационного отверстия
2. надвлагалищную ампутацию матки без придатков
3. надвлагалищную ампутацию матки с придатками
4. экстирпацию матки с придатками
5. экстирпацию матки с трубами

560. Во время операции у больной с интралигаментарным расположением опухоли яичника чаще всего имеется риск
1. кровотечения из ложа опухоли
2. варикозного расширения вен связочного аппарата
3. двустороннего поражения яичников
4. ранения мочеточника в связи с аномальным его расположением
5. верно все перечисленное

561. При операции по поводу паровариальной кисты следует произвести

1. вылущивание кисты
2. удаление придатков на стороне поражения
3. удаление яичника на стороне поражения
4. удаление обоих яичников
5. резекцию яичника на стороне поражения

562. Объем оперативного вмешательства при раке эндометрия II стадии
1. надвлагалищная ампутация матки без придатков
2. надвлагалищная ампутация матки с придатками
3. экстирпация матки без придатков
4. экстирпация матки с придатками
5. расширенная экстирпация матки

563. Наиболее предпочтительные методы лечения при хориокарциноме матки
1. химиотерапия
2. экстирпация матки с придатками
3. экстирпация матки с придатками и химиотерапия
4. расширенная экстирпация матки
5. расширенная экстирпация матки и химиотерапия

564. Показаниями для передней кольпографии являются
1. опущение передней стенки влагалища
2. опущение передней стенки влагалища и мочевого пузыря
3. неполное выпадение матки
4. верно 1 и 2
5. все перечисленные

565. Показанием для проведения операции задней кольпорафии является
1. слишком емкое влагалище
2. частичное выпадение матки
3. недержание мочи
4. опущение и выпадение задней стенки влагалища
5. удлинение шейки матки

566. Показанием для проведения операции срединной кольпорафии является
1. удлинение шейки матки
2. недержание мочи
3. опущение и выпадение передней стенки влагалища
4. опущение и выпадение задней стенки влагалища
5. полное выпадение матки в старческом возрасте

567. Наилучшие отдаленные результаты операции создания искусственного влагалища получены при методике кольпопоэза
1. из тонкой кишки
2. из сигмовидной кишки
3. из прямой кишки
4. из плодных оболочек
5. из кожи

568. При ранении брюшинного покрова кишечника во время полостной гинекологической операции необходимо
1. наложить серо-серозный шов тонким кетгутом или шелком
2. подшить место повреждения кишки к париетальной брюшине

3. наложение стомы
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

569. Вентрофиксация матки способствует
1. исправлению положения матки
2. восстановлению нормальной величины и формы влагалища
3. укреплению тазового дна
4. всему перечисленному
5. ничему из перечисленного

570. Преимущества влагалищной экстирпации матки перед полостной операцией
1. более простой доступ для обзора органов малого таза
2. меньший риск ранения мочевого пузыря во время операции
3. возможность проведения операции под легкой закисно-кислородной аналгезией
4. более легко переносится больными, исход их более благоприятный
5. все перечисленное верно

571. При надвлагалищной ампутации матки с левыми придатками, как правило, пересекают
1. обе круглые связки
2. собственную связку правого яичника и правую трубу (маточный конец)
3. воронко-тазовую связку слева
4. воронко-тазовую связку справа
5. верно 1, 2, 3

572. При надвлагалищной ампутации матки с придатками, как правило, пересекают
1. обе круглые связки
2. обе воронко-тазовые связки
3. обе маточные трубы (маточные концы их)
4. обе собственно яичниковые связки
5. верно 1, 2

573. Показаниями к экстирпации матки при миоме являются
1. низкое расположение узлов, невозможность их удаления при надвлагалищной ампутации матки
2. предраковые заболевания шейки матки
3. вторичные изменения в подслизистой миоматозном узле
4. сочетание миомы с кистой яичника
5. верно 1, 2

574. При экстирпации матки без придатков, как правило, пересекаются
1. круглые связки
2. маточные концы труб
3. собственные связки яичников
4. крестцово-маточные связки
5. все перечисленное

575. Основные условия, определяющие эффект хирургического лечения больных с мочеполовыми и ректовагинальными свищами
1. тщательная и правильная подготовка больных к операции
2. владение хирургом соответствующей техникой операции

3. обеспечение необходимого ухода за больными после операции
4. обеспечение в течение 4-6 дней после операции проточного струйного промывания мочевого пузыря или прямой кишки растворами антисептиков
5. верно 1, 2, 3

576. При полостной гинекологической операции культя влагалища зашивается по следующей методике
1. передняя и задняя стенки сшиваются отдельными кетгутовыми швами (просвет влагалища закрывается наглухо)
2. стенки влагалища сшиваются отдельными кетгутовыми швами (просвет остается открытым)
3. стенки влагалища обшиваются непрерывным Реверденовским кетгутовым швом (просвет остается открытым)
4. передняя стенка влагалища сшивается с пузырно-маточной складкой, а задняя - с задним листком брюшины
5. верно все перечисленное

577. К консервативным операциям, производимым на матке, относятся
1. отсечение подбрюшинного миоматозного узла на ножке
2. вылущивание миоматозных узлов, расположенных межмышечно
3. дефундация матки
4. удаление подслизистого узла миомы под контролем гистероскопии
5. все перечисленные

578. При операции удаления трубы по поводу нарушенной трубной беременности между зажимами пересекают
1. маточный конец трубы
2. брыжейку трубы (мезосальпинкс)
3. собственную связку яичника
4. круглую связку матки
5. верно 1, 2

579. При операции удаления трубы по поводу нарушенной трубной беременности необходимо, как правило, произвести
1. проверку проходимости оставшейся маточной трубы
2. разъединение спаек, имеющихся вокруг второй трубы
3. удаление трубы (с плодным яйцом) с обязательным иссечением трубного угла матки для профилактики возникновения повторной внематочной беременности
4. резекцию яичника на стороне поражения
5. верно 1, 2

580. Для лечения женского бесплодия при непроходимости маточных труб чаще всего применяют следующие операции
1. сальпинголизис
2. сальпингостомию
3. имплантацию маточных труб в матку
4. метропластику
5. верно 1, 2

581. Техника операции Мадленера с целью хирургической стерилизации женщины состоит
1. в лапаротомии

2. в оттягивании трубы кверху до образования петли
3. в раздавливании трубы в области петли мощной клеммой
4. в перевязке шелковой лигатурой в области раздавливания
5. во всем перечисленном

582. Во время операции по поводу миомы матки у больной 40 лет обнаружены ретенционные кисты яичников. Необходимо
1. произвести резекцию яичников
2. произвести вылущивание кист
3. произвести прокалывание кист иголкой
4. произвести удаление яичников
5. верно 1, 2

583. Консервативная миомэктомия проводится обычно
1. у больных молодого возраста (репродуктивный период)
2. при подбрюшинном расположении узла миомы на ножке
3. для сохранения менструальной функции женщины
4. для сохранения генеративной функции женщины
5. верно все перечисленное

584. Во время операции консервативной миомэктомии факторами, осложняющими операцию, являются
1. низкое расположение узла в области сосудистого пучка
2. расположение узла в области трубных углов матки
3. большое количество узлов
4. подбрюшинное расположение узла
5. верно 1, 2, 3

585. Во время операции откручивания подслизистого миоматозного узла (производимой под контролем гистероскопии) диаметром 5 см на тонкой ножке наибольшие трудности связаны
1. с отделением узла от стенки матки
2. с возможностью профузного кровотечения из ложа узла
3. с возможностью перфорации матки
4. с трудностью выведения узла через шейку матки
5. ни с чем из перечисленным

586. При расширенной экстирпации матки удаляются следующие группы лимфатических узлов
1. внутренние подвздошные
2. наружные подвздошные
3. общие подвздошные
4. запирательные
5. все перечисленные

587. Показания для рассечения девственной плевы
1. полное ее заращение
2. выраженная ее ригидность, препятствующая половой жизни
3. необходимость выскабливания матки у женщин, не живших половой жизнью
4. развитие вульвовагинита у девочек
5. верно 1, 2, 3

588. При ранении мочевого пузыря необходимо

1. при повреждении мышечной оболочки мочевого пузыря дефект ткани восстановить отдельными кетгутовыми швами
2. при проникающем ранении края раны соединить в два этажа узловатыми кетгутовыми швами
3. после восстановления целости мочевого пузыря ввести в него постоянный катетер на 7-10 дней и производить 1-2 раза в день промывание мочевого пузыря раствором антисептиков
4. при проникающем ранении края раны соединить в два этажа шелковыми швами; первый - через все слои, второй - мышечно-серозный
5. верно 1, 2, 3

589. Наиболее характерные ближайшие и отдаленные осложнения при операциях по поводу заращения влагалища

1. ранение мочевого пузыря
2. ранение прямой кишки
3. ранение мочеточника
4. образование пролежней во влагалище
5. верно 1, 2

590. Показания для влагалищной экстирпации матки

1. полное выпадение матки у женщин пожилого возраста
2. доброкачественные опухоли матки у ослабленных больных или женщин пожилого возраста
3. неполное выпадение матки у женщин с ожирением
4. рак тела матки у женщин пожилого возраста
5. все перечисленные

591. При ранении кишечника со вскрытием полости необходимо

1. маленькое отверстие зашить кисетным швом из кетгута через все слои кишки и затем наложить Z-образный серо-серозный шов из тонкого шелка
2. при значительных размерах дефекта тонкой кишки, проникающего в ее полость, наложить швы в два этажа: первый - непрерывный кетгутовый шов через все слои стенки кишки, а второй - отдельные узловатые серозно-мышечные швы
3. при обширных повреждениях кишечника - резекция участка кишки
4. наложение стомы
5. верно 1, 2, 3

592. Операции, применяемые при опущении и выпадении стенок влагалища (без нарушения положения матки)

1. передняя кольпорафия
2. задняя кольпорафия
3. передняя и задняя кольпорафия
4. срединная кольпорафия
5. экстирпация матки

593. Показанием для высокой ампутации шейки матки является

1. сочетание гипертрофии, деформации и других патологических изменений с удлинением шейки матки

594. 2. резко выраженная деформация шейки матки вследствие множественных разрывов

2. хронический эндоцервицит с гипертрофией шейки матки

3. рецидивирующая длительно незаживающая псевдоэрозия шейки матки
4. верно 1, 2, 3

595. Брюшина малого таза покрывает всю, кроме:
1. тела матки
2. яичников
3. дна мочевого пузыря
4. ампулярных отделов маточных труб
5. крестцово-маточных связок

596. Внематочную беременность по типу разрыва маточной трубы сопровождают:
1. внезапный приступ боли в одной из подвздошных областей
2. иррадиация боли в задний проход
3. тошнота и рвота
4. правильные ответы 1 и 2
5. все ответы правильные

597. Внематочную беременность, нарушенную по типу трубного аборта, надо дифферецировать с:
1. самопроизвольным выкидышем малого срока
2. обострением хронического сальпингоофорита
3. апоплексией яичника
4. дисфункциональным маточным кровотечением
5. все ответы правильные

598. Пластические операции на шейке матке противопоказаны:
1. при беременности
2. при подозрении на злокачественный процесс в шейки матки
3. при остром воспалительном процессе гениталий
4. при всем перечисленном
5. ни при чем из перечисленного

599. Что противоречит профилактике тромбоэмболических осложнений:
1. наложение эластических бинтов на нижние конечности
2. длительный постельный режим
3. ранее вставание
4. антикоагулянтная терапия
5. антибиотико терапия

600. Прерывание трубной беременности по типу трубного аборта происходит чаще в сроке беременности
1. 11-12 недель
2. 9-10 недель
3. 7-8 недель
4. 4-6 недель
5. 3-5 недель

601. Нарушение внематочной беременности по типу трубного аборта протекает со следующей симптоматикой
1. скудные кровянистые выделения из половых путей
2. боли внизу живота и в подвздошной паховой области, сопровождающиеся парезом кишечника
3. при влагалищном исследовании - увеличение и болезненность придатков

4. верно все перечисленное
5. верно 1,3

602. Что не является причиной «острого живота» в гинекологии:
1. внематочная беременность
2. перекрут ножки опухоли яичника
3. инфаркт миоматозного узла
4. маточная беременность
5. апоплексия яичника

603. Для апоплексии яичника характерно все перечисленное, кроме:
1. болей внизу живота, возникающих на фоне полного благополучия
2. отсутствия наружного кровотечения
3. отрицательных биологических реакций на беременность
4. резко выраженного нарастания числа лейкоцитов в крови
5. данные УЗИ исследования

604. Для шеечной беременности характерно все перечисленное, кроме
1. увеличения шейки матки
2. расположения эксцентрично маточного зева
3. асимметричности шейки матки
4. положения маточного зева в центре нижнего полюса растянутой шейки матки
5. синюшность шейки матки

605. У больной с клиническим диагнозом апоплексии яичника показанием к операции является
1. наличие воспаления придатков в анамнезе
2. дисфункция яичников в анамнезе
3. болевой синдром
4. внутрибрюшное кровотечение
5. все перечисленное не верно

606. Эхографическим признаком внематочной беременности является:
1. увеличение размеров матки
2. ложное плодное яйцо
3. свободная жидкость в позадиматочном пространстве
4. плодное яйцо с эмбрионом вне полости матки
5. утолщение М-эхо

607. УЗИ диагностика прогрессирующей внематочной беременности основывается на определении всего, кроме:
1. выявления в области придатков округлого анэхогенного образования
2. размеры образования соответствуют предполагаемому сроку беременности
3. вокруг образования имеется ободок ворсинчатого хориона
4. иногда внутри образования виден плод с сердечной деятельностью
5. гиперплазии эндометрия

608. В анатомическую ножку кистомы входят:
1. маточная труба, собственно-яичниковая связка, воронко-тазовая связка
2. собственно-яичниковая связка, мезовариум, маточная труба
3. собственно-яичниковая связка, воронко-тазовая связка, мезовариум
4. мезовариум, маточная труба, воронко-тазовая связка
5. угол матки, маточная труба, собственно-яичниковая связка

609. Определите объем клинико-инструментального обследования больной при подозрении на злокачественную опухоль яичников:
1. ультразвуковое сканирование внутренних половых органов;
2. пункция брюшной полости через задний свод влагалища с последующим цитологическим исследованием полученного аспирата;
3. рентгенологическое или эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта;
4. количественное определение содержания в крови опухолевых маркеров (СА-125).
5. все ответы правильные

610. Хирургическая ножка опухоли яичника состоит из:
1. собственной связки яичника;
2. воронко-тазовой связки;
3. мезовариума;
4. маточной трубы.
5. все ответы правильные

611. Основные показания к выполнению оперативной лапароскопии в гинекологической практике:
1. внематочная беременность, нарушенная по типу трубного аборта;
2. первичное или вторичное бесплодие;
3. «малые» формы перитонеального эндометриоза;
4. перевязка (клеммирование) маточных труб с целью стерилизации;
5. все перечисленное выше.

612. Оптимальный метод обезболивания лечебно-диагностической лапароскопии в гинекологии:
1. эндотрахеальный наркоз;
2. внутривенная анестезия;
3. перидуральная анестезия;
4. местная инфильтрационная анестезия;
5. выбор метода обезболивания зависит от объема эндоскопического вмешательства и тяжести состояния больной.

613. Трансвагинальная эхография малоинформативна при:
1. гиперпластических процессах эндометрия
2. внематочной беременности
3. подслизистой локализации узлов миомы
4. внутреннем эндометриозе
5. яичниковых образованиях больших размеров

614. Наиболее характерные изменения эндометрия при внематочной беременности:
1. Атрофия
2. Пролиферация
3. Железисто-кистозная гиперплазия
4. Децидуальня трансформация
5. Эндометриальный полип

615. Эктопия шейки матки – это:

1. выворот  цервикального канала
2. язва на шейке матки
3. выход цилиндрического эпителия за пределы цервикального канала
4. дисплазия шейки матки
5. локальная гиперемия

616. Основной причиной возникновения эктопии шейки матки является:
1. воспалительные заболевания
2. гормональные нарушения
3. ношение ВМС
4. роды
5. КОКи

617. Что не относится к факторам риска возникновения эктопии. Выберите 1 неправильный ответ:
1. наследственность
2. механическое и химическое воздействие на шейку матки.
3. изменение гормонального гомеостаза.
4. инфекция.
5. наличие родов в анамнезе.

618. Максимальная частота развития эктопий шейки матки наблюдается в возрасте:
1. до 18 лет
2. от 18 до 25 лет
3. от26 до 30 лет
4. от 31 до 35 лет
5. в любом

619. При врожденной эктопии молодым женщинам ( до 25 лет) рекомендуется:
1. наблюдение периодичностью один раз в год после исследования на И.П.П.П, с последующей гормональной коррекцией.
2. взятие прицельной биопсии с последующей криодеструкцией.
3. химическая коагуляция
4. местное лечение: тампоны с облепиховым маслом
5. ничего из перечисленного не верно

620. Диагностическая проба с 3% раствором уксусной кислоты позволяет:
1. определить границы поражения
2. отдифференцировать цилиндрический эпителий от плоского
3. выявить участки с дисплазией
4. отдифференцировать цилиндрический эпителий и выявить ацетобелый
5. определить доброкачественность процесса

621. В алгоритм обследования пациенток с эктопией шейки матки входит все, кроме:
1. сбор анамнеза, гинекологический осмотр.
2. кровь на PW, ВИЧ, инфекции, вирус папилломы человека 16,18 тип.
3. мазки на флору, онкоцитологию.
4. кольпоскопия: простая и расширенная
5. гистероскопия.

622. Диагноз эктопии шейки матки выставляется при:

1. визуальном осмотре
2. проведении кольпоскопии
3. цитологическом исследовании
4. гистологическом
5. бакпосеве мазка на флору

623. К методом деструкции очага эктопии можно отнести все, кроме:
1. диатермоэлектрокоагуляция
2. криодеструкция
3. лазерная вапоризация
4. радиоволновой метод
5. гистерэктомия

624. Наиболее благоприятный период менструального цикла для проведения диатермокоагуляции эктопии шейки матки
1. в дни менструации
2. сразу после менструации
3. в период овуляции
4. за 2-3 дня до менструации
5. за 2-3 дня до менструации и/или сразу после менструации

625. Наиболее типичные осложнения после диатермокоагуляции шейки матки
1. кровотечение при отторжении струпа
2. эндометриоз влагалищной части шейки матки
3. заращение наружного зева шейки матки
4. посткоагуляционный синдром
5. верно все перечисленное

626. Показанием для диатермоконизации шейки матки является
1. деформация шейки матки вследствие множественных разрывов
2. хронический эндоцервицит с рецидивирующими шеечными полипами
3. сочетание гипертрофии шейки матки с псевдоэрозией органа
4. интраэпителиальный рак шейки матки у женщины молодого возраста
5. все перечисленное

627. Осложнениями эктопии шейки матки являются:
1. бесплодие
2. дисплазия шейки матки
3. ВЗОМТ
4. НМЦ
5. НМЦ и бесплодие

628. Основными факторами возникновения эктропиона шейки матки являются:
1. воспалительные заболевания
2. роды
3. аборты
4. эрозии
5. травматическое повреждение шейки

629. Под эктропионом шейки матки понимают:
1. эрозию
2. выворот цервикального канала+
3. полип шейки матки

4. язву
5. воспаление

630. Неосновным обследованием при диагностике эктропиона шейки матки является:
1. осмотр гинеколога
2. бактериологическое исследование
3. кольпоскопия
4. РАР тест
5. мазок на флору

631. При эктропионе поверхность шейки матки:
1. неоднородная
2. бугристая
3. утолщена
4. гиперемирована
5. гладкая

632. Лейкоплакия шейки матки – это участок :
1. патологического утолщения эпителия
2. патологического истончения эпителия
3. патологического ороговения эпителия
4. патологической десквамации эпителия
5. патологического изъязвления

633. Местом локализации лейкоплакии может являться:
1. только влагалищная часть шейки матки
2. только наружные половые органы
3. цервикальный канал
4. прямая кишка
5. все вышеизложенное

634. При визуальном осмотре участки с лейкоплакии шейки матки выглядят в виде:
1. пленок или бляшек белого цвета
2. пленок или бляшек серого цвета
3. пленок или бляшек белого и серого цветов
4. побелевших пятен
5. гиперемированных участков

635. Кольпоскопическая картина лейкоплакия выглядит в виде:
1. белых бляшек, гладких или слегка приподнятых над окружающей тканью, видимые до обработки уксусной кислотой
2. белых бляшек, не видимых до обработки уксусной кислотой
3. белых бляшек, видимых после обработки уксусной кислотой
4. плотных чешуек, четко видимых после проведения пробы шиллера
5. в виде темно- вишневых или синюшных образований разной величины.

636. Для постановки окончательного диагноза лейкоплакии шейки матки необходимо:
1. кольпоскопия
2. прицельная биопсия с захватом подлежащей стромы
3. раздельное диагностическое выскабливание

4. взятия мазка на вирус папилломы человека 16.18 типы
5. гистероскопия.

637. Для диагностики лейкоплакии шейки матки необходимо все, кроме:
1. анамнеза
2. кольпоскопии: простой и расширенной
3. прицельной биопсии с последующим гистотологическим обследованием
4. обследование на ВПЧ 16,18 типы
5. гистероскопии

638. Простая лейкоплакия шейки матки относится к:
1. фоновым заболеваниям шейки матки
2. предраковым
3. воспалительным
4. онкологическим
5. фоновым + воспалительным

639. Окончательный диагноз лейкоплакии шейки матки выставляется:
1. при осмотре невооруженным глазом
2. при проведении кольпоскопии
3. при гистологическом исследовании
4. при проведении РАР теста
5. при исследовании мазка на флору

640. При проведении пробы с 3% раствором уксусной кислоты лейкоплакия шейки матки проявляется:
1. мозаикой
2. пунктуацией
3. наличием ороговевающих желез
4. наличием открытых желез
5. мозаикой и пунктуацией+

641. Лечение лейкоплакии шейки матки состоит из всего нижеперечисленного, кроме:
1. лечение основного заболевания
2. коррекция гормонального состояния
3. коррекция иммунологического состояния
4. деструкция очага лейкоплакии
5. гистерэктомия

642. Дисплазия шейки матки – это:
1. нарушение строения эпителия шейки матки
2. нарушение формы и структуры клеток
3. появление атипических клеток
4. патологическое утолщение эпителия
5. опухолевое перерождение клеток

643. Что не способствует увеличению частоты возникновения дисплазии шейки матки:
1. роды
2. курение
3. заражение ВПЧ
4. ЗППП

5. ВЗОМТ

644. Какой кольпоскопический признак нехарактерен для дисплазии шейки матки:

1. лейкоплакия
2. немые йоднегативные участки
3. мозаика
4. атипическая зона трансформации
5. наличие открытых желез

645. Кольпоскопическая картина при дисплазиях характеризуется всем, кроме:

1. атипических сосудов, ороговевших желез
2. выраженного ацетобелого эпителия
3. участков лейкоплакии, йоднегативные зоны
4. грубой мозаики и пунктуации
5. ретенционных кист

646. К лечению легкой формы дисплазии относят все, кроме:

1. диатермокоагуляции
2. криодеструкции
3. лазерной вапоризации
4. верно 1 2 3
5. конизации шейки матки

647. К лечению тяжелой степени дисплазии и преинвазивного рака относится :

1. ампутация или диатермоконизация шейки матки
2. ампутация или диатермоконизация шейки матки с последующим обязательным гистологическим исследованием для исключения инвазивного рака
3. экстирация матки с придатками
4. лазерная вапоризация
5. диатермокоагуляция.

648. Каким нервом иннервируется область вульвы и промежности:

1. n.vagus
2. срамной
3. подвздошно-паховый
4. седалищно-крестцовый
5. половой

649. Основные причины дистрофии вульвы:

1. хронические воспалительные заболевания органов малого таза
2. дефицит эстрогенов
3. дефицит прогестерона
4. неизвестна
5. нарушение обмена веществ

650. Основной жалобой при дистрофии вульвы является:

1. зуд
2. выделения из половых путей
3. частые позывы к мочеиспусканию
4. покраснение наружных половых органов
5. болезненность при половой близости

651. Какой из методов обследования не входит в план диагностических мероприятий при дистрофии вульвы:

1. общий анализ крови, RW
2. кольпоскопия
3. РАР тест
4. исследование мазка на флору
5. УЗИ органов малого таза

652. Основной причиной атрофического вагинита является:
1. воспалительные заболевания
2. облучение
3. использование местныхспермицидов
4. онкологический процесс
5. возрастной фактор

653. Наиболее характерный признак атрофического вагинита:
1. количество лейкоцитов в мазке на флору не более 10-15
2. утолщение экзоцервикса
3. субэпителиальные петехии
4. преобладание грибковой флоры во влагалище
5. гиперемия влагалища

654. Основным методом лечения атрофического вагинита является:
1. противовоспалительная терапия
2. санация влагалища
3. ЗГТ
4. назначение контрацептивов
5. иммуностимуляторы

655. Препараты для лечения атрофического вагинита содержат:
1. только натуральный прогестерон
2. натуральные половые гормоны
3. синтетические гормоны
4. кортикостероиды
5. антибактериальные препараты

656. Наиболее эффективный способ введения лекарственных препаратов при атрофическом вагините:
1. пероральный
2. вагинальный
3. ректальный
4. инъекционный
5. пероральный + вагинальный

657. Что из ниже перечисленного является необходимым для получения мазка по Папаниколау хорошего качества?
1. получение образца из заднего свода влагалища
2. получение образца из эндоцервикального канала специальной деревянной палочкой или щеточкой, с обязательной фиксацией
3. получение образца из эндоцервикального канала специальной деревянной палочкой или щеточкой, с высушиванием на воздухе
4. помещение как можно большего количества шеечного отделяемого на предметное стекло
5. ничего из перечисленного

658. Наиболее уязвимым местом для ВПЧ инфекции является:
1. эндоцервикс
2. наружные половые органы
3. влагалище
4. зона стыка между цилиндрическим эпителием и многослойным плоским эпителием шейки матки
5. верно 1,4

659. Влагалищная часть шейки матки у женщины репродуктивного возраста в норме покрыта:
1. цилиндрическим эпителием
2. многослойным плоским ороговевающим эпителием
3. железистым эпителием
4. многослойным плоским неороговевающим эпителием
5. ничего из перечисленного

660. В постменопаузе зона стыка между цилиндрическим и многослойным плоским эпителием шейки матки находится:
1. на экзоцервиксе
2. в ниженей трети эндоцервикса
3. в верхней трети эндоцервикса
4. верно 2 и 3
5. все перечисленное неверно

661. Генетический риск – это:
1. вероятность рождения ребенка с хромосомной или врожденной патологией вследствие влияния тератогенных факторов или наследственной отягощенности.
2. повышенная вероятность возникновения определенного заболевания в течении всей жизни
3. повышенная вероятность рождения ребенка с ВУИ
4. вероятность рождения ребенка определенного пола
5. вероятность развития соматической патологии

662. Фенотип – это:
1. совокупность внешних признаков
2. набор хромосом
3. совокупность генов
4. участок молекулы ДНК
5. генеалогическое дерево

663. Показаниями к медико-генетическому консультированию является все, кроме:
1. кровнородственные браки
2. возраст беременной старше 35 лет
3. рождение ребенка с ВУИ
4. ОАА
5. рождение ребенка с ВПР

664. К наиболее информативным срокам беременности для УЗИ-диагностики ВПР плода является все перечисленное, кроме:
1. 12-13 недель
2. 16-18 недель

3. 24-26 недель
4. 32-34 недели
5. верно все перечисленное

665. При контакте беременной с краснухой, какой срок является самым опасным для плода в связи с возможным развитием врожденных пороков:
1. I триместр
2. до 16 недель беременности
3. до 12 недель беременности
4. весь срок беременности
5. II триместр

666. У женщины кариотип 46ху, отсутствуют матка и трубы, половые железы представлены яичками. влагалище заканчивается слепо. Диагноз:
1. тестикулярная феминизация
2. синдром Шерешевского-Тернера
3. истинный гермофрадитизм
4. адрено-генитальный синдром
5. дисгенезия гонад

667. Показания для исследования кариотипа:
1. возраст беременной старше 35 лет
2. болезнь Дауна у детей в анамнезе
3. аменорея в анамнезе
4. ПНБ
5. Верно все перечисленное

668. Шизофрения, эпилепсия, гипертония и сахарный диабет относятся к заболеваниям:
1. Хромосомным
2. с наследственной предрасположенностью
3. иммунного характера
4. наследственным нарушениям обмена веществ
5. генетическим

669. Определение отцовства возможно при применении следующих методов:
1. внешнее сходство
2. определение группы крови
3. определение антигенов М, Н и т.д.
4. по особенностям кариотипа
5. ДНК-диагностика

670. Укажите формулу кариотипа при синдроме Шерешевского-Тернера:
1. 46 хх
2. 47 ху ( + 21 )
3. 45 хо
4. 47 ххy
5. 47 ххх

671. У женщины аменорея, бесплодие, отсутствуют матка и яичники, кариотип 45хо. Диагноз?
1. синдром тестикулярной феминизации
2. синдром Клайнфельтера

3. синдром Шерешевского-Тернера
4. синдром Ракитанского
5. гермофрадитизм

672. Укажите формулу кариотипа при болезни Дауна:
1. 46 хх
2. 47 ху ( + 21 )
3. 45 хо
4. 47 ххy
5. 47 ххх

673. Какое обследование надо провести для подтверждения болезни Дауна:
1. исследование х-хроматина
2. кариотипирование
3. биохимическое
4. гормональное
5. ЭЭГ,РЭГ

674. У ребенка эпикант, плоская переносица, ВПС, макроглоссия, поперечные складки на ладошках. Диагноз:
1. ДЦП
2. болезнь Дауна
3. синдром Патау
4. ферментопатия
5. синдром Эдвардса

675. Для синдрома тестикулярной феминизации характерны:
1. женский фенотип
2. аменорея
3. слепое окончание влагалища
4. кариотип 46 ху
5. верно все перечисленное

676. Пренатальный скрининг проводится в сроки:
1. 16-20 недель
2. 12-16 недель
3. 20-26 недель
4. в любом сроке
5. 1 триместр

677. ВПР плода совместимые с жизнью операбельны, не ведущие к инвалидности и умственной отсталости:
1. гидроцефалия
2. незаращение верхней губы и твердого неба
3. микроцефалия
4. порок сердца
5. полидоктимия

678. При неполном слиянии парамезонефральных протоков развивается :
1. атрезия девственной плевы
2. двурогая матка
3. атрезия влагалища
4. дисгенезия гонад

5. все перечисленные выше аномалии развития

679. Атрезия девственной плевы может проявляться:

1. затруднением мочеиспускания
2. гематокольпосом
3. затруднением дефекации
4. циклически возникающими болями внизу живота
5. все ответы верны

680. В процессе эмбриогенеза из парамезонефральных (мюллеровых) протоков развиваются:

1. маточная труба
2. матка
3. верхняя треть влагалища
4. все перечисленные выше
5. ничего из перечисленных выше

681. Индифферентная стадия развития гонад завершается на:

1. 1-й неделе гестации
2. 14-й неделе гестации
3. 30-й неделе гестации
4. 7-й неделе гестации
5. в раннем неонатальном периоде

682. У зародыша, дифференцирующегося по женскому типу, протоки первичной почки превращаются в:

1. маточные трубы
2. строму яичников
3. тело матки
4. круглые связки матки
5. регрессируют и сохраняются в виде рудиментарного образования

683. Для синдрома тестикулярной феминизации характерно:

1. аплазия матки
2. слепо заканчивающееся влагалище
3. кариотип 46 ху
4. отсутствие полового оволосения
5. все ответы правильны

684. У больных с I аменореей яичникового генеза, дисгенетическое яичко может находиться:

1. в паховом канале
2. в рудиментарной мошонке
3. на месте яичника
4. в большой половой губе
5. все ответы правильные

685. У больных с « чистой» формой дисгенезии гонад имеет место:

1. первичная аменорея
2. нормальный рост

3. бочкообразная грудная клетка
4. короткая шея с крыловидными складкам
5. правильно 1.2

686. Из урогенитального синуса развиваются:
1. нижние 2/3 влагалища
2. девственная плева
3. преддверие влагалища
4. все перечисленное выше верно
5. ничего из перечисленного выше

687. Миома матки - это:
1. доброкачественная гормонально- зависимая опухоль,наиболее часто встречающаяся у женщин репродуктивного возраста
2. доброкачественная гормонально-зависимая опухоль развивающаяся из поперечнополосатой ткани миометрия
3. доброкачественная опухоль,которая часто имеет злокачественное перерождение
4. доброкачественная опухоль наиболее часто встречающаяся у женщин пременопаузального периода
5. доброкачественная опухоль,формирующаяся вследствии гиперандрогении

688. Основную роль в развитии миомы матки играют:
1. изменения эндокринного статуса
2. гормональная чувствительность тканей опухоли
3. процесс неоангиогенеза
4. цитогенетические нарушения
5. все перечисленное выше верно

689. Наиболее информативным методом распознавания субмукозной и интерстициальной с центрипитальным ростом миомы матки является:
1. трансвагинальная эхография
2. гистеросальпингография
3. гистероскопия
4. зондирование полости матки
5. лапароскопия

690. Основной клинический симптом подслизистой миомы матки:
1. хроническая тазовая боль
2. альгодисменорея
3. меноррагия
4. вторичное бесплодие
5. железодефицитная анемия

691. Наиболее информативный метод диагностики рождающегося миоматозного узла:
1. трансвагинальная эхография
2. осмотр шейки матки в зеркалах с последующим бимануальным исследованием
3. гистеросальпингография
4. гистероскопия
5. лапароскопия

692. Неоперативное лечение миомы матки преследует цель:
1. торможение роста опухоли

2. уменьшение ее размеров и предотвращение в ней вторичных изменений
3. исчезновение опухоли
4. увеличение роста опухоли
5. верно 1,2

693. Некроз миоматозного узла наиболее часто происходит:
1. во время беременности
2. в послеродовом периоде
3. в послеабортном периоде
4. за 3-5 дней до начала менструации
5. правильно 1.2.3

694. Изменения в миоматозном узле,связанные с нарушением питания опухоли:
1. отек
2. кровоизлияния
3. некроз
4. нагноение
5. все ответы правильны

695. Эмболизация маточных артерий приводит к:
1. уменьшению кровоснабжения и частичному некрозу миоматозных узлов
2. уменьшению кровоснабжения яичников
3. уменьшению кровоснабжения матки
4. бесплодию
5. аменорее

696. Факторами риска развития гиперпластических процессов эндометрия являются все, кроме:
1. ЮМК в анамнезе..
2. СПКЯ.
3. ановуляторные менструальные циклы.
4. прием оральных контрацептивов.
5. верно1,2

697. У женщины на фоне лечение гиперплазии эндометрия КОК на 12 день приема появилась желтуха. Ваши действия:
1. порекомендуете допить ОК до конца упаковки
2. прекратить прием ОК
3. увеличить или уменьшить дозу ОК
4. назначите более низкодозированный ОК
5. все перечисленное верно

698. Контроль лечения гиперпластических процессов эндометрия проводят путем:
1. УЗИ органов малого таза.
2. диагностического выскабливания полости матки с гистологическим исследованием соскоба эндометрия.
3. гистеросальпингографии.
4. исследования гормонального фона.
5. все выше перечисленное не верно

699. Лечение атипической гиперплазии эндометрия у женщины перименопаузального периода с субмукозной миомой матки:
1. кломифена цитрат + гестагены.
2. эстрофем + гестагены.
3. ЗГТ.
4. оперативное лечение.
5. все выше перечисленное не верно

700. Фиброматозный узел является в основном причиной кровотечения, когда он расположен:
1. интрамурально
2. субмукозно
3. субсерозно-интерстициально
4. на ножке небольших размеров
5. верно 1,2

701. Характерным эхографическим признаком ретенционных кист яичников являются:
1. Тонкая капсула
2. Мелкосетчатое строение
3. Анэхогенное содержимое
4. Исчезновение при динамическом наблюдении
5. Верно все

702. Какие кисты яичников обычно сочетаются с трофобластической болезнью?
1. тека-лютеиновые
2. желтого тела
3. параовариальные
4. фолликулярные
5. геморрагические

703. Деформация "М-эхо" в наибольшей степени характерно для миом матки локализаций:
1. субсерозной
2. интрамуральной
3. субсерозно-интрамуральной
4. субмукозной
5. наблюдается при любых видах локализаций миом

704. Наиболее инофрматинвый методо диагностики рождающегося миоматозного узла:
1. трансвагинальная эхография
2. осмотр шкйи матки в зеркалах
3. гистеросальпингография
4. гистероскопия
5. лапароскопия

705. Наиболее частое осложнение кисты желтого тела:
1. кровоизлияние в полость кисты
2. нет осложнений
3. выраженный болевой синдром
4. бесплодие

5. спонтанное обратное развитие

706. Образование каких опухолевидных образований связано с нарушением овуляции?

1. эндометриоидные кисты
2. фолликулярных кист
3. параовариальные кисты
4. смешанные
5. правильные ответы 1.2

707. Спаечный процесс с образованием кистозных полостей это:

1. параовариальная киста
2. серозоцеле
3. воспалительное образование придатков матки
4. опухоли из клеток Сертоли и Лейдига
5. все ответы правильны

708. Перекрут ножки опухоли яичника чаще всего дифференцируют с:

1. апоплексией яичника
2. почечной коликой
3. острой кишечной непроходимостью
4. нарушенной внематочной беременностью
5. все ответы правильны

709. Клинические проявления персистенции фолликула:

1. скудные, болезненные менструации
2. длительные, нескудные менструации
3. олигоменорея
4. обильные длительные кровотечения
5. .все ответы правильны

710. При влагалищном исследовании при пиосальпинксе и пиоваре определяется:

1. опухолевидное образование с плотной капсулой, нечеткими границами, болезненное
2. болезненное опухолевидное образование с четкими границами, подвижная при смещении
3. опухоль на ножке, подвижная, болезненная
4. увеличение придатков, ограничение в подвижности, чувствительное
5. температура тела выше 39град.

711. Назовите макроскопические данные эндометриоидных кист:

1. размер от 0.6 до 10см
2. толстая капсула
3. геморрагическое содержимое
4. поражение яичников
5. все ответы правильны
6.

712. Клинические проявления эндометриоидных кист:

1. субфебрильная температура

2. увеличение СОЭ, лейкоцитоз
3. ноющие боли
4. боли, иррадирующие в прямую кишку и в поясницу
5. все ответы правильны

713. Главной причиной опущения и выпадения матки и стенок влагалища является:

1. повышение внутрибрюшного давления
2. пожилой возраст
3. повышенная физическая нагрузка
4. несостоятельность мышц тазового дна
5. загиб матки

714. Эффективный метод лечения при опущении и выпадении матки

1. лечебная гимнастика
2. гинекологический массаж
3. оперативный
4. ортопедический
5. гормональный
6.

715. Метод лечения при опущениях стенок влагалища и недержания мочи

1. передняя и задняя кольпоррафия
2. влагалищная экстирпация матки без придатков
3. передняя, задняя кольпоррафия, уретропластика и левatoропластика
4. Манчестерская операция
5. экстирпация матки с придатками

716. Метод лечения при цисто – и ректоцеле?

1. передняя и задняя кольпоррафия
2. влагалищная экстирпация матки без придатков
3. передняя, задняя кольпоррафия, уретропластика и левatoропластика
4. Манчестерская операция
5. экстирпация матки с придатками

717. Метод лечения при полном выпадении матки?

1. передняя и задняя кольпоррафия
2. влагалищная экстирпация матки без придатков
3. передняя, задняя кольпоррафия, уретропластика и левatoропластика
4. Манчестерская операция
5. экстирпация матки с придатками

718. Диагноз рака шейки матки ставят на основании

1. пробы Шиллера
2. кольпоскопии
3. кольпоцитологии
4. данных гистологического исследования

5. все перечисленное верно

719. Преинвазивный рак шейки матки характеризуется всем нижеперечисленным, кроме:

1. во всей толще эпителиального покрова имеются патологические признаки рака
2. утраты слоистости
3. утраты слоистости и полярности
4. отсутствия инвазии в подлежащую строму
5. инвазии в подлежащую строму на 1-2 мм.

720. Инвазивный рак характеризуется всем нижеперечисленным, кроме:

1. глубина инвазии до 3-х мм
2. наибольший диаметр опухоли не более 1-см
3. отсутствуют мультицентрические очаги роста
4. отсутствуют раковые эмболы в кровеносных и лимфатических сосудах стромы
5. имеются отдельные метастазы в регионарных лимфатических узлах.

721. Наиболее частая жалоба при раке шейки матки

1. ациклические маточные кровотечения
2. контактные кровянистые выделения
3. циклические кровотечения
4. гиперполименорея
5. все выше перечисленное

722. Возникновению рака шейки матки способствуют следующие факторы, кроме:

1. Раннее начало половой жизни и частая смена половых партнеров, внебрачные связи
2. Ранняя беременность и роды до 18 лет
3. Большое количество родов и абортов
4. Эктопия шейки матки в анамнезе.
5. Гиперпролактинемия

723. Метод лечения Cr in situ шейки матки

1. экстирпация матки
2. криодеструкция
3. диатермокоагуляция
4. электроконизация
5. все выше перечисленное

724. Для определения стадии рака шейки матки используют

1. лапароскопию
2. УЗИ
3. лимфографию
4. кольпоскопию
5. Гистеросальпингография

725. Основной метод лечения рака шейки матки 1 стадии

1. лучевой
2. химиотерапия
3. оперативный
4. гормональный

5. противовоспалительный

726. Объем оперативного лечения при раке тела матки

1. экстирпация матки с придатками
2. экстирпация матки без придатков
3. расширенная экстирпация матки с придатками
4. операция Вертгейма
5. химиотерапия

727. Метастазирование рака шейки матки происходит в лимфоузлы

1. наружные и внутренние подвздошные, запирательные
2. общие подвздошные
3. поясничные
4. парааортальные
5. во все перечисленные лимфоузлы

728. Метод лечения фоновых процессов эндометрия – это:

1. лучевой
2. гормональный
3. оперативный
4. химиотерапия
5. все выше перечисленное

729. Предраковое состояние эндометрия

1. железистая гиперплазия
2. атипическая гиперплазия
3. полипоз
4. децидуальные изменения стромы
5. железисто-кистозная гиперплазия эндометрия

730. Метод лечения при атипической гиперплазии эндометрия

1. гормонотерапия
2. лучевая
3. лучевая и гормонотерапия
4. расширенная экстирпация матки с придатками
5. симптоматическая

731. Основной метод диагностики рака эндометрия

1. лимфография
2. диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала
3. цитологическое исследование аспирата из полости матки
4. ультразвуковое исследование
5. Гистеросальпингография

732. Метод лечения при раке эндометрия I стадии

1. гормонотерапия
2. лучевая
3. лучевая и гормонотерапия
4. расширенная экстирпация матки с придатками
5. симптоматическая

733. Экстирпация матки как компонент комплексного лечения больных раком эндометрия показана при следующей распространенности опухолевого процесса

1. T1N0M0

2. T1N1M0
3. T2N0M0
4. T1-2N1M0
5. верно все перечисленное

734. Объем операции при раке яичников
1. экстирпация матки с придатками
2. клиновидная резекция яичников
3. цистэктомия
4. аднексэктомия
5. экстирпация матки с придатками и резекция большого сальника

735. Наиболее агрессивны опухоли вульвы локализующиеся в области:
1. малых половых губ
2. больших половых губ
3. область задней спайки
4. бартолиновой железы
5. клитора

736. У взрослых более 95% злокачественных опухолей влагалища и вульвы составляет:
1. плоскоклеточный рак
2. рабдомиосаркома
3. рабдомиосаркома эмбриональная
4. низкодифференцированный рак
5. свелоклеточная аденокарцинома

737. От незамедлительной операции при беременности в I триместре можно воздержаться при следующих образованиях яичника:
1. подвижная киста
2. киста желтого тела
3. плотное кистозное образование
4. бугристое образование
5. образование с пристеночным гипоэхогенным включением

738. Существуют ли облигатные признаки кистомы от кисты яичника при бимануальном иссследовании:
1. величина опухоли
2. локализация
3. болезненность
4. бугристая поверхность
5. не существует

1 Ответ: 5

739. Для диагностики рака шейки матки наиболее достоверным методом диагностики является:
1. УГИ
2. кольпоскопия
3. прицельная биопсия шейки матки при проведении кольпоскопии
4. цитологическое исследование по Попаниколау

5. наличие симптома «цветной капусты»

740. Что является профилактикой развития дисплазии шейки матки

1. скрининг на наличие ВПЧ
2. кольпоскопия
3. использование презервативов
4. вакцинация
5. кольпоскопия и скрининг на ВПЧ

741. Какая патология шейки матки может иногда метастазировать:

1. дисплазия
2. преинвазивный рак
3. инвазивный рак 1а стадии
4. инвазивный рак 1б стадии
5. ничего из перечисленного

742. При каком заболевании гениталий образуются лютеиновые кисты:

1. рак тела матки
2. рак маточных труб
3. миома матки
4. хорионкарциномы матки
5. рак шейки матки

743. Пероральные коконтрацептивы можно применять для профилактики рака:

1. влагалища
2. эндометрия
3. шейки матки
4. толстого кишечника
5. ничего из вышеперечисленного

744. Пути метастазирования хорионкарциномы матки:

1. лимфогенный
2. гематогены
3. имплантационный
4. все перечисленное правильно
5. все перечисленное не правильно

745. С каким инфекционным фактором ассоциируется рак шейки матки в 90%:

1. гонококк
2. туберкулезная палочка
3. вирус герпеса
4. вирус папилломы человека
5. вирус иммунодефицита

746. Наиболее часто хорионкарцинома возникает после:

1. абортов
2. пузырного заноса
3. нормальных родов
4. преждевременных родов
5. внематочная беременность

747. При пузырном заносе в пузырьки превращаются:

1. ворсинки хориона
2. децидуа

3. эндометрий
4. миометрий
5. сероза

748. Для полного пузырного заноса характерно (исключить неверное):
1. перерождаются все ворсины хориона
2. развитие в первые месяцы беременности
3. плод всегда погибает
4. плод всегда рассасывается
5. развитие плода возможно

749. Для частичного пузырного заноса характерно (исключить неверное):
1. развитие в более поздние сроки беременности
2. перерождаются не все ворсины хориона
3. развитие плода возможно при перерождении небольшого участка хориона (очень редко)
4. перерождаются все ворсины хориона
5. после смерти плода пузырный занос продолжает расти

750. Диагностика пузырного заноса:
1. ХГЧ
2. общий анализ крови
3. общий анализ мочи
4. кровь на ВИЧ
5. группа крови

751. Клиника пузырного заноса:
1. кровотечение из матки
2. боли внизу живота
3. определяется с/б плода
4. определяется шевеление плода
5. матка соответствует сроку беременности

752. Клиника пузырного заноса:
1. кровотечение из матки нет
2. боли внизу живота
3. с/б плода определяется
4. шевеление плода определяется
5. матка не соответствует сроку беременности

753. Клиника пузырного заноса:
1. кровотечение из матки нет
2. характерная картина на УЗИ “гроздья винограда”
3. с/б плода определяется
4. шевеление плода определяется
5. матка соответствует сроку беременности

754. Лечение пузырного заноса (исключить неверное):
1. проводится в стационаре
2. УЗС
3. кровь на ХГЧ
4. опорожнение матки только после установления вида пузырного заноса
5. проводится в амбулаторных условиях

755. Наблюдение после стационарного лечения пузырного заноса (исключить неверное):
1. предохраняться от беременности в течении 2-х лет
2. контролировать уровень ХГЧ в течении первого года
3. индивидуальный подбор методов контрацепции
4. постановка на Д-учет у акушер-гинеколога
5. постановка на Д-учет у эндокринолога

756. Хорионэпителиома-это (исключить неверное):
1. злокачественная опухоль
2. доброкачественная опухоль
3. возникает из трофобласта
4. возникает из синцития ворсин хориона
5. опухоль располагается на сосудах

757. Вторичная хорионэпителиома чаще всего развивается (исключить неверное):
1. у женщин детородного возраста
2. после пузырного заноса
3. после аборта
4. после родов
5. у нерожавшей женщины

758. РАР тест позволяет выявить:
1. раковые заболевания шейки матки
2. дисплазию шейки матки
3. степень чистоты влагалища
4. инфекцию во влагалище
5. верно 1,2

759. Какой показатель спермы при бесплодии изменяется чаще всего ?
1. вязкость спермы
2. подвижность сперматозоидов
3. объем эякулята
4. концентрация сперматозоидов
5. правильно 2 и 4

760. Какие клетки в яичке выделяют тестостерон?
1. клетки Сертоли
2. сперматозоиды
3. сперматогонии
4. клетки Лейдига
5. правильно 1 и 4

761. Из каких клеток в яичке образуются сперматозоиды?
1. клетки Сертоли
2. сперматозоиды
3. сперматогонии
4. клетки Лейдига
5. правильно 1 и 4

762. Каковы нормальные размеры яичек у взрослого мужчины?
1. длина 35-50мм; ширина 25-32мм
2. длина 40-55мм; ширина 25-32мм

3. длина 55-65мм; ширина 15-32мм
4. длина 65-45мм; ширина 25-32мм
5. зависит от возраста

763. Уменьшение количества сперматозоидов менее 40 млн. называется:
1. аспермией
2. олигоспермией
3. некроспермией
4. астеноспермией
5. тератозоспермией

764. Снижение количества активных сперматозоидов называется:
1. аспермией
2. олигоспермией
3. некроспермией
4. астеноспермией
5. тератозоспермией

765. Азооспермия – это:
1. отсутствие сперматозоидов
2. отсуствие эякулята
3. снижение подвижности сперматозоидов
4. снижение концентрации сперматозоидов
5. повышение контрацепции сперматозоидов

766. Увеличение количества морфологически измененных сперматозоидов
767. в эякуляте называется:
1. аспермией
2. олигоспермией
3. некроспермией
4. астеноспермией
5. тератозоспермией

768. Причинами мужского бесплодия является все перечисленное, кроме:
1. гиперпролактинемии
2. синдрома Кляйнфельтера
3. крипторхизма
4. баланита
5. варикоцеле

769. Аномалия расположения яичек это - ?
1. орхид
2. синдром Кляйнфельтера
3. крипторхизм
4. водянка яичка
5. варикоцеле

770. Методы лечения крипторхизма?
1. гормональная терапия
2. хирургическое лечение
3. гормональная и хирургическое лечение
4. физиотерапия
5. правильно а и в

771. Возможные причины вызывающие нарушение транспорта спермы:
1. гипоспадия
2. острый простатит
3. эпидидимит
4. вазэктомия
5. правильно 1, 3 и 4

772. Показаниями к инсеминации спермой мужа является все перечисленное, кроме :
1. импотенции
2. простатита
3. гипоспадии уретры
4. отрицательной пробы Курцрока - Миллера
5. олигозооспермии

773. Показаниями к инсеминации спермой донора является все перечисленное, кроме -?
1. патозооспермии не поддающей коррекции
2. несовместимости супругов по Rh - фактору
3. острой гонореи
4. наличия наследственных заболеваний
5. одиноких женщин, желающие иметь детей

774. Противопоказания к проведению инсеминации спермой мужа:
1. хронический уретропростатит
2. эректильная дисфункция
3. ВИЧ
4. гидроцеле
5. хронический простатовезикулит

775. К методам мужской контрацепции относится все перечисленное, кроме
1. КОКов
2. прерванного полового акта
3. презервативов
4. вазэктомии
5. гормональной мужской контрацепции

776. В каком возрасте у мужчин прекращается сперматогенез?
1. 50-55 лет
2. 55-60 лет
3. 60-65 лет
4. после 70 лет
5. не прекращается вообще

777. Варикоцеле – это?
1. варикозное расширение вен мочевого пузыря
2. варикозное расширение вен полового члена
3. варикозное расширение вен яичка
4. варикозное расширение вен кожи мошонки
5. правильно в и г

778. К факторам вызывающии мужское бесплодие относится все нижеперечисленное, кроме:

1. эпидемического паротита
2. ионизирующего излучения
3. ВИЧ
4. экзогенной интоксикации
5. условий высокой температуры

779. Показания к проведению биопсии яичка:
1. аспермия
2. олигоспермия
3. некроспермия
4. астеноспермия
5. тератозооспермия

780. Наличие одного яичка в мошонке характерно для:
1. полиорхизма
2. анорхизма
3. крипторхизма
4. монорхизма
5. правильно 3 и 4

**Блок В**

**В.0 Варианты заданий на выполнение РГЗ, РПР приведены: ссылка на источники, указанные в списках основной и дополнительной литературы в рабочей программе**

**В.1 Типовые задачи:**

Задача 1

Больная, 24 лет, обратилась с жалобами на бели и контактные кровяные выделения. Наследственность не отягощена. Менструальная функция не нарушена. Половая жизнь с 23 лет в браке без предохранения. Беременностей в течение 8 месяцев не было. Гинекологические заболевания отрицает. Заболела 3 месяца назад, когда появились бели и контактные выделения. Общее состояние удовлетворительное. По органам без особенностей. При осмотре шейки матки при помощи зеркал - поверхность слизистой вокруг наружного зева ярко красного цвета, зернистая, покрытая гноевидными слизистыми выделениями, размером 2х2 см. При влагалищном исследовании - пальпаторно шейка матки обычной консистенции, наружный зев закрыт. Матка и придатки - без особенностей. Выделения - бели с примесью крови.

Диагноз? План ведения?

Задача 2

Больная, 29 лет, поступила с жалобами на повышение температуры, общую слабость, боли внизу живота. 8 дней назад произведен искусственный аборт, выписана на следующий день после аборта. При обследовании: состояние удовлетворительное, пульс 80 ударов в минуту, температура 38,2 $^0$С. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. При гинекологическом исследовании: шейка матки гиперемирована, из цервикального канала - обильные гноевидные выделения. При пальпации - шейка матки обычной консистенции, наружный зев закрыт, тело матки несколько больше нормы, мягкой консистенции, болезненное при пальпации и смещении. Придатки не определяются. Своды глубокие.

Диагноз? План ведения?

Задача 3

Больная, 26 лет, доставлена машиной скорой помощи с жалобами на резкие боли внизу живота, озноб, повышение температуры. Из гинекологических заболеваний отмечает хронический сальпингоофорит в течение 6 лет с частыми обострениями, по поводу которых неоднократно лечилась в стационаре. Заболела несколько дней назад после переохлаждения. При поступлении: состояние удовлетворительное, пульс 88 ударов в минуту, температура 37,6. Язык влажный, слегка обложен беловатым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации болезненный в нижних отделах, симптомов раздражения брюшины нет. При гинекологическом исследовании - смещение за шейку матки резко болезненно, тело матки нормальных размеров, ограничено подвижно, чувствительно при пальпации. Правые придатки не определяются. Слева и несколько кзади пальпируется образование, ограничено подвижно, резко болезненно, плотной консистенции, с участками размягчения, размером 4х9 см, влагалищные своды уплощены. Диагноз? План ведения?

Задача 4

Больная, 37 лет, поступила с жалобами на боли внизу живота, учащенное мочеиспускание, высокую температуру. Менструальная функция не нарушена. Последняя менструация - 2 дня назад. Заболела остро после случайной половой связи. Появились боли внизу живота, озноб, температура 39*С. При пальпации живот резко болезненный в нижних отделах, положительные симптомы раздражения брюшины. При влагалищном исследовании матки и придатков четко не контурируются из-за резкой болезненности и напряжения мышц живота. Выделения обильные, гноевидные. Диагноз? План ведения?

Задача 5

Больная 23 лет. Жалобы на обильные бели, зуд, жжение. Заболела 5 дней назад после полового сношения. Менструальный цикл не нарушен. Температура нормальная, пульс 76 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. При осмотре в зеркалах - слизистая влагалища резко гиперемирована, выделения обильные, желтовато-зеленого цвета, пенящиеся. При влагалищном исследовании: движения за шейку матки болезненные, матка и придатки без особенностей.
Диагноз? План ведения?

Задача б

Больная, 31 года, госпитализирована в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры тела. Менструации с 14 лет нерегулярные, обильные, болезненные. Половая жизнь с 20 лет без предохранения. В 14 лет перенесла плеврит. В течение 3 лет беспокоят боли внизу живота, усталость, временами субфебрильная температура. Дважды - стационарное лечение по поводу воспаления придатков матки. Влагалищное исследование: матка болезненная при тракции, нормальных размеров, плотная. Придатки с обеих сторон утолщены, болезненны при пальпации. Параметрии уплотнены и укорочены. Больной назначен курс антибактериальной терапии ампиоксом + метронидазол. В течение недели состояние больной продолжает ухудшаться, нарастают боли, температура тела не снижается, в связи с чем произведена диагностическая

лапароскопия. При осмотре обнаружено: в брюшной полости 200 мл серозного выпота, Спаечный процесс. Маточные трубы укорочены и утолщены, на их поверхности - кальцинаты, по брюшине - просовидные высыпания.
Диагноз? План ведения?

Задача 7
Больная, 25 лет, обратилась в гинекологическое отделение по поводу бесплодия. Менструации с 13 лет нерегулярные, скудные. Половая жизнь с 20 лет без предохранения, не беременеет. В 21 год перенесла туберкулезный плеврит. Произведена метросальпингография для определения проходимости маточных труб. На МСГ: сегментированные маточные трубы в виде «жемчужного ожерелья» с дивертикулами и негомогенными тенями в дистальных отделах.
Диагноз? План ведения?

Задача 8
Больная 48 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на ациклические, кровяные выделения. Рост 155 см, вес 112 кг, Страдает сахарным диабетом в течение 7 лет. АД 180/110 мм рт. ст. При гинекологическом исследовании обнаружено: кровяные выделения из цервикального канала. По поводу ациклических кровяных выделений, продолжающиеся 20 дней и возникшие после 2-х месячной задержки менструации. Менструации с 17 лет. Без особенностей. Общее состояние удовлетворительное. Экстрагенитальной патологии нет. При гинекологическом исследовании со стороны половых органов отклонений от нормы нет. Больной произведено раздельное диагностическое выскабливание слизистой шейки и тела матки. Гистологическое исследование: железисто-кистозная гиперплазия эндометрия.
Диагноз? Тактика врача?

Задача 9
Больная 56 лет поступила в стационар с жалобами на кровяные выделения из половых путей. Постменопаузальный период 6 лет. В анамнезе миома матки малых размеров. Последнее посещение гинеколога 5 лет назад. Предположительный диагноз? План обследования?

Задача 10
Больная 47 лет обратилась с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, продолжающиеся 20 дней и возникшие после 2-х месячной задержки менструации. Менструации с 17 лет. Без особенностей. Общее состояние удовлетворительное. Экстрагенитальной патологии нет. При гинекологическом исследовании со стороны половых органов отклонений от нормы нет. Больной произведено раздельное диагностическое выскабливание слизистой шейки и тела матки. Гистологическое исследование: железисто-кистозная гиперплазия эндометрия.
Диагноз? Тактика врача?

Задача 11
Больная 50 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровяные выделения из половых путей. Последняя, нормальная менструация 2 года назад. В течение

последних двух лет страдает кровотечениями после задержки менструации на 2-3 месяца. Консервативного лечения не проводилось из-за непереносимости гормональных препаратов. При гинекологическом исследовании обнаружена увеличенная до 9 недельного срока беременности плотная, бугристая матка, придатки с обеих сторон не определяются. Из цервикального канала умеренные, кровяные выделения. Произведено раздельное диагностическое выскабливание. При гистологическом исследовании обнаружена железисто-кистозная гиперплазия эндометрия с участками атипии клеток.
Диагноз? План ведения?

Задача 12
Больная 45 лет предъявляет жалобы на ациклические, кровяные выделения. По данным УЗИ - гиперплазия эндометрия.
Предположительный диагноз? План обследования?

Задача 13
Больная 45 лет. Жалобы на кровяные выделения из влагалища, беспокоящие больную в течение 3-х недель, возникшее после 1,5 месячной задержки менструации. Иногда беспокоят приливы жара. Соматически не отягощена. Менструации с 12 лет, установились через 1 год, по 4 дня, через 28 дней умеренные, б/болезненные. В течение последних 8 месяцев наблюдаются задержки менструаций, а затем менструации обильные и продолжительные. К врачу не обращалась. При гинекологическом исследовании органических изменений не обнаружено.
Диагноз? План ведения?

Задача 14
Больная 15 лет, доставлена в стационар машиной «СП» 22 марта с диагнозом: подострый, двухсторонний сальпингоофорит и жалобами на боли в левой подвздошной области с иррадиацией в прямую кишку. Боли возникли резко, утром 22 марта в левой подвздошной области, затем над лоном. Тошноты, рвоты не было. Последняя, нормальная менструация с 28 февраля по 6 марта. Объективно: состояние удовлетворительное, кожа и слизистые нормальной окраски, АД 110/70 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в левой подвздошной области. Перитониальных симптомов нет. При двуручном ректо - абдоминальном исследовании матка не увеличена, плотная, безболезненная. Придатки справа не увеличены, безболезненные. Слева придатки увеличены, без четких контуров, область их пальпации болезненная. Своды свободные, глубокие. Задний и левый боковой свод умеренно болезненные.
Диагноз? Диф.диагноз? План ведения?

Задача 15
Больная, 16 лет, поступила в стационар 19 марта по направлению врача ЖК с жалобами на боли в правой подвздошной области, головокружение, тошноту, однократную потерю сознания, которые появились внезапно. Последняя менструация с 10 по 17 марта с задержкой на 6 дней. При осмотре: живот мягкий, болезненный в нижних отделах, больше справа. Перитониальных симптомов нет, АД 100170 мм рт ст., пульс 100 ударов в минуту. При двуручном, влагалищно-абдоминальном исследовании матка не увеличена, плотная,

безболезненная. Справа определяется несколько увеличенный, безболезненный яичник. Слева область придатков болезненная. Своды свободные, глубокие, болезненные.
Диагноз? Дополнительные методы исследования? Диф.диагноз? Тактика ведения?

Задача 16
Больная 36 лет. В анамнезе 4 аборта без осложнений, на момент поступления задержка менструации на 4 недели. Заболела остро: появились схваткообразные боли внизу живота, внезапно потеряла сознание. При осмотре: кожные покровы бледной окраски, вялая, пульс 120 ударов в минуту, АД 80/40 мм рт ст. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины положительные в гипогастральной области. Притупление перкуторного звука в отлогих местах. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании смещения шейки матки резко болезненны, четко пропальпировать тело матки и придатки не удается из-за напряжения мышц передней брюшной стенки, резкая болезненность заднего свода, выделений из половых путей нет.
Диагноз? План ведения?

Задача 17
Больная 26 лет. Задержка менструации на 3 недели. Без проведения дополнительных методов обследования был произведен аборт по желанию пациентки. После выскабливания кровяные выделения из половых путей продолжались. При гистологическом исследовании в соскобе обнаружена децидуальная реакция без ворсин хориона.
Предполагаемый диагноз? План дальнейшего обследования?

Задача 18
Больная 27 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на скудные, кровяные выделения из половых путей в течение 10 дней после задержки менструации на 12 дней. В анамнезе вторичное бесплодие 7 лет. Общее состояние удовлетворительное, пульс 74 ударов в минуту, АД 120/70 мм рт ст., живот мягкий безболезненный при пальпации во всех отделах. При гинекологическом осмотре матка несколько больше нормы, безболезненна при пальпации, слева и сзади от матки определяется нечеткое образование 4х6 см мягкой консистенции, болезненное при исследовании, правые придатки несколько утолщены, безболезненны при пальпации, своды свободные. Диагноз? План обследования и ведения.

Задача 19
Больная, 33 года, жалобы на схваткообразные боли в левой подвздошной области, головокружение, задержку менструации на 2 недели. Вчера внезапно появились острые боли внизу живота, сопровождающиеся кратковременной потерей сознания. При осмотре найдено: кожные покровы бледные, пульс 120 ударов в минуту, АД 80/50 мм рт ст., живот болезненный в нижних отделах живота, отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При гинекологическом исследовании матку и придатки четко определить невозможно из-за резкой болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки, задний свод сглажен, выделения кровяные, скудные, темного цвета.
Диагноз? Тактика? Дополнительные методы исследования?

Задача 20

Больная 29 лет. Первичное бесплодие (в браке 4 года). Задержка менструации на 4 недели. Жалоб нет. При ручном влагалищно-обдоминальном исследовании смещение шейки матки безболезненное, тело матки несколько увеличено, мягковатое, справа утолщенные мягковатые придатки, своды свободные, безболезненные, выделения светлые.
Диагноз предположительный? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? План обследования?

Задача 21
Больная, 26 лет, доставлена в стационар машиной «СП» 1 апреля с диагнозом: Острый живот. Жалобы на резкие боли в нижних отделах живота, общую слабость, головокружение. Из анамнеза: 6 месяцев назад диагностирована киста левого яичника. В течение 2-х месяцев принимала оральные контрацептивы. Последняя менструация с 15 по 20 марта. Кожные покровы и слизистые бледные, температура 37.0 С. АД 70/40 мм рт ст. НЬ 78 г/л, L Их 10, Ps 130 ударов в минуту, ритмичный, слабого наполнения. Язык суховат. Живот напряжен, резко болезненный при пальпации в нижних отделах. Там же положительные симптомы раздражения брюшины. Выделений из половых путей нет. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании: матка не увеличена, плотная, болезненная при пальпации, легко смещаемая. Состояние придатков с обеих сторон определить не представляется возможным ввиду резкой болезненности при исследовании. Своды влагалища нависают, пальпация их резко болезненная.
Диагноз? Диф.диагноз? тактика ведения?

Задача22
Больная, 21 года, доставлена в стационар машиной «СП» с диагнозом: Обострение хронического салышнгоофорита, пельвиоперитонит. Из анамнеза: страдает воспалением придатков с 17 лет. Контрацепция: постинор. Заболела остро после занятий в тренажерном зале, когда появились боли в левой подвздошной области, которые постепенно усилились с иррадиацией на прямую кишку. Отмечала тошноту, однократную рвоту. Сознание не теряла. Последняя нормальная менструация 2 недели назад. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и слизистая обычной окраски. Температура 37.0С. АД 100/70 мм рт ст., НЬ 110 г/л, L 9х10, Ps 90 ударов в минуту, ритмичный. Язык влажный. Живот при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах, больше слева. Симптомы раздражения брюшины слабо положительные в нижних отделах живота. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании: матка не увеличена, плотная, безболезненная. Придатки с обеих сторон тяжистые, справа чувствительные, слева - болезненные при исследовании. Своды влагалища глубокие, слева свод болезненный.
Диагноз? Диф.диагноз? Тактика ведения?

Задача 23
Больной 38 лет, в анамнезе 2 родов и 3 аборта. Контрацепция ВМС 5 лет. Менструальная функция не нарушена. Через 10 дней после окончания очередной менструации появились боли внизу живота и обильные выделения гнойного характера из половых путей, в связи с чем обратилась к врачу. Общее состояние удовлетворительное, кожа и слизистые обычной окраски. Температура 37,7; L - 9,4х10. При осмотре: живот мягкий, безболезненный, перитоналъных симптомов нет. В зеркалах - шейка матки цилиндрическая, из ц/к визуализируются контрольные нити ВМС и умеренные слизисто-гнойные выделения. При

двуручном исследовании — шейка матки без особенностей, матка несколько больше нормальных размеров, мягко-эластической консистенции, подвижная, умеренно болезненная, своды глубокие, выделения слизисто-гнойные.
Диагноз? Тактика ведения?

Задача 24
Больная 54 лет, постменопауза 4 года. В анамнезе - 2 родов и 4 медаборта, без осложнений. Последние 4-5 месяцев отмечают увеличение живота. Общее состояние удовлетворительное. Жалобы на тяжесть в животе. Кожа и слизистые чистые, обычной окраски. АД 140/90 мм рт ст., пульс 86 ударов в минуту, ритмичный. Живот мягкий, несколько увеличен в объеме, при пальпации над лоном, больше справа, определяется образование тугоэластической консистенции с гладкой поверхностью, ограниченно подвижное, безболезненное, размером до 10 см в диаметре. При УЗИ - обнаружено округлое образование, исходящее из правых придатков, с ровными краями, анэхогенным содержимым, без каких-либо включений. Матка и левые придатки без особенностей. Двуручное исследование - наружные половые органы и влагалище без особенностей, шейка матки без патологических изменений, зев закрыт, матка обычной величины, плотная, несколько смещена влево, безболезненная, придатки слева без изменений, справа в области придатков определяется опухолевидное образование округлой формы, с гладкой поверхностью, ограниченно подвижное, безболезненное, размером до 9-10 см в диаметре, своды свободные, выделения из половых путей слизистые. Какой предварительный диагноз?
Какова особенность предоперационной подготовки?

Задача 25
Больная 25 лет, в анамнезе 1 роды и 2 медаборта. Последние 3 года контрацепция ВМК. Последние 2 месяца отмечает нарушения менструального цикла по типу длительных, до 8-10 дней, обильных, со сгустками менструаций. При осмотре: общее состояние удовлетворительное, кожа и видимые слизистые несколько бледные, НЬ - 98 г/л, АД 120/60 мм рт ст.. пульс - 86 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. В зеркалах: шейка матки цилиндрическая, зев закрыт, из наружного зева визуализируются контрольные нити ВМС, выделения кровяные, умеренные (8-й день менструации). При двуручном исследовании: влагалище и шейка матки без особенностей, матка обычной величины, плотная, подвижная, безболезненная, своды свободные. Придатки не пальпируются.
Диагноз? Дополнительное обследование. Какова тактика ведения?

Задача 26
Больной 48 лет, предстоит оперативное лечение по поводу множественной миомы матки 18 недель беременности. Жалуется на слабость. Последние 6 месяцев отмечает обильные и длительные менструации. Кожные покровы, видимые слизистые бледные, пульс 84 удара в минуту. АД 110/60 мм рт ст. НЬ - 76 г/л.
Диагноз? Какие исследования следует произвести?
Тактика? Какая должна быть предоперационная подготовка у данной больной?

Задача 27

Больной 25 лет, менструальная функция не нарушена. Готовилась на лапароскопическую операцию по поводу кисты правого яичника, диагностированной 5 месяцев назад при УЗИ. Доставлена по «скорой» с жалобами на резкие боли внизу живота, больше справа, которые возникли внезапно при подъеме с постели. Температура нормальная, L - 6,2х10 . при двуручном исследовании - влагалище, шейка матки без особенностей, справа в области придатков определяется округлое образование, тугоэластической консистенции, резко болезненное при исследовании, ограниченно подвижное, размерами до 8 см в диаметре, своды свободны, выделения слизистые. Диагноз? Недостатки осмотра? Тактика ведения?

Задача 28
Больная 49 лет. Жалобы на частые приливы жара к голове и шее (более 20 раз в сутки), потливость, сердцебиение, раздражительность, нервозность, нарушение сна, потерю работоспособности. Из сопутствующих заболеваний: хронический холецистит, хронический колит, ожирение. Последние 7 лет страдала предменструальным синдромом. Последняя менструация 8 месяцев назад. Диагноз? План ведения?

Задача 29
Больная 32 лет, обратилась с жалобами на тянущие боли внизу живота, больше справа. Боли беспокоят в течение 3-х месяцев.
Из анамнеза: менструации с 15 лет, по 4-5 дней, болезненные. Последние 6 месяцев отмечает нерегулярные менструации. Половая жизнь с 18 лет, одни роды, 2 искусственных мед. аборта. Неоднократно лечилась стационарно по поводу воспалительного процесса придатков матки. При двуручном исследовании: тело матки и левые придатки без особенностей. В области правых придатков определяется образование округлой формы до 6 см в диаметре, малоболезненное при пальпации, подвижное. Данные УЗИ исследования: в проекции правого яичника - образование однокамерное, с тонкой капсулой, с гомогенным содержимым.
Диагноз? План ведения?

Задача 30
Больная 34 лет, обратилась с жалобами на боли внизу живота ноющего характера. Из анамнеза: менструации с 14 лет, по 4-5 дней, в последние 2 года - болезненные, умеренные, регулярные.
В течение года беспокоят ноющие боли внизу живота, усиливающиеся накануне и во время менструации. При двуручном исследовании: тело матки и правые придатки без особенностей. Слева и кзади от матки определятся образование до 5 см в диаметре, тугоэластической консистенции, неподвижное, спаянное с окружающими тканями, болезненное при пальпации. При осмотре в динамике отмечается некоторое увеличение размеров образования накануне менструации.
Данные УЗИ исследования: в области левого яичника образование с нечеткими контурами, утолщенной оболочкой, однокамерное, до 5-6 см в диаметре.
Диагноз? План ведения?

Задача 31
Больная 28 лет обратилась с жалобами на боли внизу живота больше слева, ноющего характера. Из анамнеза: 2 месяца назад - медицинский аборт в сроке 9-10 недель,

осложнившийся постабортным эндометритом. В течение месяца беспокоят боли внизу живота ноющего характера. При двуручном исследовании: тело матки и правые придатки не изменены. В области левых придатков определяется образование округлой формы, мягкоэластической консистенции до 5-6 см в диаметре, безболезненное при пальпации. Данные УЗИ исследования: в области левого яичника - однокамерное образование, с плотной капсулой со взвесью, до 5 см в диаметре.
Диагноз? План ведения?

Задача 32
Больная 25 лет. Жалобы на чувство тяжести внизу живота, тянущие боли, больше справа. Из анамнеза: менструации с 15 лет, установились через год, обильные и болезненные. Половая жизнь с 18 лет, беременностей не было. В течение 2-х лет беспокоят вышеперечисленные жалобы. При двуручном исследовании: матка и левые придатки без особенностей. Справа и кпереди от матки определяется подвижное округлое образование, неравномерной консистенции, плотное, с неровной поверхностью, до 6 см в диаметре, безболезненное при пальпации. Данные УЗИ исследования: правый яичник смешанного солидно-кистозного строения, с акустической тенью, обусловленной наличием костной ткани, мелкозернистой структуры из-за жирового содержимого.
Диагноз? План ведения?

Задача 33
Больная 35 лет. Жалобы на боли внизу живота, больше справа, тянущего характера. Из анамнеза: менструации с 15 лет, установились через 1,5 года, обильные и болезненные. Из перенесенных заболеваний отмечает хроническое воспаление придатков матки. Боли беспокоят в течение 3-х лет, последние 6 мес. - усилились. При двуручном исследовании: матка и левые придатки без особенностей. В области правых придатков определяется округлое образование, мягкоэластической консистенции, до 8-9 см в диаметре, безболезненное при пальпации. Данные УЗИ: матка и левый яичник без особенностей, правый яичник определяется в виде отдельного анатомического образования, рядом с ним - определяется тонкостенное образование с жидким гомогенным содержимым, округлое до 8 см в диаметре.
Диагноз? План ведения?

Задача 34
Больная 52 лет. Жалобы на общую слабость, снижение работоспособности, нарушение сна, депрессивное состояние, чувство страха, тревоги, раздражительность, плаксивость. Последняя менструация 10 месяцев назад. Гинекологические заболевания: мастопатия, предменструальный синдром в течение 10 лет. Вышеперечисленные жалобы появились год назад, в последние месяцы усилились.
Диагноз? План ведения?

Задача 35
Больная 51 года. Жалобы на приливы жара и покраснение головы и верхней части туловища до 10 раз в сутки, повышенную потливость, нарушение сна, раздражительность, плаксивость, эпизодические подъемы артериального давления. Из анамнеза: сопутствующие заболевания: ожирение 2 ст., хронический холецистит. Последняя менст-

руация 1,5 года назад. Гинекологических заболеваний не было. Вышеперечисленные жалобы появились год назад, в последние месяцы усилились.
Диагноз? План ведения?

Задача 36.
Больная 57 лет. Жалобы на зуд во влагалище, сухость и жжение во влагалище, боли при половом акте, учащенное мочеиспускание. Последняя менструация 7 лет назад. Осмотр при помощи зеркал - стенки влагалища и шейки матки сухие, с петехиальными кровоизлияниями, легко кровоточат при дотрагивании.
При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании тело матки и придатки без особенностей.
Диагноз? План ведения?

Задача 37
Больная 49 лет, обратилась с жалобами на кровяные выделения из половых путей после половых сношений.
В анамнезе 5 беременностей: 2 родов и 2 аборта. 2-е роды осложнились разрывами шейки матки, накладывались швы. Аборты без осложнений. Гинеколога посещала нерегулярно. В последний раз была 6 лет назад. Данные объективного исследования по органам без патологии. Гинекологический статус - наружные половые органы развиты правильно. Осмотр при помощи зеркал: стенки влагалища чистые. Шейка увеличена, рубцово деформирована. На передней губе шейки имеется мелкобугристая опухоль в виде «цветной капусты», 2х2 см, кровоточит при дотрагивании. При двуручном влагалищно-ректально-абдоминальном исследовании тело матки обычных размеров, область придатков безболезненна, ампула кишки свободна, слизистая подвижная, инфильтратов и опухолевых образований в малом тазу нет.
Предположительный диагноз.
Какие методы исследования следует применить для уточнения диагноза.

Задача 38
Больная 32 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на темные кровяные выделения из половых путей за 3-5 дней до менструации и боли в нижних отделах живота во время менструации. Эти симптомы появились у нее в течение последнего года. Половая жизнь с 22 лет. Беременностей - 3. 1 - закончились нормальными родами, 2- другие беременности - абортами по желанию. Из гинекологических заболеваний отмечает эрозию шейки матки, после родов, лечилась диатермокоагуляцией. По органам без особенностей. Гинекологический статус - при осмотре при помощи зеркал на шейке матки следы коагуляции и несколько «глазков» синебагрового цвета. При двуручном исследовании — шейка матки обычной плотности, матка шаровидной формы, безболезненная, чуть больше нормы. Придатки не пальпируются. Предположительный диагноз? Какие методы исследования помогут в диагностике заболевания?
*Д-з: Внутренний эндометриоз (матки). Эндометриоз шейки матки.*

Задача 39
Больная 25 лет, доставлена машиной скорой помощи в гинекологическое отделение с жалобами на сильные схваткообразные боли в нижних отделах живота. Менструации с 13

лет, по 4 дня через 21 день, регулярные, безболезненные, умеренные. Последняя нормальная менструация была 3 месяца назад. Половая жизнь с 20 лет. Беременностей -5: 2 родов и 3 аборта по желанию без осложнений. Гинекологические заболевания отрицает. Месяц назад больной произведено искусственное прерывание беременности в сроке 8 недель в условиях стационара. Выписана на 2-ой день в удовлетворительном состоянии. В срок предполагаемой менструации появились ноющие боли внизу живота, которые усилились, превратились в схваткообразные. При объективном осмотре - язык влажный, чистый. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание учащенное. При двуручном влага-лищно-абдоминальном исследовании - влагалище рожавшей, зев закрыт, шейка обычной плотности. Тело матки увеличено до 12 недель беременности, мягкоэластической консистенции, болезненное. Придатки не пальпируются. Своды свободны.
Диагноз? Тактика ведения?

Задача 40
В стационар поступила женщина 68 лет с жалобами на кровяные выделения из половых путей. Выделения беспокоят женщину уже в течение 8 месяцев, но к врачу не обращалась, так как поначалу они были скудными и кратковременными. Но 3 дня назад выделения вновь появились и были обильными, со сгустками. Врач женской консультировал женщину в гинекологический стационар. Из анамнеза известно, что менструации были с 14 лет, по 4-5 дней, через 30 дней, умеренные, безболезненные. Последняя нормальная менструация в 50 лет. Постменопаузальный период меньше 18 лет. Половой жизнью жила с 32 лет, беременностей не было. Страдает гипертонической болезнью и ожирением. При осмотре при помощи зеркал обнаружена маленькая, чистая шейка матки. Из цервикального канала скудные кровяные выделения. Стенки влагалища «сочные». При двуручном исследовании влагалище узкое, нерожавшей женщины, шейка - конической формы, движения за шейку матки безболезненные. Матка несколько больше нормы, обычной консистенции. Придатки не пальпируются. Своды свободны. При ректально-абдоминальном исследовании ин-фильтратов в малом тазу нет.
Диагноз? Методы исследования? Лечение.

Задача 41
Больная 32 лет доставлена в клинику с жалобами на резкие боли внизу живота схваткообразного характера. Боли появились после акта дефекации утром, сопровождались полуобморочным состоянием, головокружением, рвотой. Из анамнеза выяснено, что менструации по 3-4 дня, через 28 дней, безболезненные, регулярные, необильные. Половая жизнь в течение последних 3-х лет. Беременность 1, 2 года назад окончилась нормальными родами. Последняя менструация пришла в ожидаемый срок, но сопровождается болями и чувством «дурноты», и в течение *2-х* недель кровяные выделения не прекращаются, скудные, темно-кровянистые. Из объективных данных обращает на себя внимание, бледность кожных покровов, учащение пульса до 100 ударов в минуту, снижение АД до 90/60 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот вздут, напряжен, резко болезненный в нижних отделах, при перкуссии - притупление звука в нижних отделах.
При осмотре с помощью зеркал - стенки влагалища и шейки матки цианотичные. Из цервикального канала скудные кровяные выделения.

При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании влагалище рожавшей, движения за шейку резко болезненны. Матка увеличена до 5 недель беременности, мягковатая. В области правых придатков «тестоватость» левые придатки без особенностей.
Задний свод выбухает.
Диагноз. Методы дополнительной диагностики. Тактика ведения.

Задача № 42.
Больная 60 лет, поступила с жалобами на кровяные выделения из половых путей. Выделения беспокоят больную непостоянно, в течение последних 3-х месяцев. К врачу не обращалась и ничем не лечилась.
В анамнезе - ПНМ в возрасте 50 лет постменопауза 10 лет.
Беременностей было 2, закончилась срочными родами без осложнений. В 30-ти летнем возрасте лечилась по поводу воспаления придатков матки.
Из объективных данных обращает на себя внимание избыточный вес (100
кг при росте 160 см), повышение сахара крови до 8 ммоль/л, артериальная гипертензия - 150/70 мм рт. ст.
При гинекологическом исследовании патологии не выявлено.
Предположительный диагноз.
Какие методы исследования помогут в правильной постановке диагноза.

Задача №43.
Больная 32 лет доставлена в больницу в тяжелом состоянии с жалобами на боли в животе, рвоту, задержку газов и мочеиспускание.
Боли режущего характера, начались ночью, была кратковременная потеря сознания.
Из анамнеза - менструации регулярные, безболезненные. ПНМ 2 недели назад, пришла в срок.
Беременностей - 2, окончились срочными родами.
Из объективных данных обращает внимание учащение пульса до 11 О/мин, повышение Г до 37,5 С, сухой язык, вздутие живота, резкая болезненность при пальпации. Через переднюю брюшную стенку пальпируется опухоль с нечеткими контурами в левой половине живота при осмотре наружных половых органов, а также при помощи зеркал шейки и стенок влагалища патологии не выявлено. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании обнаружено, что влагалище рожавшей, шейка плотная цилиндрической формы, зев закрыт, матка в anterversio-flexio, несколько увеличена, ограниченно подвижная, резко болезненная при пальпации. Через левый боковой свод определяется нижний полюс опухоли, 10х12 см, тугоэластической консистенции, резко болезненной при движении. Своды свободны.
Диагноз. Методы исследования.
Тактика ведения.

Задача № 44
Больная 45 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровяные выделения из половых путей.
Анамнез - из перечисленных заболеваний отмечает в детстве корь, скарлатину, эпидемический паротит, частые ангины.

Менструации с 14 лет, по 4-5 дней через 28 дней, умеренные, безболезненные. ПНМ была 2 года назад.
Половая жизнь с 22 лет. Беременностей 4: 2 закончились нормальными родами, 2 -абортами по желанию без осложнений.
Перечисленные гинекологические заболевания отрицает.
Больной считает себя в течение 2 лет, когда появились эпизоды задержки менструаций на 2-3 месяца с последующим кровотечением.
По органам без патологии. В анализе крови - НЬ = 80 г/л.
При гинекологическом исследовании патологии не выявлено, но выделения из шейки матки кровяные, обильные.
Предположительный диагноз.
Методы обследования и остановки кровотечения.
Дальнейшая тактика ведения больной.

Задача №45.
Больная 45 лет, обратилась к урологу с жалобами на частое мочеиспускание. Обследована. Патологии со стороны мочевыделительной системы не выявлено. Рекомендована консультация гинеколога.
В анамнезе из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции и аппендектомию.
Менструации с 11 лет, установились сразу, по 3 дня, *через* 30 дней, умеренные, безболезненные. Последние 2 года менструации стали обильными в течение 7 дней.
Половая жизнь с 18 лет. Беременностей 2-1 роды, 1 аборт, без осложнений.
Из гинекологических заболеваний отмечает послеродовый эндометрит, лечилась в стационаре, и увеличение матки до 6 недель. У гинеколога наблюдалась нерегулярно, последний раз была 3 года назад.
При гинекологическом исследовании при помощи зеркал выявлена рубцовая деформация шейки матки послеродовыми разрывами, эктропион, увеличение шейки матки в объеме. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании матки увеличена до 14 недель беременности со множеством узлов по передней стенке, разного диаметра, один из узлов в D = 8 см. придатки пальпируются. Своды свободны. Выделения слизистые.
Диагноз Методы диагностики дополнительные Тактика ведения.

Задача №46.
В гинекологическое отделение доставлена больная 60 лет, жалобами на боли в левой паховой области и левом бедре, особенно по ночам. Боли носят «грызущий» характер. Мочеиспускание сопровождается болями. Акт дефекации затруднен. В моче и кале присутствует кровь. Больна больше года. К врачу не обращалась.
Обследовано. Состояние средней тяжести PS - 90 /мин, слабого наполнения. АД -90|60 мм рт ст, t= 37,2'. Больная истощена. Кожа и видимые слизистые бледные. Через переднюю брюшную стенку в гипогастральной области пальпируется плотное образование без четких контуров, неподвижное. Гинекологическое исследование: осмотр при помощи зеркал, влагалище укорочено. В куполе его на месте шейки матки виден кратер с некротическим налетом. Выделения из влагалища имеют цвет «мясных помоев» при двуручном абдоминальном влагалищно-ректальном исследовании: влагалище сужено, стенки инфильтрированы, на месте шейки кратер с плотными краями. В малом тазу определяется конгломерант опухоли плотной консистенции, доходящей до стенок таза с двух сторон,

неподвижный, чувствительный. В параметрии с двух сторон инфильтраты, достигающие стенок таза.
Диагноз. Методы исследования.
Чем объяснить наличие болей в левом бедре.
Какие профилактические меры применяются в женской консультации для выявления заболевания на ранних стадиях.
Какое лечение необходимо провести данной больной?

Задача №47.
Больная 47лет. Поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровяные выделения из половых путей, беспокоящие больную в течение 3-х недель. Кровотечение возникло после 1,5 месячной задержки менструации. Иногда беспокоят приливы жара.
Соматически не отягощена. Менструации с 12 лет установились через / год, по 4-5 дней через 28 дней, умеренные, безболезненные. В течение последних 10 месяцев наблюдаются задержки менструации, а затем обильные и продолжительные. Кровотечение. К врачу не обращалась.
Обследовано: правильного телосложения. Кожные покровы бледноватой окраски. PS - 78 уд. АД - 115/мин. По органам без патологии. Слизистая и мочеиспускание не нарушено. При гинекологическом исследовании наружные половые органы развиты правильно. Осмотр при помощи зеркал: стенки влагалища и шейки чистые, выделения кровяные в незначительном количестве. При двуручном исследовании шейка цилиндрической формы. Матка не увеличена, наружный зев закрыт. Придатки без особенностей.
Предположительный диагноз.
Какие методы диагностики следует применить у данной больной.
С чем следует дифференцировать это заболевание.
Тактика ведения больных в пременопаузальном периоде.

Задача №48.
Больная 36 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на обильные менструации.
Анамнез. В детстве корь, аппендэктомия, менструации с 10 лет, установились сразу (по 5 дней, цикл 21 день), умеренные, безболезненные. Последний год менструации по 7-10 дней, обильные. Половая жизнь с 30 лет. Было 2 беременности: обе закончились искусственными абортами без осложнений.
Впервые, 6 лет назад, была обнаружена миома матки 6-7 недель. Находилась на учете у гинеколога. В последний год стала отмечать ухудшение самочувствия, слабость после окончания менструации. Полгода назад миома соответствовала 9 недельному сроку беременности.
Обследовано: покровы и видимые слизистые бледные. Отмечается систематический шум на верхушке сердца. Других отклонений по органам не выявлено. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание в норме. Гинекологическое исследование: наружные половые органы развиты правильно. Осмотр при помощи зеркал: стенки влагалища и шейка чистые, при двуручном исследовании матка до 12-13 недельного срока беременности, бугристая, безболезненная. Придатки не увеличены. Выделения кровяные, умеренные.
Диагноз.

Провести дифференциальную диагностику.
Какие методы исследования следует применить у данной больной.
Тактика ведения больной.

Задача № 49.
Больная 50 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровяные выделения из половых путей.
Анамнез. Наследственность не отягощена Из перечисленных заболеваний в детстве корь, грипп, аппендэктомия. С 45 лет отмечает повышение АД до 170/100, в крови обнаружен сахар 7 ммоль/л. вес - 95 кг, рост 158 см.
Менструации с 15 лет, установились через год, по 5 - б дней (цикл 28 дней), умеренные, болезненные. Последние нормальные менструации 2 года назад, в течение последних лет страдает кровотечениями после задержки менструации на 2-3 месяца. Консервативного лечения не проводилось из - за непереносимости гормональных препаратов. При гинекологическом исследовании обнаружена увеличенная до 9 недельного срока беременности плотная бугристая матки, придатки с обеих сторон не определяются. Из цервикального канала умеренные кровянистые выделения. В стационаре произведена гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание. Соскобы направлены на гистологическое исследование, при котором выявлена железисто-кистозная гиперплазия эндометрия с участками атипии.
Диагноз.
Какова классификация патологии эндометрия?
Тактика ведения данной больной.

Задача № 50.
Больная 47 лет поступила в стационар с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и кровяные выделения из половых путей.
Анамнез. Из перенесенных заболеваний в детстве перенесла ангину, болезнь Боткина, пневмонию. Взрослой была оперирована - аппендэктомия. Менструации с 12 лет, установились сразу (по 7 дней, цикл 21 день), умеренные, безболезненные. В последний год менструации по 7 - 10 дней, обильные со сгустками, болезненные.
Половая жизнь с 30 лет, в браке. Было 3 беременности: первые две закончились искусственными абортами без осложнений, третья - операцией по поводу правосторонней трубной беременности (операция: чревосечение по Пфанненштилю, правосторонняя тубэктомия). Гинекологические заболевания: лечилась в стационаре в 36 лет по поводу острого сальпингоофорита.
Объективно: состояние удовлетворительное, PS - 100уд|мин, АД - 120|80 мм рт ст. кожные покровы бледные. По органам - без патологии. Живот мягкий, слегка болезненный над лоном. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул и мочеиспускание не нарушены.
Гинекологические исследования. Наружные половые органы развиты правильно. Осмотр при помощи зеркал: стенки влагалища чистые. На шейке на передней губе гиперемия до 3 см в d, при дотрагивании не кровоточит.
Двуручные абдоминально-влагалищные исследования: влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки конической формы, движения за шейку безболезненные. Матка увеличена до 6-7 недель беременности, неоднородной консистенции. Придатки справа не определяются, слева - плотные, чувствительны при пальпации. Выделения кровянистые. Умеренные.

Предварительный диагноз.
Тактика ведения данной больной.
Какие методы исследования следует применить у данной больной.

Задача № 51
Больная 37 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на слабость, головокружение, тянущие боли внизу живота, снижение трудоспособности, незначительные кровяные выделения из половых путей.
Анамнез: в детстве корь, ОРЗ, менструации с 13 лет, установились сразу (по 3-4 дня, цикл 28-30 дней), умеренные, болезненные.
Половая жизнь с 23 лет. Было 6 беременностей: 2 из них закончились срочными родами, 4 - искусственными абортами.
В течение последних 2-х лет у больной изменился менструальный цикл, продолжительность до 7-8 дней появилась болезненность. После менструации появляется слабость, головокружение.
Обследовано: состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные. Язык чист, влажный. PS - 90 уд|мин, АД - 115|75 мм рт ст по органам без патологии. Живот мягкий, умеренно болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул и мочеиспускание не нарушены.
Гинекологическое исследование: наружные половые органы развиты правильно. Осмотр при помощи зеркал: стенки влагалища и шейки чистые, выделения кровянистые, незначительные при двуручном исследовании влагалище - рожавшей женщины. Шейка цилиндрической формы, движения за шейку чувствительные. Матка до 10-11 недель беременности, плотная, бугристая безболезненная. Придатки без особенностей. Своды глубокие.
В анализе крови: гемоглобин 82 г|л лейкоциты 7,8х10 л, СОЭ - 5 мм|час.
Предварительный диагноз.
Тактика ведения.
Дифф. диагноз.
Лечение данной больной (консервативное или оперативное).
Какой объем оперативного вмешательства выбрать?

Задача № 52
Больной 38 лет, в анамнезе роды, аборты без осложнений. Поступила в больницу с жалобами на задержку менструации на 6 недель, ноющие боли внизу живота, кровяные выделения из половых путей в течение 2-х дней.
Состояние удовлетворительное, пульс 96 уд в мин, ритмичный, АД 110/60 мм рт ст, живот мягкий, несколько болезненный в нижних отделах. При гинекологическом осмотре слизистая влагалища и шейка матки синюшная, из шеечного канала незначительные кровяные выделения, смещения за шейку матки болезненные, тело матки соответствуют 5 неделям беременности, мягковатое, наружный зев пропускает кончик пальца. Левые придатки без особенностей, правые утолщены, отечные, болезненные, своды свободные. Температура 36,7, лейкоциты 7,0 х!0 л гемоглобин 100 *г!л.*
Предполагаемый диагноз.
План обследования для уточнения диагноза.
Дифференциальная диагностика.

Лечение данной больной.

Задача № 53

Женщине 28 лет, с хроническим двустороннем сальпингоофоритом в анамнезе, в стационаре был произведен аборт по желанию при сроке беременности 6 недель, получен скудный соскоб, в котором обнаружена децидуальная ткань без ворсин хориона. На 7-ой день после аборта появились схваткообразные боли справа внизу живота с иррадиацией в прямую кишку, усилились кровяные выделения из половых путей. Общее состояние удовлетворительное, пульс 74 уд. в минуту, АД 110/60 мм рт ст., температура 36,8. при двуручном влагалищно - абдоминальном исследовании тело матки несколько больше нормы, в области правых придатков определяется образование без четких контуров, тестоватой консистенции, чувствительное при исследовании, из цервикального канала умеренные кровяные выделения темного цвета, своды свободные.

Предположительный диагноз.

Методы диагностики для уточнения диагноза

С чем следует дифференцировать данное заболевание?

Объем оперативного вмешательства?

Какое лечение следует провести в послеоперационном периоде с целью реабилитации детородной функции и профилактики?

Задача № 54

Больная 24 лет, доставлена в гинекологическое отделение машиной «скорой помощи» с жалобами на кровяные выделения из половых путей на фоне 2-х недельной задержки менструации, тянущие боли внизу живота в течение суток. НЬ 85 г|л.

Менструальная функция без особенностей. В анамнезе 2 преждевременных родов путем операции кесарева сечения. От беременности не предохраняется.

При осмотре выявлено: во влагалище имеется полная перегородка, две шейки матки без видимой патологии. Выделения кровяные со сгустками, обильные. Правая матка несколько больше нормы, мягковатой консистенции. Левая матка не увеличена. Область придатков пальпаторно без особенностей.

Ваш диагноз, тактика ведения? Метод контрацепции?

Задача № 55

В гинекологический стационар поступила больная 54 лет с жалобами на

нерегулярные кровяные выделения из половых путей в течение 1 года.

В анамнезе - менструации с 14 лет, регулярная, по 3-4 дня, через 30 дней. ПНМ - 4 года назад в возрасте 50 лет. Нарушений менструального цикла ранее не отмечала.

2 года назад было кровотечение, по поводу которого произведено раздельное диагностическое выскабливание. В соскобе при гистологическом исследовании обнаружены железисто-кистозные полипы эндометрия.

В течение 4-х месяцев лечилась гормонами - 17 ОПК 12,5% по 250 мл 2 раза в неделю, в/м.

Во время лечения и до настоящего времени кровяных выделений не было.

Сейчас снова беспокоят кровяные выделения скудного характера.

При УЗИ м/таза обнаружено МЭХО =1,5 см.

При обследовании выявлено: Атеросклеротический кардиосклероз, ИБС. Артериальная гипертензия, ожирение 3 ст.

При гинекологическом исследовании наружные половые органы, стенки влагалища и шейка матки без патологии. При двуручном исследовании матка маленькая, подвижная, безболезненная.
Диагноз. Методы обследования. Тактика ведения согласно полученным данным и данным анамнеза.

Задача № 56.
Больная 37 лет, обратилась к врачу с жалобами на боли в области послеоперационного рубца и кровянистые выделения из него, особенно до и после менструации. Кроме того, ее беспокоили боли внизу живота, больше справа. Анамнез. Наследственность не отягощена. В детстве перенесла корь, ветряную оспу, ангину. 3 года назад - аппендэктомию. Послеоперационный период протекал без осложнений. Заживление первичным натяжением. Менструации с 13 лет, установились сразу (по 3-4 дня, цикл 30 дней), умеренные, безболезненные. Больная отмечает, что последние 4 года менструации стали более обильными, резко болезненными и продолжительными (по 7-8 дней, цикл сохранен) половая жизнь с 22 лет, имела 5 беременностей, из них 2 своевременных родов, 3 искусственных аборта.
Неоднократно обращалась к врачу с жалобами на боли в области послеоперационного рубца и кровянистые выделения из него до и во время менструации. В связи с этим ей проводились противовоспалительные лечения, назначалось тепло на области рубца. Улучшения не наступало. Со слов больной боли после физиопроцедур усиливались.
Обследовано: состояние удовлетворительное, Ps - 80 уд/мин, АД- 120/80. по органам без патологии. В толще послеоперационного рубца плотные болезненные узелки. Рубец и кожа над ними синюшного цвета. Гинекологическое исследование: шейка чистая, выделения слизистые. Матка плотная, увеличенная. Справа и сзади от матки болезненное образование 8х8 см, ограниченной подвижности.
Диагноз, тактика ведения.

## Блок С

**С.0 Варианты заданий на выполнение курсовых проектов/работ приведены: ссылка на источники, указанные в списках основной и дополнительной литературы в рабочей программе**

**С.2 Индивидуальные творческие задания**

1. Уровни регуляции менструальной и репродуктивной функции.
2. Эндоскопические методы обследования в гинекологии.
3. Врожденная дисфункция коры надпочечников.
4. Стероидогенез в яичниках.
5. Гиперменструальный синдром.
6. Синдром поликистозных яичников.
7. Гиперпролактинемия.
8. Метаболический синдром.
9. Предменструальный синдром.
10. Климактерический синдром.
11. Гипоменструальный синдром.

## Блок D

**• Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ**

Физиология репродуктивной системы. Уровни регуляции. Фолликулогенез в яичниках. Процесс овуляции. Биосинтез стероидов в яичниках. Органы и ткани – мишени половых стероидов.

Критерии нормального менструального цикла. Методы определения содержания гормонов яичника, гонадотропных гормонов. Эндокринология беременности. Нормы содержания гормонов в плазме крови. Тесты функциональной диагностики.

ДМК. Этиопатогенез. Классификация. Терапия. Ювенильные нарушения менструального цикла. Лечение. Показания к гормональному гемостазу. Профилактика.

Предменструальный синдром. Патогенетические концепции. Клинические формы. Диагностика. Лечение. Прогноз. Предменструальный синдром в пременопаузе. Диагностика. Лечение. ЗГТ в перименопаузе.

Гиперандрогения. Органы, продуцирующие андрогены. Клиническое действие. Надпочечник – функциональные зоны. Механизмы регуляции. Биосинтез андрогенов в надпочечниках. Диагностика. Пробы.

АГС. Патогенез. Клинические формы. Классификация. Врожденная (классическая) форма. Диагностика. Гормональные пробы. Тактика ведения. Пубертатная, постпубертатная форма АГС. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика.

Синдром поликистозных яичников. Этиопатогенез. Биосинтез эстрогенов и ПКЯ. Формы. Клиника. Диагностика. Гормональные пробы. Лечение СПКЯ. Гормональные методы стимуляции овуляции. Показания, объемы хирургического вмешательства.

Пролактин. Регуляция секреции пролактина. Физиологическая секреция. Гиперпролактинемия. Классификация. Клиника. Патогенез нарушения репродуктивной функции.

Аменорея. Классификация. Принципы обследования. Первичная аменорея (с задержкой полового развития и без ЗПР). Алгоритм обследования женщин с аменореей. Интерпретация данных.

Маточная форма аменореи. Пороки развития матки и влагалища. Аплазия матки (синдром РокитанскогоКюстнера). Патогенез. Клинические проявления. Синдром Аширмана.

Яичниковая форма аменореи. Органические причины дисгенезии гонад. Синдром истощения яичников. Синдром резистентных яичников. Гипофункция яичников различного генеза. Этиологические концепции. Клиника. Диагностика. Лечение

Методы обезболивания абортов, лечебно-диагностических манипуляций и гинекологических операций.

Методы искусственного прерывания беременности в ранних и поздних сроках – показания (основание), условия, противопоказания, выбор метода и техника выполнения.

Неспецифические воспалительные заболевания органов малого таза, тазовой брюшины и клетчатки – эпидемиология, этиологическая структура возбудителей, факторы инфицирования и пути распространения инфекции, патогенез, клинические формы. Принципы лечения. Реабилитация, осложнения и исходы.

Специфические воспалительные заболевания органов малого таза, тазовой брюшины и клетчатки – эпидемиология, пути инфицирования (трансмиссивные), проблемы, особые патогенные свойства возбудителей, особенности течения и клинических проявлений инфекции, диагностика, принципы лечения, критерии излеченности, меры профилактики.

Герпес- вирусная инфекция (ВПГ-1,2; ЦМВ) и беременность – факторы и степень риска инфицирования плода, пути заражения, характер инфекционных поражений,

терапевтическая тактика при выявлении вирусных инфекций у женщин во время беременности.

Опухолевидные образования яичников (лишенные эпителиальной выстелки) и гиперплазии в строме яичников. Патогенез, клиника, диагностика, лечение. Хирургическая тактика при обнаружении опухолевидного образования. Органосохраняющие операции.

Опухоли яичников – гистогенез, гистологическая классификация ВОЗ (1973г).

Доброкачественные опухоли яичников –этиология, гистогенез, клиника, дифференциальный диагноз.Осложнения. Хирургическое лечение, прогноз. Диспансерное наблюдение.

Фоновые процессы шейки матки –определение, патогенез, клиника, диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.

Эпителиальные дисплазии и морфологический предрак шейки матки– определение, патогенез, факторы риска, морфология, классификация дисплазии (ВОЗ 1982). Диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.

Рак шейки матки – эпидемиология, фоновые процессы, варианты роста и метастазирования, клинические проявления и визуальные признаки, методы диагностики, классификация. Лечение, рекомендуемый объем операции. Прогноз.

Гиперпластические процессы эндометрия – морфологическая классификация, клинико-морфологическое определение предрака эндометрия, этиология, патогенез, диагностика. Методы лечения (общего гормонального, хирургического) и диспансерное наблюдение в возрастном аспекте.

Рак тела матки (аденокарцинома эндометрия) – клинико-морфологические варианты, клинические проявления. Методы диагностики, классификации. Методы лечения, рекомендуемый объем операции.

Трофобластические болезни –определение понятий, этиология, патогенетические формы, диагностика, лечение, диспансерное наблюдение (сроки, проблема повторной беременности).

Рак яичников – эпидемиология, факторы риска, патогенетические формы, пути распространения. Классификация. Клиника, особенности диагностики. Методы комбинированного лечения. Рекомендуемый объем оперативного вмешательства.

Миома матки. Определение, понятие. Эпидемиология. Этиология. Классификация. Клинический симптомокомплекс.

Диагностика. Хирургические методы лечения. Показания. Условия. Органосохраняющие объемы операций. Техника.

Неоперативные методы лечения больных с миомой матки. Малые формы миом. Патогенетическое обоснование рекомендуемых средств и методов лечения. Выбор и порядок назначения препаратов гормональной терапии.

Эндометриоз. Определение, понятие. Эпидемиология. Этиопатогенез. Классификация. Клинические формы. Методы диагностики.

Современные методы лечения генитального эндометриоза. Патогенетическое обоснование сочетанного применения методов хирургического и медикаментозного лечения. Лапароскопические объемы вмешательств. Выбор и цели различных гормональных препаратов.

Острый живот в гинекологии. Симптомокомплекс. Причины. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения. Объем оперативных вмешательств. Профилактика.

**• Задачи/задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ**

Физиология репродуктивной системы. Тесты функциональной диагностики.

ДМК. Терапия. Ювенильные нарушения менструального цикла. Лечение. Показания к гормональному гемостазу. Профилактика.

Предменструальный синдром. Лечение. Предменструальный синдром в пременопаузе. Диагностика. Лечение. ЗГТ в перименопаузе.

Гиперандрогения.Диагностика. Пробы. АГС. Диагностика. Гормональные пробы. Тактика ведения. Пубертатная, постпубертатная форма АГС. Диагностика.

Синдром поликистозных яичников. Диагностика. Гормональные пробы. Лечение СПКЯ. Гормональные методы стимуляции овуляции. Показания, объемы хирургического вмешательства.

Пролактин. Гиперпролактинемия. Диагностика. Гормональные пробы. Тактика ведения.

Аменорея. Принципы обследования. Интерпретация данных.

Маточная форма аменореи. Пороки развития матки и влагалища. Аплазия матки (синдром РокитанскогоКюстнера). Синдром Аширмана. Диагностика. Тактика ведения.

Яичниковая форма аменореи. Органические причины дисгенезии гонад. Синдром истощения яичников. Синдром резистентных яичников. Гипофункция яичников различного генеза. Диагностика. Лечение

Методы обезболивания абортов, лечебно-диагностических манипуляций и гинекологических операций.

Методы искусственного прерывания беременности в ранних и поздних сроках – показания (основание), условия, противопоказания, выбор метода и техника выполнения.

Неспецифические воспалительные заболевания органов малого таза, тазовой брюшины и клетчатки. Принципы лечения. Реабилитация, осложнения и исходы.

Специфические воспалительные заболевания органов малого таза, тазовой брюшины и клетчатки. Диагностика, принципы лечения, критерии излеченности, меры профилактики.

Опухолевидные образования яичников (лишенные эпителиальной выстелки) и гиперплазии в строме яичников. Диагностика, лечение. Хирургическая тактика при обнаружении опухолевидного образования. Органосохраняющие операции.

Доброкачественные опухоли яичников. Хирургическое лечение, прогноз. Диспансерное наблюдение.

Фоновые процессы шейки матки. Диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.

Эпителиальные дисплазии и морфологический предрак шейки матки. Диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение.

Рак шейки матки. Методы диагностики, классификация. Лечение, рекомендуемый объем операции. Прогноз.

Гиперпластические процессы эндометрия –диагностика. Методы лечения (общего гормонального, хирургического) и диспансерное наблюдение в возрастном аспекте.

Рак тела матки (аденокарцинома эндометрия). Методы диагностики, классификации. Методы лечения, рекомендуемый объем операции.

Трофобластические болезни, диагностика, лечение, диспансерное наблюдение (сроки, проблема повторной беременности).

Рак яичников, особенности диагностики. Методы комбинированного лечения. Рекомендуемый объем оперативного вмешательства.

Миома матки. Диагностика. Хирургические методы лечения. Показания. Условия. Органосохраняющие объемы операций. Техника.
Неоперативные методы лечения больных с миомой матки. Малые формы миом. Патогенетическое обоснование рекомендуемых средств и методов лечения. Выбор и порядок назначения препаратов гормональной терапии.
Эндометриоз. Методы диагностики. Современные методы лечения генитального эндометриоза. Лапароскопические объемы вмешательств. Выбор и цели различных гормональных препаратов.
Острый живот в гинекологии. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения. Объем оперативных вмешательств. Профилактика.

**• Задачи/задания для проверки уровня обученности ВЛАДЕТЬ**
Физиология репродуктивной системы. Тесты функциональной диагностики.
ДМК. Терапия. Ювенильные нарушения менструального цикла. Лечение. Показания к гормональному гемостазу. Профилактика.
Предменструальный синдром. Лечение. Предменструальный синдром в пременопаузе. Диагностика. Лечение. ЗГТ в перименопаузе.
Гиперандрогения.Диагностика. Пробы. АГС. Диагностика. Гормональные пробы. Тактика ведения. Пубертатная, постпубертатная форма АГС. Диагностика.
Синдром поликистозных яичников. Диагностика. Гормональные пробы. Лечение СПКЯ. Гормональные методы стимуляции овуляции. Показания, объемы хирургического вмешательства.
Пролактин. Гиперпролактинемия. Диагностика. Гормональные пробы. Тактика ведения.
Аменорея. Принципы обследования. Интерпретация данных.
Маточная форма аменореи. Пороки развития матки и влагалища. Аплазия матки (синдром РокитанскогоКюстнера). Синдром Аширмана. Диагностика. Тактика ведения.
Яичниковая форма аменореи. Органические причины дисгенезии гонад. Синдром истощения яичников. Синдром резистентных яичников. Гипофункция яичников различного генеза. Диагностика. Лечение
Методы обезболивания абортов, лечебно-диагностических манипуляций и гинекологических операций.
Методы искусственного прерывания беременности в ранних и поздних сроках – показания (основание), условия, противопоказания, выбор метода и техника выполнения.
Неспецифические воспалительные заболевания органов малого таза, тазовой брюшины и клетчатки. Принципы лечения. Реабилитация, осложнения и исходы.
Специфические воспалительные заболевания органов малого таза, тазовой брюшины и клетчатки. Диагностика, принципы лечения, критерии излеченности, меры профилактики.
Опухолевидные образования яичников (лишенные эпителиальной выстелки) и гиперплазии в строме яичников. Диагностика, лечение.
Доброкачественные опухоли яичников. Диспансерное наблюдение.
Фоновые процессы шейки матки. Диагностика. Диспансерное наблюдение.
Эпителиальные дисплазии и морфологический предрак шейки матки. Диагностика. Диспансерное наблюдение.
Рак шейки матки. Методы диагностики, классификация. Прогноз. Диспансерное наблюдение
Гиперпластические процессы эндометрия. Диагностика. Диспансерное наблюдение

Рак тела матки (аденокарцинома эндометрия). Методы диагностики. Диспансерное наблюдение
Трофобластические болезни. Диспансерное наблюдение
Рак яичников, особенности диагностики. Диспансерное наблюдение
Миома матки. Диагностика. Диспансерное наблюдение
Неоперативные методы лечения больных с миомой матки. Малые формы миом. Выбор и порядок назначения препаратов гормональной терапии.
Эндометриоз. Методы диагностики. Современные методы лечения генитального эндометриоза. Выбор и цели различных гормональных препаратов.
Острый живот в гинекологии. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения. Профилактика.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ:**
- Проведение практических занятий, контроль СРС, проверка конспектов лекций, рефератов, истории болезни – в традиционном режиме.
Обучение складывается из аудиторных занятий, включающих лекционный курс и практические занятия, и самостоятельной работы. Основное учебное время выделяется на практическую работу по определенным заболеваниям. Широко используется курация больных, клинические разборы и освоение практических навыков работы с роженицами.
Практические занятия проводятся в виде работы у постели больного, демонстрации тематического видеоматериала и других наглядных пособий, решения ситуационных задач, тестовых заданий, разбора клинических примеров. Работа студента в группе формирует чувства коллективизма, личной ответственности и коммуникабельность. Необходимо уделять внимание формированию навыков общения с больным.
Работа с пациентами способствует формированию деонтологического поведения, аккуратности, дисциплинированности.
При разборе нозологических форм по определенным заболеваниям рекомендовано придерживаться следующей последовательности:
- определение;
- актуальность изучаемой нозологической формы и история изучаемого вопроса;
- этиология;
- патогенез, в том числе генетических факторов в развитии заболевания, наличие сопутствующей патологии, патоморфология;
- клиническая картина;
- критерии оценки степени тяжести течения в разные периоды болезни;
- осложнения;
- возможные исходы, критерии выздоровления, развития хронического течения, причины летальных исходов;
- лабораторная и инструментальная диагностика;
- критерии постановки диагноза в разные периоды заболевания;
- дифференциальный диагноз;
- лечение: этиологическое, патогенетическое, симптоматическое с учетом возраста и тяжести течения заболевания, оказание экстренной медицинской помощи при неотложных состояниях, лечение тяжелых форм заболеваний, лечение и профилактика возможных осложнений, лечение в условиях стационара и в амбулаторных условиях;
- диспансеризация, реабилитация;

- профилактика.

В соответствии с требованиями ФГОС ВО необходимо широкое использование в учебном процессе активных и интерактивных форм проведения занятий (деловые ролевые игры, разбор конкретных клинических ситуаций, выполнение заданий поисково-исследовательского характера при помощи интернет – ресурсов и т.д.). Удельный вес занятий, проводимых в интерактивных формах, должен составлять не менее 10% аудиторных занятий.

МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:

1. Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических, в том числе учитывается посещение и активность) и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы.
2. Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом. Выполнение модульных контрольных заданий проводится в письменном виде и является обязательной компонентой модульного контроля.
3. Промежуточный контроль - завершенная задокументированная часть учебной дисциплины, совокупность тесно связанных между собой зачетных модулей.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ КОНТРОЛЮ:

При построении практического занятия преподаватели придерживаются следующего общего ориентировочного плана:

1. Организационный этап занятия (время - до 2%);
1) перекличка;
2) задание на дом следующей темы;
3) мотивация темы данного практического занятия;
4) ознакомление студентов с целями и планом занятия;
2. Контроль и коррекция исходного уровня знаний (время - до 20%):
1) теоретический опрос по текущей теме;
2) коррекция преподавателем теоретических знаний студентов;
3) этап демонстрации преподавателем практических навыков (время - до 15%)
4) этап демонстрации самостоятельной работы студентов (защита доклада с презентацией) (время - до 45%)
5) заключительный этап занятия (время - до 18%):
а) итоговый заключительный контроль сформированных теоретических знаний и умений с помощью решения ситуационных задач;
б) подведение итогов практического занятия (характеристика преподавателем выполнения студентами всех целей занятия и индивидуальная оценка знаний и навыков).

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ

подразумевает подготовку к практическим занятиям и включает изучение специальной литературы по теме (рекомендованные учебники, методические пособия, ознакомление с материалами, опубликованными в монографиях, специализированных журналах, на рекомендованных медицинских сайтах); выполнение заданий поисково-исследовательского характера с помощью интернет-ресурсов; подготовка конспектов, выступлений на семинаре, рефератов, мультимедийных презентаций; проведение деловых игр. Самостоятельная работа рассматривается как вид учебной работы по дисциплине и

выполняется в пределах отводимых на СРС часов. Каждый обучающийся обеспечивается доступом к учебно-методическому кабинету кафедры и библиотечным фондам ВУЗа.
По каждому разделу на кафедре разработаны методические рекомендации для студентов, а также методические указания для преподавателей.
Рекомендации по планированию и организации времени, необходимого для изучения дисциплины.
1. Рекомендуется следующим образом организовать время, необходимое для изучения дисциплины: Изучение конспекта лекции в тот же день, после лекции – 10-15 минут.
Изучение конспекта лекции за день перед следующей лекцией – 10-15 минут. Изучение теоретического материала поучебнику и конспекту – 1 час в неделю. Подготовка к практическому занятию – 2 час.
Всего в неделю – 3 часа 30 минут.
2. Описание последовательности действий студента:
Для понимания материала и качественного его усвоения рекомендуется следующая последовательность действий:
После прослушивания лекции и окончания учебных занятий, при подготовке к занятиям следующего дня, нужно сначала просмотреть и обдумать текст лекции, прослушанной сегодня (10-15 минут).
При подготовке к лекции следующего дня, нужно просмотреть текст предыдущей лекции, подумать о том, какая может быть тема следующей лекции (10-15 минут).
В течение недели выбрать время (1-час) для работы с рекомендуемой литературой в библиотеке.
При подготовке к практическим занятиям следующего дня, необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме домашнего задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи.
3. Рекомендации по использованию материалов учебно-методического комплекса. Рекомендуется использовать методические указания по курсу и текст лекций преподавателя.
4. Рекомендации по работе с литературой:
Теоретический материал курса становится более понятным, когда дополнительно к прослушиванию лекции и изучению конспекта, изучаются и книги. Легче освоить курс, придерживаясь одного учебника и конспекта. Рекомендуется, кроме «заучивания» материала, добиться состояния понимания изучаемой темы дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько простых упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф?, какие новые понятия введены, каков их смысл?, что даст это на практике?.
5. Советы по подготовке к рубежному и промежуточному контролю:
Дополнительно к изучению конспектов лекции необходимо пользоваться учебником. Кроме «заучивания» материала, очень важно добиться состояния понимания изучаемых тем дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф?, какие новые понятия введены, каков их смысл?, что даст это на практике?.

При подготовке к промежуточному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно решить несколько типовых задач из каждой темы. При решении задач всегда необходимо уметь качественно интерпретировать итог решения.

6. Указания по организации работы по выполнению домашних заданий. При выполнении домашних заданий необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи, а затем приступить к расчетам и сделать качественный вывод.

7. При подготовке к промежуточному и рубежному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно выполнить несколько типовых заданий.

8. Отработки пропущенных занятий:

Контроль над усвоением студентами материала учебной программы дисциплины осуществляется систематически преподавателем кафедры и отражается в журнале преподавателя и в баллах. Студент, получивший неудовлетворительную оценку по текущему материалу, обязан подготовить данный раздел и ответить по нему преподавателю на индивидуальном собеседовании.

Пропущенная без уважительных причин лекция должна быть отработана методом устного опроса лектором или подготовки реферата по материалам пропущенной лекции в течение месяца со дня пропуска. Возможны и другие методы отработки пропущенных лекций (опрос на практических, тестовый контроль и т.д.). Отработка практических занятий.

- Каждое занятие, пропущенное студентом без уважительной причины, отрабатывается в обязательном порядке. Отработки проводятся по расписанию кафедры, согласованному с деканатом.
- Пропущенные занятия должны быть отработаны в течение 10 дней со дня пропуска. Пропущенные студентом без уважительной причины семинарские занятия отрабатываются не более одного занятия в день. Пропущенные занятия по уважительной причине (по болезни, пропуски с разрешения деканата) отрабатываются по тематическому материалу без учета часов.
- Студент, не отработавший пропуск в установленные сроки, допускается к очередным занятиям только при наличии разрешения декана или его заместителя в письменной форме. Не разрешается устранение от очередного семинарского занятия студентов, слабо подготовленных к данным занятиям.
- Для студентов, пропустивших семинарские занятия из-за длительной болезни, отработка должна проводиться после разрешения деканата по индивидуальному графику, согласованному с кафедрой.
- В исключительных случаях (участие в межвузовских конференциях, соревнованиях, олимпиадах, дежурство и др.) декан и его заместитель по согласованию с кафедрой могут освобождать студентов от отработок некоторых пропущенных занятий.

ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ КУРАЦИИ ПАЦИЕНТКИ.

1.Теоретическая подготовка к курации пациентки (ознакомление с тематикой больного).

2.Распределение пациенток среди студентов.

3.Установление доверительного контакта с пациенткой.

5.Сбор жалоб и анамнеза болезни и жизни пациентки.

6.Осмотр и обследование  по системам внутренних органов.

7.Осмотр и описание клинического статуса.
8.Постановка предварительного диагноза.
9.Сбор лабораторных данных исследования.
10.Проведение дифференциального диагноза.
11.Постановка клинического диагноза.
12.Определение тактики предполагаемого ведения пациентки.
13.Написание дневников, этапного или выписного эпикриза в в учебной истории больного.
14.Краткое резюме по этиологии, патогенезу, клинике и лечению по современным данным литературных источников.
15.Обсуждение учебной истории болезни в группе среди студентов и с преподавателем кафедры.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ.

Студент заполняет историю болезни согласно указанной схеме:
1. Общие сведения о пациентке;
2. Жалобы.
3. Анамнез болезни (anamnesis mobi).
4. Анамнез жизни (namnesis vitae).
5. Объективное исследование.
6. Травматологический (ортопедический) статус.
7. Предварительный диагноз с обоснованием.
8. Лабораторные, инструментальные и дополнительные методы исследования.
9. Клинический диагноз.
10. Обоснование клинического диагноза.
11. Лечение.
12. Дневник.
13. Эпикриз.
14. Использованная литература.

ДОКЛАД С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ. Правила подготовки и написание:

Устное выступление - доклад должен представлять собой не пересказ чужих мыслей, а попытку самостоятельной проблематизации и концептуализации определенной, достаточно узкой и конкретной темы. Все имеющиеся в работе сноски тщательно выверяются и снабжаются «адресами». Недопустимо включать в свою работу выдержки из работ других авторов без указания на это, пересказывать чужую работу близко к тексту без отсылки к ней, использовать чужие идеи без указания первоисточника. Это касается и источников, найденных в Интернете. Необходимо указывать полный адрес сайта.

Все случаи плагиата должны быть исключены. В конце работы дается исчерпывающий список всех использованных источников.

Подготовка доклада к занятию.

Основные этапы подготовки доклада:

•выбор темы;
•консультация преподавателя;
•подготовка плана доклада;
•работа с источниками и литературой, сбор материала;
•написание текста доклада;
•оформление рукописи и предоставление ее преподавателю до начала доклада, что определяет готовность студента к выступлению;

•выступление с докладом, ответы на вопросы.

Тематика доклада предлагается преподавателем в ФОС.

Мультимедийные презентации - вид самостоятельной работы студентов по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint. Этот вид работы требует координации навыков студента по сбору, систематизации, переработке информации, оформления её в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. То есть создание материаловпрезентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у студентов навыки работы на компьютере.

Материалы-презентации готовятся студентом в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Требование к студентам по подготовке презентации и ее защите на занятиях в виде доклада.

1. Тема презентации выбирается студентом из предложенного списка ФОС и должна быть согласованна с преподавателем и соответствовать теме занятия.

2. Этапы подготовки презентации

Составление плана презентации (постановка задачи; цели данной работы)

Продумывание каждого слайда (на первых порах это можно делать вручную на бумаге), при этом важно ответить на вопросы:

- как идея этого слайда раскрывает основную идею всей презентации?
- что будет на слайде?
- что будет говориться?
- как будет сделан переход к следующему слайду?

3. Изготовление презентации с помощью MS PowerPoint:

- Имеет смысл быть аккуратным. Неряшливо сделанные слайды (разнобой в шрифтах и отступах, опечатки, типографические ошибки) вызывают подозрение, что и к содержательным вопросам студент - докладчик подошёл спустя рукава.
- Титульная страница необходима, чтобы представить аудитории Вас и тему Вашего доклада.
- Количество слайдов не более 30.
- Оптимальное число строк на слайде — от 6 до 11.
- Распространённая ошибка — читать слайд дословно. Лучше всего, если на слайде будет написана подробная информация, а словами будет рассказываться их содержательный смысл. Информация на слайде может быть более формальной и строго изложенной, чем в речи.
- Оптимальная скорость переключения — один слайд за 1–2 минуты.
- Приветствуется в презентации использовать больше рисунков, картинок, формул, графиков, таблиц. Можно использовать эффекты анимации.
- При объяснении таблиц необходимо говорить, чему соответствуют строки, а чему — столбцы.
- Вводите только те обозначения и понятия, без которых понимание основных идей доклада невозможно.
- В коротком выступлении нельзя повторять одну и ту же мысль, пусть даже другими словами — время дорого.
- Последний слайд с выводами в коротких презентациях проговаривать не надо.

- Основной шрифт в тексте и формулах рекомендуется изменить на Arial или ему подобный; шрифт Times плохо смотрится издалека. Обязательно установите в MathType основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте.

4. Студент обязан подготовить и выступить с докладом в строго отведенное время преподавателем, и в срок.

5. Инструкция докладчикам.

- сообщать новую информацию;
- использовать технические средства;
- знать и хорошо ориентироваться в теме всей презентации;
- уметь дискутировать и быстро отвечать на вопросы;
- четко выполнять установленный регламент: докладчик - 10 мин.; дискуссия - 5 мин.;

Необходимо помнить, что выступление состоит из трех частей: вступление, основная часть и заключение.

Вступление помогает обеспечить успех выступления по любой тематике. Вступление должно содержать:

- название презентации;
- сообщение основной идеи;
- современную оценку предмета изложения;
- краткое перечисление рассматриваемых вопросов;
- живую интересную форму изложения;

Основная часть, в которой выступающий должен глубоко раскрыть суть затронутой темы, обычно строится по принципу отчета. Задача основной части - представить достаточно данных для того, чтобы слушатели и

заинтересовались темой и захотели ознакомиться с материалами. При этом логическая структура теоретического блока не должны даваться без наглядных пособий, аудио - визуальных и визуальных материалов. Заключение – это ясное четкое обобщение и краткие выводы, которых всегда ждут слушатели.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К НАПИСАНИЮ ТЕСТОВ:

1. В одном тестовом задании 100 закрытых вопросов.
2. К вопросам даются готовые ответы на выбор, один из которых правильный и остальные неправильные.
3. За каждый правильный ответ – 1 балл.
4. Общая оценка определяется как сумма набранных процентов.
5. Набранное количество процентов переводится в баллы.

ЭТАЛОННЫЙ ВАРИАНТ ТЕСТА:

Для нормализации обменных процессов у плода и стимуляции окислительных реакций цикла Кребса применяют:

1. глюкозу (5-10%) раствор с инсулином
2. токолитики
3. спазмолитики
4. седативные препараты
5. все перечисленное.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА ПО АКУШЕРСТВУ. ЭТАЛОННЫЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА.

УСЛОВИЕ: В роддом поступила первородящая 24 лет. В течение нескольких дней-головная боль, плохое самочувствие. До появления жалоб чувствовала себя здоровой. При осмотре: отеки нижних конечностей и передней брюшной стенки. При кипячении мочи-

большой хлопьевидный осадок. Артериальное давление 180/100 мм. рт. ст. Наружное исследование: тазовое предлежание, схватки через 4-5 минут, с/б плода слева, выше пупка, 140 уд. в минуту. Размеры таза: 25-28-31-20см. Влагалищное исследование: открытие полное, плодный пузырь цел, слева и спереди прощупывается левая ножка. Задняя поверхность лона и крестцовая впадина свободны. При проведении влагалищного исследования появились судороги, продолжавшиеся 3-4 мин., с потерей сознания.

1) Оцените состояние роженицы при поступлении.
2) Определите период родов.
3) О чем свидетельствует наличие плодного пузыря на данный момент родов?
4) Причина, спровоцировавшая судороги?
5) Какова тактика врача?

ОТВЕТЫ:

1) Эклампсия.
2) II период родов.
3) О физиологическом течении I периода родов.
4) Влагалищное исследование без ингаляционного наркоза.
5) Кесарево сечение.

Исходный уровень знаний студентов определяется тестированием и обязательным устным собеседованием, текущий контроль усвоения предмета определяется устным опросом в ходе практических занятий во время клинических разборов, при решении типовых ситуационных задач и модулей.

В конце цикла предусматривается проведение тестового контроля по всем пройденным темам в сочетании с устным собеседованием. Итоговый контроль включает в себя:

- собеседование по теоретическим вопросам;
- контроль практических умений и навыков;
- решение ситуационных задач.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ

При явке на диференцированный зачет или экзамен студенты обязаны иметь при себе зачётные книжки, которые они предъявляют экзаменатору в начале экзамена.

На промежуточном контроле студент должен верно ответить на теоретические вопросы билета и выполнить ситуационные задания.

Студенты могут использовать технические средства, справочно-нормативную литературу, наглядные пособия,учебные рограммы.

Оценка промежуточного контроля:

- min 20 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы студент правильно формулирует основные понятия)
- 20-25 баллов – Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ(в случае, если студент правильно формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению)
- 25-30 баллов - Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае полного выполнения контрольного задания).

Вопросы по акушерству включены в Итоговую государственную аттестацию выпускников.