Гинекология 9 семестр

	Контрацепция	
1.	Основным механизмом действия комбинированных оральных контрацептивов является:	
1.	нарушение транспорта плодного яйца в матку	
2.	подавление роста фолликула и овуляции	
3.	нарушение имплантации	
4.	нарушение проникновение сперматозоидов в яйцеклетку	
2.	Какой метод контрацепции Вы порекомендуете при частой смене половых партнеров:	
1.	внутриматочные контрацептивы	
2.	оральные контрацептивы	
3.	ритмический метод	
4.	презерватив	
3.	Риск развития заболеваний, передающихся половым путем, уменьшается при использовании:	
1.	КОК	
2.	внутриматочных контрацептивов	
3.	презервативов	
4.	хирургической стерилизации	
4.	Наименее эффективным средством контрацепции из указанных является:	
1.	гормональный	
2.	внутриматочный	
3.	использование спермицидов	
4.	хирургический	
5.	Какое из перечисленных средств контрацепции наиболее всего подходит для подростков:	
1.	комбинированные оральные контрацептивы	
2.	внутриматочная контрацепция	
3.	хирургическая стерилизация	
4.	ритмический метод	
5.	Мини-пили	
6.	При использовании комбинированных оральных контрацептивов повышается риск возникновения	
1.	воспалительных заболеваний придатков матки	
2.	венозных тромбозов	
3.	язвы желудка	
4.	рака тела матки	
7.	Подходящий метод контрацепции в период лактации	
1.	спермициды	
2.	комбинированные оральные контрацептивы	
3.	естественные методы контрацепции	
4.	оральные гестагены (мини-пили)	
8.	Осложнением внутриматочной контрацепции является	
1.	дисплазия шейки матки	

2.	воспалительные заболевания органов малого таза	
3.	нарушение овуляции	
4.	рак эндометрия	
5.	эндометриоз	
9.	Гормональные препараты для экстренной контрацепции должны быть приняты	
1.	не позднее 24 ч после незащищенного полового акта	
2.	не позднее 48 ч после незащищенного полового акта	
3.	не позднее 72 ч после незащищенного полового акта	
4.	не позднее 96 ч после незащищенного полового акта	
10.	К осложнениям при использовании внутриматочных контрацептивов относятся: (3)	
1.	межменструальные кровотечения	
2.	возникновение рака эндометрия	
3.	обильные менструальные кровотечения	
4.	болезненные менструации	
11.	К побочным действиям эстроген-гестагенных гормональных контрацептивов относятся: (3)	
1.	артериальная гипертензия	
2.	головные боли, мигрень	
3.	воспалительные заболевания матки и придатков	
4.	тромбозы, тромбоэмболии	
12.	Назначение комбинированных оральных контрацептивов противопоказано при: (4)	
1.	выраженном нарушении функции печени	
2.	ревматоидном артрите	
3.	сахарном диабете с сосудистыми осложнениями	
4.	тромбофлебите	
5.	выраженном ожирении	
6.	фиброзно-кистозной мастопатии	
13.	Комбинированные оральные контрацептивы используются для лечения: (3)	
1.	эндометриоза	
2.	дисплазии шейки матки	
3.	СПКЯ	
4.	бактериального вагиноза	
5.	предменструального синдрома	
14.	Комбинированные эстроген-гестагенные контрацептивы способствуют профилактике рака: (3)	
1.	эндометрия	
2.	шейки матки	
3.	яичников	
4.	толстой кишки	
15.	Что относится к неконтрацептивным преимуществам комбинированной оральной контрацепции? (3)	
1.	профилактика рака шейки матки	
2.	профилактика остеопороза	

3.	профилактика кист яичников	
4.	профилактика воспалительных заболеваний органов малого таза	
16.	Что относится к противопоказаниям при назначении гормональной контрацепции? (3)	
1.	опухоль печени	
2.	длительная иммобилизация	
3.	курение в возрасте старше 35 лет	
4.	мастопатия	
5.	аденомиоз	
17.	Какие средства применяются с целью экстренной контрацепции? (4)	
1.	антипрогестин - мифепристон	
2.	простагландины	
3.	введение внутриматочного контрацептива	
4.	комбинированные оральные контрацептивы	
5.	оральные гестагены	
	Эндометриоз	
1.	Теориями возникновения эндометриоза являются: (3)	
1.	имплантационная	
2.	метапластическая	
3.	эмбриональная	
4.	травматическая	
5.	сосудистая	
2.	По классификации эндометриоз влагалищной части шейки матки относится к:	
1.	наружному генитальному эндометриозу	
2.	внутреннему генитальному эндометриозу	
3.	экстрагенитальномуэндометриозу	
3.	К экстрагенитальномуэндометриозу относится поражение: (2)	
1.	маточных труб	
2.	кишечника	
3.	послеоперационного рубца	
4.	шейки матки	
5.	яичников	
4.	К внутреннему генитальному эндометриозу относится поражение: (3)	
1.	влагалища	
2.	яичников	
3.	тела матки	
4.	интерстициальных отделов маточных труб	
5.	шерешейка матки	
5.	II стадия аденомиоза характеризуется:	
1.	поражение до середины толщины миометрия	
2.	поражение миометрия до серозного покрова	
3.	прорастание базальной мембраны	

4.	вовлечение в патологический процесс висцеральной брюшины покрывающей тело матки	
6.	Клиническими проявлениями аденомиоза могут быть: (3)	
1.	обильные, длительные менструации	
2.	альгоменорея	
3.	бесплодие	
4.	аменорея	
5.	нарушение жирового обмена	
7.	Современный подход к лечению эндометриоза включает комбинацию: (2)	
1.	хирургического метода	
2.	гормономодулирующей терапии	
3.	лучевой терапии	
4.	химиотерапии	
8.	С целью патогенетического лечения эндометриоза используются: (3)	
1.	прогестагены	
2.	КОК	
3.	агонисты ГнРг	
4.	эстрогены	
5.	НПВС	
9.	Какой онкомаркер может повышаться при эндометриозе?	
1.	СА 125	
2.	СА 19-9	
3.	СА 15-3	
4.	ПСА	
5.	НЕ 4	
10.	При эндометриозе болевой синдром наиболее выражен:	
1.	в первые дни менструации	
2.	в конце второй фазы цикла	
3.	в середине менструального цикла	
11.	Наиболее информативными методами диагностики аденомиоза являются: (3)	
1.	УЗИ органов малого таза	
2.	МРТ малого таза	
3.	гистероскопия, РДВ слизистой матки	
4.	двуручное исследование	
5.	биопсия эндометрия	
6.	кольпоскопия	
12.	Основной метод диагностики эндометриоза маточных труб:	
1.	гидросонография	
2.	гистероскопия	
3.	лапароскопия	
4.	кольпоскопия	

13.	Эндометриоидные кисты яичников по данным УЗИ органов малого таза характеризуются:	
1.	анэхогенным содержимым	
2.	гипоэхогенным содержимым с мелкодисперсной взвесью	
3.	геперэхогеннойэхоструктурой	
14.	Достаточным объемом оперативного вмешательства у пациентки репродуктивного периода с эндометриоидной кистой яичника до 4 см при наличии неизмененной ткани яичника по УЗИ является:	
1.	лапароскопия, аднексэктомия	
2.	лапароскопия, кистэктомия	
3.	лапароскопия, овариоэктомия	
4.	лапароскопия, надвлагалищная ампутация матки с пораженными придатками	
15.	Целью лечения эндометриоза является: (3)	
1.	уменьшение выраженности болевого синдрома	
2.	устранение нарушений менструальной функции	
3.	наступление спонтанной беременности у пациенток с бесплодием	
4.	наступление стойкой аменореи	
16.	Эндометриоз послеоперационного рубца относится к:	
1.	внутреннему эндометриозу	
2.	генитальному эндометриозу	
3.	экстрагенитальномуэндометриозу	
4.	наружному эндометриозу	
	Патология эндометрия	
1.	Электрохирургическую парциальную резекцию эндометрия целесообразно применять при лечении:	
1.	полипов эндометрия в любом возрастном периоде жизни женщины	
2.	рака эндометрия	
3.	кровотечения в постменопаузе на фоне атрофии эндометрия	
4.	атипической гиперплазии эндометрия в пре- и постменопаузе	
2.	Для лечения гиперплазии эндометрия в репродуктивном периоде не используют:	
1.	аблацию эндометрия	
2.	гормонотерапию гестагенами	
3.	гормонсодержащую внутриматочную систему(ВМС)	
4.	КОК	
3.	Для диагностики гиперпластических процессов эндометрия целесообразно использовать:	
1.	гистероскопию и РДВ слизистой матки	
2.	радиоизотопное исследование	
3.	МРТ малого таза	
4.	гидросонографию или метросальпингографию	
4.	Характерными клиническими проявлениями гиперплазии и полипов эндометрия в постменопаузе являются:	
1.	кровяные выделения из половых путей	
2.	боли внизу живота	

3.	зуд и жжение в области промежности, влагалища	
4.	гнойные выделения из половых путей, гипертермия	
5.	К гиперпластическим процессам эндометрия не относится:	
1.	эндометриоз матки	
2.	эндометриальная гиперплазия	
3.	атипическая гиперплазия эндометрия	
4.	полипы эндометрия	
6.	Больным с атипической гиперплазией эндометрия в пре- и постменопаузе показано лечение:	
1.	аблация эндометрия	
2.	гормонотерапия агонистами ГнРГ	
3.	гистерэктомия с придатками	
4.	эмболизация маточных артерий	
7.	Больным с кровотечением из половых путей в постменопаузе показано:	
1.	гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание слизистой матки	
2.	гормонотерапия агонистами ГнРГ	
3.	гистерэктомия с придатками	
4.	эмболизация маточных артерий	
8.	Наиболее информативным методом диагностики гиперпластических процессов эндометрия является:	
1.	гидросонография	
2.	гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание слизистой матки	
3.	МРТ малого таза	
4.	трансвагинальнаяэхография	
9.	Нехарактерным для рака эндометрия в постменопаузе является:	
1.	зхографические признаки патологического м-эхо – утолщенное свыше 4 мм, неоднородная структура, нечеткие контуры	
2.	при гистероскопии в полости матки определяются железистые разрастания, распадающиеся под током жидкости	
3.	кровяные выделение из половых путей	
4.	тонкий атрофичный эндометрий по данным УЗИ и гистероскопии	
10.	У пациентки с рецидивирущей гиперплазией эндометрия патогенетически значимым источником патологической гормонопродукции может быть:	
1.	зрелая тератома яичника	
2.	активный (горячий) узел щитовидной железы	
3.	текома яичника	
4.	параовариальная киста	
11.	Гормонотерапия гестагенами показана при следующей патологии эндометрия: (2)	
1.	простой эндометриальной гиперплазии	
2.	хроническом эндометрите	
3.	железистом полипе эндометрия	
4.	при недифференцированном раке эндометрия (второй этап лечения после гистерэктомии)	

12.	При атипической гиперплазии эндометрия у пациентки репродуктивного периода, заинтересованной в деторождении целесообразно: (2)	
1.	произвести экстирпацию матки с придатками	
2.	гормонотерапия	
3.	тотальная аблация эндометрия	
4.	введение гормонсодержащей ВМК (с левоноргестрелом)	
13.	Диагноз атипической гиперплазии в постменопаузе можно поставить: (2)	
1.	по данным КТ и МРТ малого таза	
2.	при аспирационной биопсии эндометрия	
3.	при гидросонографии	
4.	при гистологическом исследовании соскоба слизистой матки	
5.	при цитологическом исследовании мазков шейки матки	
14.	При кровотечении в постменопаузе показана: (2)	
1.	гемостатическая терапия	
2.	гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание слизистой матки	
3.	эхография с последующей гистероскопией и раздельным диагностическим выскабливаним слизистой матки	
4.	гидросонография	
5.	аблация эндометрия	
15.	Для диагностики рака эндометрия неинформативны методы исследования: (2)	
1.	гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание слизистой матки	
2.	определение онкомаркеров крови- СА-125, НЕ-4	
3.	цитологическое исследовании мазков шейки матки	
4.	аспирационная биопсия эндометрия	
16.	В патогенезе гиперпластических процессов эндометрия играют роль: (2)	
1.	ожирение	
2.	тиреотоксикоз	
3.	миома матки	
4.	наследственная отягощенность по раку эндометрия и молочной железы	
5.	болезни трофобласта в анамнезе	
17.	Какие группы препаратов используют в лечении гиперпластических процессов эндометрия? (3)	
1.	гестагены	
2.	агонисты ГнРГ	
3.	эстроген-гестагенные (КОК)	
4.	андрогены	
5.	эстрогены	
	Аномальное маточное кровотечение	
1.	АМК без органических изменений - COEIN возникают при: (3)	
1.	коагулопатиях	
2.	овуляторные дисфункции	
3.	полипе эндометрия	
4.	ятрогенных изменениях	

5.	аденомиозе	
2.	АМК может быть обусловлено:	
1.	нарушенной внематочной беременностью	
2.	эрозией шейки матки	
3.	воспалительным процессом эндометрия	
4.	субмукозной миомой матки	
3.	Для персистенции фолликула характерна:	
1.	абсолютная гиперэстрогения	
2.	относительная гиперэстрогения	
3.	гипоэстрогения	
4.	гиперандрогения	
4.	АМК без нарушения овуляции возникает на фоне:	
1.	кратковременной ритмической персистенции фолликула	
2.	длительной персистенции фолликула	
3.	атрезии фолликулов	
4.	персистенции желтого тела	
5.	Основным методом остановки и лечения АМК в пременопаузальном периоде является:	
1.	применение эстроген-гестагенных препаратов	
2.	гистероскопия, РДВ слизистой матки и цервикального канала с гистологическим исследованием соскобов	
3.	введение кровоостанавливающих и сокращающих матку препаратов	
4.	гормональный гемостаз	
6.	Тактика ведения больной с АМК пубертатного периода:	
1.	комплексная терапия (гемостатическая, антианемическая, сокращающая) при неэффективности – гормональный гемостаз	
2.	раздельное диагностическое выскабливание слизистой матки и цервикального канала	
3.	аблация эндометрия	
4.	антианемическая терапия	
7.	К параметрам нормального менструального цикла относятся:(3)	
1.	длительность менструации 3 – 7 дней	
2.	длительность менструального цикла 21 – 35 дней	
3.	объем кровопотери до 80 мл	
4.	длительность менструации 4–5 дней	
5.	длительность менструального цикла 23 – 45 дней	
6.	объем кровопотери 100-150 мл	
8.	АМК при структурных изменениях – PALM возникают при следующих патологических состояниях: (4)	
1.	полип эндометрия	
2.	субмукозная миома матки	
3.	гиперплазия/малигнизация эндометрия	
4.	аденомиоз	
5.	коагулопатиях	

9.	Наиболее информативный метод для определения причины АМК - PALM у женщин репродуктивного возраста:	
1.	тесты функциональной диагностики	
2.	взятие аспирата из полости матки	
3.	гормональный скрининг	
4.	лапароскопия	
5.	УЗИ органов малого таза, гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание слизистой матки с гистологическим исследованием соскобов	
10.	Для атрезии фолликуллов характерна:	
1.	абсолютная гиперэстрогения	
2.	относительная гиперэстрогения	
3.	гиперпрогестеронемия	
4.	гиперандрогения	
11.	К причинам нарушения функций эндометрия (АМК-Е) по классификации PALM – COEIN относятся:	
1.	нарушение рецепции и ангиогенеза	
2.	увеличение локального синтеза простагландина Е2, простациклина I2 и эндотелина – 1	
3.	ускоренный лизис образующихся во время менструации сгустков крови в результате избыточной продукции активатора плазминогена	
4.	все перечисленное	
12.	Для проведения гормонального гемостаза преимущественно используются:	
1.	антагонисты гонадотропных гормонов	
2.	монофазные КОК	
3.	а-ГнРГ	
4.	андрогены	
13.	Для профилактики рецидивов АМК у подростков не применяется:	
1.	циклическая гормонотерапия	
2.	КОК	
3.	аблация эндометрия	
4.	циклическая витаминотерапия	
5.	психотерапия и фитопрепараты	
14.	Для консервативного негормонального лечения АМК - COEIN препаратом 1-й линии является:	
1.	окситоцин	
2.	НПВС	
3.	транексамовая кислота	
4.	аминокапроновая кислота	
5.	этамзилат натрия	
15.	Органосохраняющий метод лечения АМК - аблация эндометрия не показан при:	
1.	рецидивирующих пролиферативных процессах эндометрия	
3.	при раке эндометрия	
4.	наличии у пациентки коагулопатии	
5.	отсутствии эффекта от гормонотерапии	

2.	наличии противопоказаний к гормонотерапии	
16.	Гистерэктомия для лечения АМК показана:	
1.	при выявлении атипической гиперплазии эндометрия	
2.	при неэффективности гормонотерапии	
3.	при неэффективности малоинвазивных хирургических методов	
4.	все	
17.	Пациентка 45 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на умеренные кровяные выделения из половых путей, которые появились после задержки очередной менструации на 1,5 мес. При гинекологическом осмотре: шейка матки не эрозирована, матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная, придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненные, своды глубокие. Тест на в-ХГЧ отрицательный. Наиболее вероятный диагноз:	
1.	прерывающаяся маточная беременность	
2.	овуляторная дисфункция	
3.	нарушения коагуляции	
4.	аденомиоз	
5.	миома матки	
18.	Пациентка, 30 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на длительные обильные менструации. Менструальный цикл регулярный, 28 дней. По данным УЗИ малого таза на 8 день цикла: тело матки 60х55х52 структура миометрия неоднородная за счет гиперэхогенного образования по передней стенке, в средней трети, округлой формы до 35 мм в диаметре с четкими контурами, деформирующий полость матки. М-эхо 5 мм. Яичники с обеих сторон нормальной величины, шейка матки без особенностей. Какой диагноз наиболее вероятен?	
1.	АМК: коагулопатия	
2.	АМК: овуляторная дисфункция	
3.	АМК: субмукозный узел	
4.	АМК: гиперплазия эндометрия	
5.	АМК: аденомиоз	
19.	Пациентка 37 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на обильные кровяные выделения из половых путей в течение 14 дней. Кровотечение появилось на 12-й день менструального цикла. В анамнезе 3 срочных родов и 5 абортов. По УЗИ: тело матки нормальных размеров, миометрий однородный, М-эхо 8 мм неоднородное, в правом яичнике гипоэхогенное включение до 25 мм. Какой диагноз наиболее вероятен?	
1.	АМК: коагулопатия	
2.	АМК: овуляторная дисфункция	
3.	АМК: полип эндометрия	
4.	АМК: аденомиоз	
5.	АМК: миома матки	
20.	Пациентка, 32 года, обратилась к гинекологу с жалобами на обильные менструации. Менструальный цикл регулярный, 26–28 дней. При УЗИ органов малого таза на 6-й день менструального цикла: тело матки расположено в retroflexio, нормальных размеров, структура миометрия однородная, М-эхо — 5,5 мм, неоднородное, в верхней трети полости матки визуализируется образование размером 8×9 мм. Какой диагноз наиболее вероятен?	
1.	АМК: коагулопатия	
2.	АМК: овуляторная дисфункция	
3.	АМК: эндометриальное	
4.	АМК: полип эндометрия	

5.	АМК: аденомиоз	
	Воспалительные заболевания женских половых органов	
1.	При разрыве гнойного тубоовариального образования показано:	
1.	только консервативная антибактериальная терапия	
2.	пункция брюшной полости, эвакуация гнойного содержимого	
3.	только иммуностимулирующая терапия	
4.	хирургическое лечение с удалением гнойного очага	
2.	Половой путь передачи инфекции характерен для всех заболеваний, кроме:	
1.	генитального хламидиоза	
2.	генитального туберкулеза	
3.	трихомониаза	
4.	гонореи	
3.	Нормальная среда влагалища поддерживается всеми перечисленными факторами, кроме:	
1.	pH 3,8-4,5	
2.	палочек Додерляйна	
3.	эстрогенов	
4.	E. coli	
4.	Все следующие факторы повышают риск развития воспаления органов малого таза, кроме:	
1.	раннего начала половой жизни	
2.	бактериального вагиноза	
3.	применения оральных контрацептивов	
4.	введения внутриматочного контрацептива	
5.	Творожистые выделения из влагалища характерны для:	
1.	хламидийной инфекции	
2.	гонореи	
3.	микотического поражения	
4.	трихомониаза	
6.	Все перечисленные мероприятия могут помочь в установлении диагноза острого воспалительного заболевания придатков матки, кроме:	
1.	гистеросальпингографии	
2.	узи органов малого таза	
3.	лапароскопии	
4.	пункции брюшной полости через задний свод влагалища	
7.	Для гонококка характерно все, кроме:	
1.	внутриклеточного расположения	
2.	положительного окрашивания по Граму	
3.	тропности к цилиндрическому эпителию	
4.	бобовидной формы	
8.	Реже при туберкулезе гениталий поражается:	
1.	шейка матки	

2.	эндометрий	
3.	маточные трубы	
4.	яичники	
9.	Какой симптом не характерен для восходящей гонореи:	
1.	высокая температура	
2.	желтуха	
3.	лейкоцитоз в крови	
4.	боли в животе	
10.	Какую манипуляцию нельзя проводить при эндомиометрите:	
1.	введение ВМК	
2.	гистероскопию	
3.	удаление некротизированного полипа	
4.	удаление остатков плодного яйца	
11.	Какой из перечисленных критериев не относится к критериям Амселя:	
1.	обильная кокковая флора при микроскопии влагалищного мазка	
2.	pH вагинального содержимого более 4,5	
3.	тест с КОН	
4.	наличие «ключевых клеток» в мазке из влагалища	
12.	Границей нижнего и верхнего отделов полового тракта является:	
1.	девственная плева	
2.	влагалище	
3.	наружный зев	
4.	внутренний зев	
13.	В отношении каких возбудителей должна быть эффективна эмпирическая антибактериальная терапия при ВЗОМТ:	
1.	анаэробной инфекции	
2.	стафилококковой, стрептококковой инфекции, кишечной палочки	
3.	гонококковой, хламидийной, микоплазменной инфекции (Mycoplasmagenitalium), анаэробов	
4.	всех видов инфекции	
14.	Длительность антибактериальной терапии при острых ВЗОМТ должна быть не менее:	
1.	7 дней	
2.	10 дней	
3.	14 дней	
4.	определяется состоянием пациентки	
15.	Нормальным представителем микробиоты влагалища не является	
1.	Gardnerella vaginalis	
2.	Mycoplasma hominis	
3.	Mycoplasma genitalium	
4.	Escherichiacoli	

16.	Наиболее чувствительный метод выявления гонококка из перечисленных:	
1.	микроскопия мазка на флору с окраской по Граму	
2.	исследование крови на антитела к гонококку	
3.	посев на искусственную питательную среду	
4.	ПЦР	
17.	Наиболее информативный метод выявления трихомонады из перечисленных:	
1.	микроскопия нативного препарата	
2.	микроскопия окрашенного мазка	
3.	посев на питательные среды	
4.	ПИФ	
18.	Что не относится к воспалительным заболеваниям органов малого таза у женщин	
1.	цервицит	
2.	сальпингит	
3.	пельвиоперитонит	
4.	параметрит	
19.	К воспалительным процессам наружных половых органов относится	
1.	вульвит	
2.	вагинит	
3.	экзоцервицит	
4.	эндоцервицит	
20.	Какая инфекция относится к инфекциям, передаваемым половым путем	
1.	Gardnerella vaginalis	
2.	Candida albicans	
3.	Mycoplasma hominis	
4.	Chlamydia trachomatis	
21.	Защитные свойства влагалища не обусловлены	
1.	Продукцией лактобациллами перекиси водорода	
2.	Высокой адгезией лактобацилл к эпителиоцитамвлагалиша	
3.	Щелочной реакцией влагалищного содержимого	
4.	Большим количеством гликогена в клетках влагалища	
22.	Какую манипуляцию нельзя проводить при эндомиометрите	
1.	гистероскопию	
2.	гистеросонографию	
3.	удаление некротизированного полипа	
4.	удаление остатков плодного яйца	
23.	Что невозможно оценить при микроскопии мазка из влагалища	
1.	количество лейкоцитов	
2.	количество гарднерелл	
3.	наличие «ключевых» клеток	
4.	количество клеток влагалищного эпителия	

	Острый живот в гинекологии	
1.	Клиникой «острого живота» проявляется:	
1.	прогрессирующая трубная беременность	
2.	прервавшаяся трубная беременность	
3.	эрозированныйэктропион	
4.	лейкоплакия шейки матки	
2.	К внутрибрюшному кровотечению могут привести все заболевания кроме:	
1.	трубная беременность	
2.	апоплексия яичника	
3.	некроз миоматозного узла	
4.	перфорация матки	
3.	При подозрении на трубную беременность, нарушенную по типу трубного аборта, без признаков геморрагического шока, показано:	
1.	операция в экстренном порядке лапароскопическим доступом	
2.	операцию можно провести в отсроченном порядке	
3.	динамическое наблюдение, спазмолитическая терапия в условиях стационара	
4.	все перечисленное	
5.	ничего из перечисленного	
4.	При трубной беременности с разрывом маточной трубы и признаками геморрагического шока 2 стадии показано:	
1.	госпитализация в реанимационное отделение, гемотрансфузия эритромассы и плазмы крови	
2.	лапаротомия, тубэктомия, санация брюшной полости, реинфузияэритромассы в экстренном порядке	
3.	лапаротомия, тубэктомия, санация брюшной полости в отсроченном порядке после инфузионной терапии в реанимационном отделении и подготовки больной	
4.	лапароскопия, тубэктомия, санация брюшной полости в экстренном порядке	
5.	Источником кровотечения при апоплексии яичника может являться:	
1.	желтое тело	
2.	фолликулярная киста яичника	
3.	киста желтого тела	
4.	все перечисленное	
5.	ничто из перечисленного	
6.	Наиболее информативным методом диагностики внематочной беременности является:	
1.	определение хорионического гонадотропина в крови и в моче	
2.	трансвагинальнаяэхография	
3.	пункция брюшной полости через задний свод влагалища	
4.	лапароскопия	
7.	Что НЕ ВХОДИТ в понятие хирургической ножки перекрута образования яичника?	
1.	круглые связки	
2.	подвешивающая (воронко-тазовая) связка	
3.	собственная связка яичника	
4.	маточная труба	

8.	Клиническими проявлениями разрыва маточной трубы при трубной беременности являются: (3)	
1.	внезапный приступ боли в подвздошной области справа или слева	
2.	иррадиация болей в задний проход	
3.	головокружение, потеря сознания	
4.	длительные кровяные выделения из половых путей	
5.	повышение температуры тела до 38°С	
9.	При апоплексии яичника с внутрибрюшным кровотечением (150-200мл), выявленном по данным УЗИ органов малого таза показано:	
1.	лапаротомия, ушивание яичника	
2.	лапароскопия, коагуляция сосудов в месте разрыва яичника	
3.	лапаротомия, резекция яичника	
4.	лапароскопия, удаление придатков матки на стороне поражения	
10.	При перекруте придатков матки с явлениями некроза в яичнике и маточной трубе производится:	
1.	надвлагалищная ампутация матки с придатками	
2.	раскручивание придатков, резекция яичника в пределах здоровых тканей	
3.	аднексэктомия без раскручивания	
4.	консервативная противовоспалительная, антибактериальная терапия, наблюдение	
11.	Пациентка 28 лет обратилась к гинекологу по поводу задержки менструации на 3 недели. По данным УЗИ органов малого таза выявлено: Тело матки 53-41-40 мм, М-эхо 13 мм. Яичник справа 42-40-37 мм с желтым телом до 26 мм в диаметре, справа между маткой и яичником определяется гипоэхогенное образование до 17мм с кровотоком по периферии. Левый яичник 28-34-35мм дольчатого строения. Свободной жидкости в малом тазу нет. Кровь на βХГч – 742 МЕ/мл. Предполагаемый диагноз?	
1.	киста желтого тела правого яичника	
2.	маточная беременность малого срока	
3.	трубная беременность справа, прогрессирующая	
4.	острый аппендицит	
5.	трубная беременность справа, трубный аборт	
12.	Какие объемы оперативного вмешательства можно произвести у пациентки с прогрессирующей трубной беременностью в ампулярном отделе: (3)	
1.	тубэктомия	
2.	milking	
3.	аднексэктомия	
4.	диагностическая лапароскопия	
5.	туботомия	
13.	Что НЕ ВХОДИТ в понятие анатомической ножки перекрута образования яичника?	
1.	брызжейка яичника	
2.	подвешивающая (воронко-тазовая) связка	
3.	собственная связка яичника	
4.	маточная труба	
14.	Пациентке с апоплексией яичника, болевой формой показано:	
1.	лапароскопия, коагуляция места разрыва яичника	

2.	динамическое наблюдение, антибактериальная терапия	
3.	динамическое наблюдение, гемостатическая, спазмолитическая терапия	
4.	диагностическая лапароскопия	
15.	Что такое шоковый индекс?	
1.	отношение диастолического АД к систолическому АД	
2.	отношение систолического АД к частоте сердечных сокращений	
3.	отношение частоты сердечных сокращений к систолическому АД	
4.	отношение частоты сердечных сокращений к диастолическому АД	
16.	Показатель шокового индекса в норме?	
1.	0,1-0,2	
2.	0,9-1,0	
3.	0,5-0,6	
4.	1,2-1,3	
5.	2,1-2,4	
17.	Величина шокового индекса при геморрагическом шоке 1 степени?	
1.	0,1-0,2	
2.	0,9-1,0	
3.	0,5-0,6	
4.	1,2-1,3	
5.	2,1-2,4	
18.	В приемное отделение доставлена больная без сознания, найдена на остановке автобуса. При осмотре t -36,1°С, ЧСС -120 уд в мин, АД – 60/40 мм.рт.ст., кожные покровы и видимые слизистые бледные, живот вздут, напряжен, при перкуссии притупления звука в отлогих местах живота. Предполагаемый диагноз? Тактика ведения?	
1.	кома неясной этиологии, госпитализация в реанимационное отделение	
2.	внутрибрюшное кровотечение, геморрагический шок, экстренная операция	
3.	внутрибрюшное кровотечение, геморрагический шок, инфузионная терапия в	
4.	разлитой гнойный перитонит неясной этиологии, инфузионная, антибактериальная	
19.	Пациентка 22 лет госпитализирована в гинекологическое отделение с диагнозом апоплексия левого яичника, болевая форма. Ночью внезапно проснулась от резких болей внизу живота, которые стали отдавать в прямую кишку. В положении сидя возникло резкое головокружение и слабость. При осмотре: кожные покровы бледные, пульс 110 в мин, АД 100/60 мм.рт.ст. Положение больной вынужденное, полулежа. Живот вздут, болезненный в нижних отделах. Отмечается притупление перкуторного звука в отлогих местах живота. Определите дальнейшую тактику ведения больной.	
1.	показано проведение УЗИ органов малого таза в экстренном порядке	
2.	перевод больной в реанимационное отделение	
3.	оперативное лечение в экстренном порядке	
4.	проведение пункции брюшной полости через задний свод влагалища	
20.	Пациентке 25 лет с клиникой острого живота произведена лапароскопия, выявлен неполный перекрут на 180° неизмененных придатков матки справа без явлений некроза. Какой объем оперативного вмешательства целесообразно произвести?	
1.	аднексэктомию справа без раскручивания	
2.	аднексэктомию справа после раскручивания	

3.	раскручивание придатков, резекцию яичника	
4.	раскручивание придатков, укорочение собственной связки яичника	
5.	овариоэктомию справа	
21.	Какой объем оперативного вмешательства целесообразен у нерожавшей пациентки 34 лет с перекрутом единичного миоматозного узла 7 типа размером до 6 см?	
1.	лапаротомия, миомэктомия	
2.	лапароскопия, надвлагалищная ампутация матки без придатков	
3.	лапаротомия надвлагалищная ампутация матки без придатков	
4.	лапароскопия, миомэктомия	
22.	Какой объем оперативного вмешательства целесообразен у пациентки 49 лет с множественной миомой матки 17-18 недель и некрозом одного из миоматозных узлов (шейка матки без патологических изменений)?	
1.	лапаротомия, миомэктомия	
2.	лапароскопия, надвлагалищная ампутация матки без придатков	
3.	лапаротомия надвлагалищная ампутация матки без придатков	
4.	лапароскопия, миомэктомия	
23.	Профилактика апоплексии яичника включает в себя назначение:	
1.	назначение спазмолитической терапии на 3-6 месяцев	
2.	монофазных эстроген-гестагенных оральных контрацептивов на 3-6 месяцев	
3.	противовоспалительной антибактериальной терапии на 7-10 дней	
4.	агонистов гонадотропного релизинг гормона на 3 цикла	
5.	прогестагенов во вторую фазу менструального цикла на 3-6 месяцев	
24.	Какой объем оперативного вмешательства целесообразен у пациентки с трубной беременностью, нарушенной по типу трубного аборта с кровопотерей 200 мл?	
1.	лапаротомия, тубэктомия	
2.	лапароскопия, тубэктомия, санация брюшной полости	
3.	лапаротомия, резекция маточной трубы, санация брюшной полости	
4.	лапароскопия, тубэктомия, реинфузия крови	
25.	Какой объем оперативного вмешательства целесообразен у пациентки с трубной беременностью, нарушенной по типу трубного аборта с кровопотерей 2000 мл?	
1.	лапароскопия, тубэктомия	
2.	лапароскопия, тубэктомия, санация брюшной полости	
3.	лапаротомия, резекция маточной трубы, санация брюшной полости	
4.	лапаротомия, тубэктомия, санация брюшной полости, реинфузия крови	
	Миома	
1.	Миома матки это:	
1.	доброкачественная, моноклональная, хорошо отграниченная, капсулированная опухоль, происходящая из гладкомышечных клеток шейки или тела матки	
2.	доброкачественная, моноклональная, диффузно расположенная опухоль, происходящая из гладкомышечных клеток шейка или тела матки	
3.	доброкачественная, моноклональная, хорошо отграниченная, капсулированная опухоль, происходящая из эпителиальных клеток	
2.	Симптомы миомы матки могут быть изолированными или в различных сочетаниях:(3)	

1.	АМК	
2.	Нарушения функции смежных органов	
3.	кровотечение из прямой кишки	
4.	Тазовые боли	
5.	Боли в подреберье	
3.	Клиническими проявлениями межмышечной миомы могут быть:	
1.	АМК	
2.	никак себя не проявляют	
3.	нарушение функции соседних органов	
4.	боли в заднем проходе	
5.	все ответы верны	
4.	Тактика ведения при субмукозной миоме матки I типа:	
1.	лапароскопия, миомэктомия	
2.	гистерорезекциясубмукозного узла	
3.	медикаментозная терапия (гемостатическая, сокращающая)	
4.	лапаротомия, миомэктомия	
5.	В каких ситуациях при миоме матки необходимо проведение экстренного оперативного вмешательства? (2)	
1.	спонтанной экспульсии («рождении») подслизистого миоматозного узла	
2.	перекруте ножки миоматозного узла 7 типа	
3.	при неэффективности медикаментозной терапии	
6.	Показания к оперативному лечению при миоме матки: (3)	
1.	миома матки 14 недель беременности	
2.	рост миомы в постменопаузе	
3.	нарушение функций соседних органов	
4.	медленно растущая миома матки 8-9 недель беременности	
5.	бессимптомная миома матки 10-11 недель беременности	
7.	Для субмукозных узлов 0-II типа характерны:	
1.	периодически возникающие схваткообразные боли внизу живота	
2.	аномальные маточные кровотечения	
3.	постгеморрагическая анемия	
4.	все ответы верны	
8.	Какие клинические проявления отмечаются при нарушении питания в миоматозном узле? (4)	
1.	Боли внизу живота	
2.	Повышение температуры тела	
3.	Изменение показателей крови (повышение лейкоцитов, СОЭ)	
4.	Изменение показателей крови (снижение гемоглобина, снижение эритроцитов)	
5.	Сухость во рту	
9.	Недостатками лапароскопического доступа при выполнении миомэктомии миоматозных узлов 4-5 типа являются: (3)	
1.	сложность ушивания мышечного ложа	

2.	Повышенная кровоточивость	
3.	Трудности оценки состояния рубца на матке	
4.	риск разрыва матки по рубцу при беременности	
10.	Методы удаления рождающихся или родившихся подслизистых миоматозных узлов: (2)	
1.	миомэктомия рождающегося субмукозного узла трансцервикальным доступом	
2.	миомрезекция рождающегося субмукозного узла под контролем гистероскопии	
3.	миомэктомиялапаротомическим доступом	
4.	миомэктомиялапароскопическим доступом	
11.	Противопоказания к эмболизации маточных артерий: (3)	
1.	саркома матки	
2.	миома матки 10-11 недель, рецидивирующие АМК, постгеморрагическая анемия	
3.	почечная недостаточность	
4.	быстрый рост миомы матки в постменопаузе	
12.	К узлам субсерозной локализации относят: (2)	
1.	миоматозный узел 3 типа	
2.	миоматозный узел 4 типа	
3.	миоматозный узел 5 типа	
4.	миоматозный узел 6 типа	
13.	Какой доступ используется для выполнения гистерэктомии у пациенток с миомой матки	
1.	лапароскопический	
2.	лапаротомический	
3.	вагинальный	
4.	все ответы верны	
14.	Противопоказанием к проведению ФУЗ-аблации миомы матки относят: (3)	
1.	Миома после ЭМА	
2.	Шеечная миома матки	
3.	Миоматозный узел 7 типа по задней стенке матки	
4.	Миоматозный узел 3 типа по передней стенке матки	
15.	К реконструктивно-пластическим операциям при миоме матки относят (2)	
1.	Лапаротомия, миомэктомия	
2.	Лапароскопия, миомэктомия	
3.	Радиочастотная аблация миомы матки	
4.	ФУЗ-аблация миомы матки	
16.	Характеристика миомы матки 2 типа согласно классификации FIGO:	
1.	отсутствие интрамурального компонента	
2.	интрамуральный компонент менее 50 %	
3.	интрамуральный компонент более 50 %	
17.	Характеристика миомы матки 1 типа согласно классификации FIGO:	
1.	отсутствие интрамурального компонента	
2.	интрамуральный компонент менее 50 %	

3.	интрамуральный компонент более 50 %	
18.	Клиническая картина миомы матки может включать: (4)	
1.	боль внизу живота	
2.	нарушение функции соседних органов	
3.	АМК	
4.	бесплодие	
5.	периодическую тошноту	
19.	При наличии субсерозногомиоматозного узла (6 тип по классификации FIGO) диаметром 10 см по передней стенке в области перешейка ведущим симптомом является:	
1.	учащенное мочеиспускание	
2.	АМК	
3.	бесплодие	
4.	аменорея	
20.	При ретроцервикальной локализации субсерозногомиоматозного узла ведущим симптомом может быть: (2)	
1.	учащенное мочеиспускание	
2.	запоры	
3.	диспареуния	
4.	маточное кровотечение	
21.	Необходимый объем диагностики у пациентки с миомой матки, соответствующей 12 неделям беременности и аномальным маточным кровотечением (2)	
1.	Гистероскопия, РДВ слизистой матки, гистологическое исследование соскобов	
2.	УЗИ органов малого таза	
3.	МРТ органов малого таза	
4.	колоноскопия	
22.	Возможные варианты лечения у пациентки с миомой матки, соответствующей 12 неделям беременности, и аномальным маточным кровотечением (3)	
1.	Гистерэктомия	
2.	Миомэктомия	
3.	ЭМА	
4.	наблюдение 1 раз в год	
23.	Наиболее характерный симптом при перекруте ножки миоматозного узла 7 типа:	
1.	АМК	
2.	бесплодие	
3.	учащенное мочеиспускание	
4.	боли внизу живота	
24.	При единичном субмукозном миоматозном узле 2 типа до 8 см в диаметре возможны варианты лечения: (2)	
1.	гормональная терапия	
2.	гормональная подготовка + миомэктомия (миомрезекция)	
3.	ЭМА + миомкэтомия (миомрезекция)	
4.	лапаротомия, миомэктомия	

5.	лапароскопия, миомэктомия	
25.	К медикаментозному лечению миомы матки относятся следующие группы препаратов: (3)	
1.	агонисты ГнРГ	
2.	селективные модуляторы прогестероновых рецепторов	
3.	левоноргестрел-ВМС	
4.	эстрогенные препараты	
26.	Рост миомы матки в постменопаузе обусловлен	
1.	нарушением питания узла	
2.	саркомой матки	
3.	аденокарциномой тела матки	
27.	Показанием для проведения ЭМА является: (2)	
1.	быстрый рост миомы в репродуктивном периоде	
2.	альтернатива гистерэктомии у пациенток репродуктивного возраста, не реализовавших репродуктивную функцию	
3.	рак эндометрия и шейки матки	
4.	предоперационная подготовка перед последующей миомэктомией у пациенток со множественной миомой матки	
28.	Показаниями к гистерэктомии у пациентки с миомой матки являются (3)	
1.	Рост миомы в постменопаузе	
2.	Миома матки, соответствующая 13-14 неделям берменности	
3.	Быстрый рост миомы у пациентки репродуктивного возраста	
4.	Наличие субмукозного узла и АМК	
29.	К альтернативным методам лечения миомы матки относятся (2)	
1.	ФУЗ-аблация	
2.	Миомрезекция	
3.	ЭМА	
4.	Аблация эндометрия	
30.	Причина аномальных маточных кровотечений у пациенток с миомой матки:	
1.	нарушение сократительной способности миометрия	
2.	деформация полости матки	
3.	увеличение площади отторгаемого эндометрия	
4.	сопутствующие гиперпластические процессы эндометрия	
5.	все ответы верны	
	Опухоли и опухолевидные образования яичников	
1.	К ретенционным кистам яичников относят	
1.	фолликулярная киста	
2.	серозная цистаденома	
3.	текома	
4.	фиброма	
2.	К ретенционным кистам яичников относят	

1.	киста гартнерова хода	
2.	текалютеиновая киста	
3.	цистаденома	
4.	гамартома	
3.	Параовариальная киста происходит	
1.	следствие нарушения овуляции фолликула	
2.	скопление крови в полости кисты	
3.	из зачатков мезонефрального протока	
4.	следствие пролиферации выстилающих клеток	
4.	Фолликулярные кисты чаще встречаются	
1.	в постменопаузе	
2.	в репродуктивном возрасте	
3.	у новорожденных	
4.	в препубертате	
5.	К осложнениям фолликулярной кисты не относят	
1.	малигнизацию	
2.	разрыв стенки	
3.	перекрут придатков матки	
4.	кровоизлияние в полость	
6.	Эхографическая картина фолликулярной кисты	
1.	двусторонние солидные образования	
2.	одностороннее анэхогенное образование с многочисленными перегородками	
3.	одностороннее анэхогенное округлое тонкостенное образование до 6-8 см	
4.	одностороннее гипоэхогенное образование с густой мелкодисперсной взвесью	
7.	Тактика ведения пациентов с бессимптомными фолликулярными кистами	
1.	оперативное лечение в экстренном порядке	
2.	обязательное назначение гормональной терапии	
3.	динамическое наблюдение с последующим контролем УЗИ малого таза через 1 год	
4.	динамическое наблюдение с последующим контролем УЗИ малого таза через 3-4 менструальных цикла	
8.	Патогенез кисты желтого тела	
1.	скопление жидкости в полость неовулировавшего фолликулам	
2.	кровоизлияние в желтое тело	
3.	пролиферация выстилающих клеток	
4.	происходит из остатков мезонефрального протока	
9.	Наиболее часто встречающееся осложнение кисты желтого тела	
1.	малигнизация	
2.	разрыв стенки	
3.	перекрут придатком матки	
4.	кровоизлияние в полость	

10.	Тактика ведения при разрыве кисты желтого тела	
1.	обязательное назначение гормональной терапии	
2.	оперативное лечение в экстренном порядке (лапароскопия, коагуляция кровоточащих сосудов)	
3.	динамическое наблюдение с последующим контролем УЗИ малого таза через 1 год	
4.	динамическое наблюдение с последующим контролем УЗИ малого таза через 3-4 менструальных цикла	
11.	Тактика ведения пациентов с бессимптомными кистами желтого тела	
1.	динамическое наблюдение с последующим контролем УЗИ малого таза через 3-4 менструальных цикла	
2.	оперативное лечение в экстренном порядке	
3.	обязательное назначение гормональной терапии	
4.	динамическое наблюдение с последующим контролем УЗИ малого таза через 1 год	
12.	Эхографическая картина кисты желтого тела	
1.	двусторонние солидные образования	
2.	одностороннее анэхогенное образование сетчатой эхо-структуры	
3.	одностороннее округлое гетерогенное образование до 6-8 см	
4.	одностороннее гипоэхогенное образование с густой мелкодисперсной взвесью	
13.	Где анатомически располагается параовариальная киста?	
1.	на круглой маточной связке	
2.	между листками широкой маточной связки	
3.	на собственной связке яичника	
4.	в структуре яичника	
14.	Для параовариальной кисты не характерно	
1.	благоприятный прогноз	
2.	отсутствие рецидивирования	
3.	высокая частота озлокачествления	
4.	бессимптомное течение	
15.	К эпителиальным опухолям относят	
1.	серозная цистаденома	
2.	гранулезоклеточная опухоль	
3.	зрелая тератома	
4.	параовариальная киста	
16.	К эпителиальным опухолям относят	
1.	опухоль Бреннера	
2.	гранулезоклеточная опухоль	
3.	зрелая тератома	
4.	параовариальная киста	
17.	К эпителиальным опухолям относят	

1.	муцинознаяцистаденома	
2.	гранулезоклеточная опухоль	
3.	зрелая тератома	
4.	параовариальная киста	
18.	Наиболее низкой пролиферативной активностью отличается	
1.	серозная цистаденома	
2.	папиллярная серозная цистаденома	
3.	пограничная серозная цистаденома	
4.	серозная карцинома	
19.	Наиболее значимый онкомаркер для диагностики серозной карциномы	
1.	СА125	
2.	АФП	
3.	СА 15-5	
4.	ХГЧ	
20.	Внутренняя выстилка муцинозной цистаденомы представлена	
1.	плоским эпителием	
2.	цилиндрическим эпителием с бокаловидными клетками	
3.	многорядным эпителием	
4.	клетками гранулезы	
21.	Для муцинозной цистаденомы не характерно	
1.	одностороннее расположение	
2.	гигантские размеры	
3.	вязкое содержимое	
4.	асцит	
22.	Тактика при наличии папиллярной цистаденомы в репродуктивном возрасте	
1.	одностороннее удаление придатков матки со срочным гистологическим заключением, после чего решить вопрос о тактике.	
2.	вскрытие и опорожнение содержимого цистаденомы	
3.	динамическое наблюдение	
4.	экстирпация матки с придатками	
23.	К гормонально активным опухолям стромы полового тяжа не относят	
1.	фиброма	
2.	текома	
3.	гранулезоклеточная опухоль	
4.	андробластома	
24.	Гранулезоклеточная опухоль чаще обуславливает	
1.	клинические проявления гиперэстрогении	
2.	клинические проявления гиперандрогении	
3.	протекает без выраженной клинической картины	
4.	сопровождается выраженным болевым синдромом	

25.	Для фибромы не характерно	
1.	развитие синдрома Мейгса	
2.	озлокачествление	
3.	нередко является интраоперационной находкой	
4.	может приводить к перекруту придатков матки	
26.	Андробластома клинически проявляется	
1.	симптомы дефеминизации -маскулинизации	
2.	синдромом Мейгса	
3.	симптомами гиперэстрогении	
4.	симптомами тиреотоксикоза	
27.	К злокачественным герминогенным опухолям относят	
1.	зрелая тератома	
2.	незрелая тератома	
3.	текома	
4.	андробластома	
28.	В состав зрелой тератомы входят	
1.	дифференцированные производные эктодермы	
2.	не дифференцированные производные эктодермы	
3.	клетки гранулезы	
4.	клетки теки	
29.	Тактика ведения при выявлении зрелой тератомы	
1.	оперативное лечение в плановом порядке (лапароскопия, кистэктомия)	
2.	лапароскопия в экстренном порядке, объем операции решить интраоперационно	
3.	длительное динамическое наблюдение	
4.	пункция под ультразвуковым контролем	
30.	Для рака яичников не характерно	
1.	наличие асцита	
2.	наличие болевого синдрома	
3.	симптомы диспепсии	
4.	медленная прогрессия заболевания	
	Патология шейки матки	
1.	Этиологическую роль в возникновении предрака и рака шейки матки играет:	
1.	ВПЧ (вирус папилломы человека)	
2.	ВПГ (вирус простого герпеса) I и II типа	
3.	вирус Эпштейн-Барр	
4.	хронический цервицит хламидийной этиологии	
2.	При выявлении полипа шейки матки (слизистой цервикального канала) необходимо произвести:	
1.	цервикоскопию и полипэктомию	
2.	конизацию шейки матки	
3.	ножевую биопсию шейки матки	

4.	ампутацию шейки матки	
3.	Для лечения дисплазии (предрака шейки матки) у больных репродуктивного периода необходимо применять:	
1.	конизацию шейки матки и выскабливание слизистой цервикального канал	
2.	лучевую терапию	
3.	операцию Вертгейма	
4.	гормонотерапию	
4.	При профузном кровотечении при раке шейки матки III стадии целесообразно выполнить:	
1.	эмболизацию маточных артерий (ЭМА)	
2.	операцию Вертгейма	
3.	ушивание кровоточащих участков шейки матки, пораженной опухолью	
4.	лучевую терапию	
5.	Операция трахелотомии при IB стадии рака шейки матки может быть выполнена:	
1.	пациенткам репродуктивного периода	
2.	пациенткам периода постменопаузы при безуспешности лучевой терапии	
3.	больным, не планирующим деторождение	
4.	пациенткам любого возраста	
6.	Эмболизация маточных артерий при раке шейки матки является:	
1.	альтернативой лучевой терапии	
2.	органосохраняющим методом лечения у больных репродуктивного возраста	
3.	методом хирургического гемостаза при кровотечении на фоне рака шейки матки	
4.	альтернативой хирургического лечения	
7.	Больной с эктопией шейки матки в репродуктивном периоде показано:	
1.	радиохирургическое лечение шейки матки	
2.	консервативная тактика - наблюдение	
3.	криодеструкция шейки матки	
4.	ампутация шейки матки	
8.	Современные меры профилактики рака шейки матки не подразумевают:	
1.	регулярный цитологический и кольпоскопический скрининг	
2.	вакцинацию против ВПЧ	
3.	использование презерватива для контрацепции	
4.	экстирпацию матки у больных группы риска по возникновению рака шейки матки	
9.	При предраке шейки матки в постменопаузе целесообразно:	
1.	провести химиолучевую терапию	
2.	выполнить экстирпацию матки с придатками	
3.	провести вакцинацию против ВПЧ	
4.	выполнить операцию Вертгейма	
10.	Прицельная биопсия шейки матки проводится при:	
1.	эктопии шейки матки	
2.	эктропионе шейки матки	

3.	полипе шейки матки	
4.	атипической кольпоскопической и цитологической картине	
11.	К неопухолевым поражениям шейки матки относят: (3)	
1.	рак шейки матки	
2.	лейкоплакию (простую) шейки матки	
3.	дисплазию шейки матки (CIN)	
4.	эктопию шейки матки	
5.	полип слизистой цервикального канала	
12.	Методами диагностики опухолевых процессов шейки матки являются: (2)	
1.	расширенная кольпоскопия	
2.	бактериологическое исследование отделяемого из цервикального канала	
3.	прицельная биопсия, выскабливание цервикального канала с гистологическим исследованием	
4.	ножевая ампутация шейки матки	
13.	Скрининговыми методами исследования шейки матки являются: (2)	
1.	ультразвуковое исследование	
2.	цитологическое исследование	
3.	прицельная биопсия шейки матки, выскабливание слизистой цервикального канала	
4.	определение онкогенных серотипов ВПЧ методом ПЦР	
14.	При выявлении атипических клеток по данным цитологического исследования шейки матки целесообразно провести: (3)	
1.	гистероскопию, раздельное диагностическое выскабливание слизистой матки	
2.	КТ малого таза	
3.	расширенную кольпоскопию	
4.	определение онкогенных серотипов ВПЧ методом ПЦ	
5.	прицельную биопсию шейки матки, выскабливание слизистой цервикального канала	
15.	Лечение лейкоплакии шейки матки у пациентки репродуктивного возраста может быть проведено: (2)	
1.	радиохирургическим методом	
2.	лучевой терапией	
3.	вагинальными свечами с антибактериальным и противовирусным действием	
4.	лазерной деструкцией патологических участков (вапоризация)	
16.	Вакцинация рекомбинантной вакциной против онкогенных серотипов ВПЧ 16 и 18 типа позволяет: (2)	
1.	снизить заболеваемость раком шейки матки	
2.	снизить заболеваемость инфекциями, передающимися половым путем (гонорея, сифилис и др.)	
3.	оптимизировать иммунный ответ при острых респираторных вирусных инфекциях	
4.	снизить частоту предраковых процессов шейки матки (CIN)	
17.	При профузном кровотечении из половых путей у больной с раком шейки матки 3 стадии надо выполнить экстренно: (2)	

1.	расширенную гистерэктомию (операцию Вертгейма)	
2.	эмболизацию маточных артерий (ЭМА)	
3.	курс комбинированной лучевой терапии	
4.	тампонаду влагалища, гемостатическую терапию	