	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 (2)**	
1.	спермициды	
2.	комбинированные оральные контрацептивы	
3.	естественные методы контрацепции	
4.	оральные гестагены (мини-пили)	
5.	презервативы	
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: (4)**	
1.	межменструальные кровотечения	
2.	возникновение рака эндометрия	
3.	обильные менструальные кровотечения	
4.	болезненные менструации	
5.	воспалительные заболевания органов малого таза	
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.	гормональной терапии	
3.	лучевой терапии	
4.	химиотерапии	

8.	**С целью патогенетического лечения эндометриоза используются: (3)**	
1.	прогестагены	
2.	КОК	
3.	агонисты ГнРг	
4.	эстрогены	
5.	андрогены	
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.	за 2-3 дня до менструации и 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.	гиперэхогеннойэхоструктурой	
4.	папиллярными разрастаниями на внутренней поверхности	
5.	множественными перегородками	
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, отсутствие клинических проявлений	
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 гестагенами	
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 24 – 37 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	
2.	наличии противопоказаний к гормонотерапии	
3.	при раке эндометрия	
4.	наличии у пациентки коагулопатии	
5.	отсутствии эффекта от 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	
	Миома матки	
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 миомэктомииимиоматозных 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 субмукозноммиоматозном 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 яичника	
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 кисты	
10.	**Тактика ведения при разрыве кисты желтого тела с клиникой острого живота**	
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 жидкостное 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 муцинознойцистаденомы 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	
	Аномальные маточные кровотечения пубертатного периода	
1.	**АМК пубертатного периода надо дифференцировать с: (4)**	
1.	самопроизвольным прерыванием беременности малого срока	
2.	нарушенной трубной беременностью (по типу трубного аборта)	
3.	патологией матки: субмукозной миомой матки, аденомиозом, полипом эндометрия	
4.	нарушением свертывающей системы крови	
5.	нарушенной трубной беременностью (по типу разрыва маточной трубы)	
6.	субсерозной миомой матки	
2.	**АМК пубертатного периода при персистенции фолликула характеризуется:(3)**	
1.	обильным кровотечением после задержки менструации	
2.	абсолютной гиперэстрогенемией	
3.	гиперплазией эндометрия	
4.	относительной гиперэстрогенемией	
5.	умеренным или скудным кровотечением	
3.	**При АМК пубертатного периода на фоне атрезии фолликулов отмечаются:(2)**	
1.	умеренное или скудное кровотечение	
2.	абсолютная гиперэстрогенемия	
3.	относительная гиперэстрогенемия	
4.	обильное кровотечение после задержки	
4.	**Показанием к хирургическому гемостазу при АМК пубертатного периода является:**	
1.	неэффективность симптоматической гемостатической терапии	
2.	Hb менее 70 г/л, гематокрит менее 25%	
3.	гиперплазия эндометрия по данным УЗИ	
4.	длительность кровотечения более 14 дней	
5.	**Противопоказаниями к проведению гормонального гемостаза являются: (4)**	
1.	тромбофилия	
2.	почечная и печеночная недостаточность	
3.	портальная гипертензия	
4.	опухоли матки и яичников	
5.	гипотиреоз	
6.	хронический пиелонефрит	

6.	**С целью гемостаза не применяются**	
1.	утеротоники	
2.	ингибиторы перехода плазминогена в плазмин	
3.	антибиотики	
4.	комбинированные эстроген-гестагенные препараты	
7.	**Показаниями к гистероскопии и РДВ слизистой матки у пациенток с АМК пубертатного периода является:**	
1.	рецидивирующие маточные кровотечения	
2.	подозрение на малигнизацию	
3.	гемостаз, при неэффективности консервативных методов остановки кровотечения	
4.	подозрение на полип эндометрия	
5.	длительность кровотечения более 14 дней	
6.	усиление кровяных выделений на фоне симптоматической гемостатической терапии	
	Пороки развития половых органов и аменорея	
8.	**Первичная аменорея – это отсутствие менархе после:**	
1.	11 лет	
2.	13 лет	
3.	16 лет	
4.	9 лет	
9.	**Вторичная аменорея – это отсутствие менструации в течение:**	
1.	6 месяцев у ранее менструировавшей женщины	
2.	12 месяцев у ранее менструировавшей женщины	
3.	3 месяцев у ранее менструировавшей женщины	
4.	отсутствие регулярных менструаций в анамнезе	
10.	**Для психогенной аменореи характерно:**	
1.	внезапное прекращение менструаций на фоне астеноневротического синдрома	
2.	постепенное выключение менструальной функции на фоне астеноневротического синдрома	
3.	психогенная аменорея всегда первичная и встречается у пациенток с наличием психического расстройства	
4.	выключение менструальной функции на фоне приема нейролептиков или противосудорожных препаратов	
11.	**Лечение гиперпролактинемии проводится:**	
1.	агонистами дофамина	
2.	антагонистами дофамина	
3.	агонистами норадреналина	
4.	антагонистами норадреналина	
12.	**Для какого заболевания характерны: низкий рост (не выше 149 см), короткая шея с крыловидными складками, широкие плечи, бочкообразная грудная клетка, задержка полового развития?**	
1.	синдром Свайера	
2.	синдром тестикулярной феминизации	
3.	синдром Шерешевского – Тернера	
4.	синдром Рокитанского-Кюстера-Майера	
1.	**Методы диагностики пороков развития половых органов: (4)**	
1.	УЗИ органов малого таза	

2.	МРТ малого таза	
3.	Лапароскопия	
4.	Гистероскопия	
5.	цистоскопия	
6.	экскреторная урография	
2.	**При каких аномалиях развития половых органов можно НЕ определять кариотип пациентки:**	
1.	дисгенезия гонад	
2.	удвоение матки и влагалища	
3.	гермафродитизм	
4.	ВДКН (Врожденная дисфункция коры надпочечников)	
3.	**Показаниями к оперативному лечению аномалий развития половых органов являются:(2)**	
1.	нарушение оттока менструальной крови	
2.	невозможность половой жизни	
3.	наличие двух маток	
4.	аплазия матки	
4.	**При наличии добавочного рудиментарного функционирующего маточного рога показано:**	
1.	метропластика	
2.	гистерорезектоскопия	
3.	удаление маточного рога	
4.	аблация эндометрия	
5.	**При аплазии матки и влагалища методами выбора являются: (2)**	
1.	пластика кожным лоскутом	
2.	кольпопоэз из тазовой брюшины с лапароскопическойассистенцией	
3.	кольпоэлонгация поШерстневу	
6.	**Дифференциальный диагноз при гематокольпосе надо проводить с: (4)**	
1.	острым аппендицитом	
2.	новообразованием малого таза	
3.	мегауретером	
4.	кистой копчика	
5.	гидронефрозом	
6.	удвоением почек	
7.	**Причиной "ложной" аменореи НЕ является:**	
1.	атрезия гимена	
2.	аплазия нижней трети влагалища	
3.	атрезия цервикального канала	
4.	аплазия матки	