

**федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования  
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(Сеченовский Университет)**

Институт клинической медицины им.  
Н.В.Склифосовского  
Кафедра Акушерства и гинекологии ИКМ

**Методические материалы по дисциплине:**

**Гинекология**

основная профессиональная образовательная программа высшего  
профессионального образования  
программа специалитета

31.05.01 Лечебное дело ОП

## Тестовые задания для прохождения промежуточной аттестации

Выберите один наиболее правильный ответ

- 1) В подкожной клетчатке больших половых губ зафиксированы дистальные отделы \_\_\_ связок
  - A. круглых +
  - B. кардинальных
  - C. крестцово-маточных
  - D. воронко-тазовых
  
- 2) Маточная артерия отходит от
  - A. брюшной аорты
  - B. внутренней подвздошной артерии +
  - C. яичниковой артерии
  - D. наружной подвздошной артерии
  
- 3) Яичниковая артерия отходит от
  - A. крестцовой артерии
  - B. внутренней половой артерии
  - C. брюшной части аорты +
  - D. внутренней подвздошной артерии
  
- 4) К фиксирующему аппарату матки относят \_\_\_ связки
  - A. круглые
  - B. воронко-тазовые
  - C. кардинальные +
  - D. широкие
  
- 5) К подвешивающему аппарату матки не относятся \_\_\_ связки
  - A. крестцово-маточные +
  - B. воронко-тазовые
  - C. круглые
  - D. широкие
  
- 6) Яичниковая артерия достигает ворот яичника в составе \_\_\_ связки
  - A. воронко-тазовой +
  - B. круглой
  - C. кардинальной
  - D. крестцово-маточной
  
- 7) Наиболее дистальным отделом маточной трубы является \_\_\_ отдел
  - A. ампулярный
  - B. фимбриальный +
  - C. истмический

D. интерстициальный

8) Самый узкий отдел маточной трубы - это

- A. интерстициальный +
- B. истмический
- C. ампулярный
- D. фимбриальный

9) Длина маточной трубы в среднем составляет \_\_\_\_ см

- A. 5-7
- B. 7-10
- C. 10-12 +
- D. 12-16

10) Захват яйцеклетки происходит в \_\_\_\_ отделе маточной трубы

- A. истмическом
- B. ампулярном
- C. фимбриальном +
- D. интерстициальном

11) Основная функция маточной трубы – это

- A. питательная
- B. защитная
- C. транспортная +
- D. гормональная

12) Нарушение перистальтики маточной трубы может приводить к

- A. хроническому сальпингиту
- B. развитию рака маточной трубы
- C. привычной потери беременности
- D. бесплодию +

13) Кровоснабжение маточной трубы осуществляется \_\_\_\_ артериями

- A. нижней и верхней надчревыми
- B. маточной и яичниковой +
- C. запирательными
- D. верхней пузырной и пупочной

14) Какой орган малого таза не покрыт брюшиной

- A. мочевого пузыря
- B. маточная труба
- C. яичник +
- D. матка

15) В малый таз мочеточники спускаются между листками \_\_\_\_ связок

- A. широких +
- B. круглых
- C. воронко-тазовых

D. крестцово-маточных

16) Анатомической границей промежности спереди является

- A. нижний край лобкового симфиза +
- B. седалищные бугры
- C. верхушка копчика
- D. передняя поверхность крестца

17) Нижний отдел влагалища иннервируется

- A. маточно-влагалищным сплетением
- B. яичниковым сплетением
- C. половыми нервами +
- D. прямокишечным сплетением

18) У взрослых женщин вес матки составляет примерно \_\_\_\_ г

- A. 50
- B. 70 +
- C. 100
- D. 150

19) Влагалищная часть шейки матки покрыта \_\_\_\_\_ эпителием

- A. многослойным плоским +
- B. мерцательным
- C. цилиндрическим
- D. переходным

20) Толщина миометрия матки составляет в среднем \_\_\_\_ см

- A. 0,5-1,0
- B. 1,0-1,5
- C. 1,5-2,5 +
- D. 2,5-3,5

21) Длина яичников у женщин репродуктивного возраста составляет \_\_\_\_ см

- A. 1,5
- B. 2
- C. 2,5 +
- D. 3,5

22) Мозговое вещество яичника содержит

- A. примордиальные фолликулы
- B. кровеносные сосуды +
- C. желтое тело
- D. белое тело

23) Длина мочеиспускательного канала у женщин составляет \_\_\_\_ см

- A. 3-4 +
- B. 5-6
- C. 7-9

D. 9-10

24) На уровне пограничной линии мочеточники пересекаются с яичниковыми сосудами, затем проходят \_\_\_\_ от них

- A. кпереди
- B. кзади
- C. медиальнее
- D. латеральнее +

25) В малый таз мочеточники спускаются между листками \_\_\_\_ связок

- A. воронко-тазовых
- B. широких +
- C. крестцово-маточных
- D. кардинальных

26) Пространство между листками широких связок матки в нижних ее отделах называется

- A. предпузырным пространством
- B. параметрием +
- C. крестцово-маточными связками
- D. уrogenитальной диафрагмой

27) Уплотненный участок нижней части широких связок получил название \_\_\_\_\_ связок

- A. кардинальных +
- B. круглых
- C. воронко-тазовых
- D. крестцово-маточных

28) Широкая связка матки образуется

- A. из мочеполовых складок
- B. из полового бугорка
- C. при слиянии мюллеровых протоков +
- D. в стенке желточного мешка

29) Длина передней стенки влагалища составляет \_\_\_\_ см

- A. 5-7
- B. 7-8 +
- C. 9-10
- D. 10-12

30) Нижней границей предпрямокишечного пространства служит

- A. брюшина прямокишечно-маточного углубления
- B. сухожильный центр промежности +
- C. задняя стенка мочевого пузыря
- D. прямая кишка

31) Пространство Ретциуса – это \_\_\_\_ пространство

- A. предпузырное +
- B. позадипузырное
- C. предпрямокишечное
- D. позадипрямокишечное

32) Заросший мочевого проток направляется от верхушки мочевого пузыря к

- A. пупочному кольцу +
- B. дну матки
- C. к широкой связки матки
- D. лобковому симфизу

33) Латеральная паховая ямка расположена

- A. над внутренним отверстием пахового канала +
- B. в верхнем отделе больших половых губ
- C. толще собственной связки яичника
- D. в предпузырной клетчатке

34) Медиальный край яичниковой ямки ограничен

- A. задним листком широкой связки
- B. пупочной артерией
- C. маточной артерией
- D. мочеточником +

35) Поверхностная поперечная мышца промежности прикрепляется к

- A. ветви седалищной кости
- B. седалищному бугру
- C. сухожильному центру промежности +
- D. ножке клитора

36) Седалищно-пещеристая мышца берет начало от

- A. ветви седалищной кости +
- B. сухожильного центра промежности
- C. дорсальной поверхности клитора
- D. седалищного бугра

37) Внутренняя запирающая мышца прикрепляется к

- A. малому вертелу бедренной кости
- B. большому вертелу бедренной кости +
- C. сухожильному центру промежности
- D. боковой поверхности крестца

38) Через большое седалищное отверстие не проходит

- A. сухожилие внутренней запирающей мышцы +
- B. половой нерв
- C. внутренние половые сосуды
- D. грушевидная мышца

39) Через малое седалищное отверстие не проходит

- A. седалищный нерв +
- B. нерв внутренней запирающей мышцы
- C. половой нерв
- D. половые сосуды

40) Верхняя передняя подвздошная ость служит местом прикрепления

- A. мышц живота
- B. паховой связки +
- C. задних крестцово-подвздошных связок
- D. подвздошной мышцы

41) На уровне пограничной линии мочеточники пересекаются с \_\_\_\_ сосудами

- A. маточными
- B. яичниковыми +
- C. половыми
- D. наружными подвздошными

42) На уровне седалищных костей мочеточники проходят через

- A. кардинальные связки латеральнее шейки матки +
- B. широкие связки спереди от маточных артерий
- C. латеральнее яичниковых сосудов
- D. крестцово-маточные связки медиальнее шейки матки

43) Пирамидальная мышца живота

- A. берет начало от наружной поверхности V-XII ребер
- B. поддерживает органы брюшной полости
- C. проходит через паховое кольцо
- D. расположена спереди от прямой мышцы живота +

44) Нижняя брызжеечная артерия отходит от

- A. аорты, выше бифуркации +
- B. на уровне бифуркации аорты
- C. передней поверхности аорты, ниже отхождения почечных артерий
- D. аорты, ниже бифуркации

45) Мышцы передней брюшной стенки кровоснабжаются \_\_\_\_ артерией

- A. внутренней половой
- B. срединной крестцовой
- C. поясничной +
- D. маточной

46) Ветвью наружной подвздошной артерии является \_\_\_\_ артерия

- A. подвздошно-поясничная
- B. верхняя ягодичная
- C. средняя прямокишечная
- D. бедренная +

47) Передней ветвью внутренней подвздошной артерии является \_\_\_\_ артерия

- A. влагалищная +
- B. нижняя надчревная
- C. верхняя ягодичная
- D. бедренная

48) Яичниковая артерия анастомозирует с \_\_\_\_\_ артерией

- A. поясничной
- B. нижней надчревной
- C. маточной +
- D. средней прямокишечной

49) Верхняя ягодичная артерия является ветвью \_\_\_\_\_ артерии

- A. внутренней подвздошной +
- B. наружной подвздошной
- C. нижней брызжеечной
- D. маточной

50) Внутренняя половая артерия берет начало от \_\_\_\_\_ артерии

- A. внутренней подвздошной +
- B. наружной подвздошной
- C. маточной
- D. яичниковой

51) Статины и либерины осуществляют контроль за

- A. гипофизом +
- B. гипоталамусом
- C. корой головного мозга
- D. яичниками

52) Выберите один наиболее правильный ответ

- A. гипоталамус участвует в регуляции полового поведения +
- B. статины стимулируют выработку гормонов гипофиза
- C. непосредственное отношение к регуляции репродуктивной функции имеет задняя доля гипофиза
- D. контроль за циклической функцией яичников обеспечивает гипофиз

53) Процесс овуляции завершается формированием

- A. доминантного фолликула
- B. белого тела
- C. желтого тела +
- D. яйцеклетки

54) Пики гонадотропного релизинг-фактора точно коррелируют с пиками

- A. пролактина
- B. ЛГ +
- C. ФСГ
- D. ингибина

- 55) Биологическое действие ФСГ и ЛГ в организме человека заключается в
- A. стимуляции функции яичников и регуляции в них стероидогенеза +
  - B. контроле за выработкой гормонов гипофиза
  - C. регуляции полового поведения
  - D. подавление активности нейросекреции в гипоталамусе
- 56) В первую фазу менструального цикла происходит
- A. рост и созревание фолликулов +
  - B. лютеинизация в гранулезных клетках фолликула
  - C. усиленное развитие артериол в железах эндометрия
  - D. снижение уровня прогестерона и эстрогенов
- 57) Во вторую фазу менструального цикла происходит
- A. разрыв доминантного фолликула
  - B. формирование функционального слоя эндометрия
  - C. пролиферация клеток железистого эпителия эндометрия
  - D. усиленное развитие артериол в железах эндометрия +
- 58) В процессе созревания фолликулов ФСГ
- A. стимулирует прогестерона в гранулезных клетках
  - B. стимулирует продукцию эстрогенов в гранулезных клетках +
  - C. блокирует продукцию эстрогенов в гранулезных клетках
  - D. блокирует продукцию прогестерона в гранулезных клетках
- 59) Значительное снижение уровня эстрогенов и прогестерона имеет место во время
- A. первой фазы менструального цикла
  - B. второй фазы менструального цикла
  - C. менструации +
  - D. овуляции
- 60) Регенерация функционального слоя эндометрия начинается
- A. на второй день менструального кровотечения +
  - B. сразу после окончания менструального кровотечения
  - C. через три дня после окончания менструального кровотечения
  - D. одновременно с началом менструального кровотечения
- 61) Выберите пример закона отрицательной обратной связи
- A. гипофиз воспринимает достаточно высокий уровень эстрогенов в течение длительного периода и реагирует снижением продукции гонадотропинов
  - B. гипофиз воспринимает достаточно высокий уровень эстрогенов в течение длительного периода и реагирует подъемом продукции гонадотропинов
  - C. ФСГ блокирует яичники для выработки эстрогенов, в свою очередь снижающийся уровень эстрогенов подавляет продукцию ФСГ гипофизом
  - D. ФСГ стимулирует яичники для выработки эстрогенов, в свою очередь повышающийся уровень эстрогенов подавляет продукцию ФСГ гипофизом +

62) Какой гормон не вырабатывается в гипофизе

- A. альдостерон +
- B. пролактин
- C. ФСГ
- D. АКТГ

63) Атрезии фолликулов способствует

- A. снижение уровня ФСГ +
- B. повышение уровня ФСГ
- C. снижение уровня ЛГ
- D. повышение уровня ЛГ

64) Основное количество прогестерона образуется

- A. белым телом сразу после овуляции
- B. доминантным фолликулом в течение овуляции
- C. растущими фолликулами в течение первой фазы менструального цикла
- D. желтым телом в течение второй фазы менструального цикла +

65) Ингибин – гормон, который вырабатывается клетками

- A. желтого тела
- B. секретирующего эндометрия
- C. растущих фолликулов +
- D. доминантного фолликула

66) В яичниках вырабатывается

- A. серотонин
- B. окситоцин
- C. адреналин
- D. андротестостерон +

67) Концентрации гонадолиберина, вводимые постоянно, приводят к

- A. подавлению секреции ФСГ и ЛГ +
- B. стимуляции секреции ФСГ и ЛГ
- C. подавлению секреции прогестерона и ингибина
- D. стимуляции секреции прогестерона и ингибина

68) Назовите место секреции катехоламинов

- A. кора головного мозга +
- B. гипофиз
- C. гипоталамус
- D. мозжечок

69) К регуляции секреции гипоталамических нейрогормонов не относится

- A. ингибин +
- B. ацетилхолин
- C. дофамин
- D. гамма-аминомасляная кислота

70) Выберите одно неправильное утверждение

- A. особенностью секреции гонадотропного релизинг- фактора является его постоянный характер +
- B. в костной ткани есть рецепторы к половым гормонам
- C. антиапоптотические факторы препятствуют естественной тенденции ооцита атрезии
- D. во время менструации функциональный слой эндометрия отторгается до базального

71) Назовите показание к проведению раздельного диагностического выскабливания матки

- A. аденомиоз по данным УЗИ
- B. наличие миомы матки межмышечной локализации
- C. острый эндометрит
- D. подозрение на патологию эндометрия по данным УЗИ +

72) Назовите показание к проведению гистероскопии

- A. наличие хронического эндометрита в анамнезе
- B. задержка менструации на 10 дней и более
- C. кровотечение в постменопаузе +
- D. прегравидарная подготовка

73) Назовите показание к проведению УЗИ органов мочевыделительной системы

- A. подготовка к проведению гистероскопии
- B. рождающийся миоматозный узел
- C. инородное тело во влагалище
- D. наличие новообразования яичника больших размеров +

74) Гистероскопия позволяет проводить осмотр

- A. эндометрия +
- B. органов малого таза
- C. слизистой цервикального канала
- D. стенок влагалища

75) Гинекологическое обследование включает

- A. осмотр наружных половых органов +
- B. определение цервикального числа по Inslar
- C. определение степени развития молочных желез
- D. оценку телосложения

76) Клиническое обследование пациенток с гинекологическими заболеваниями не включает

- A. ультразвуковое исследование +
- B. обследование молочных желез
- C. ректальное обследование по показаниям
- D. определение индекса массы тела

- 77) Назовите не инвазивный инструментальный метод диагностики органов малого таза
- A. гинекологическое обследование
  - B. гистероскопия
  - C. лапароскопия
  - D. эхографическое исследование +
- 78) К инвазивным методам обследования в гинекологии не относится
- A. кульдоцентез
  - B. офисная гистероскопия
  - C. расширенная кольпоскопия +
  - D. зондирование полости матки
- 79) Какой метод обследования позволяет оценить наличие желтого тела в яичнике
- A. гистероскопия
  - B. эхографическое исследование +
  - C. раздельное диагностическое выскабливание матки
  - D. гистеросальпингография
- 80) Какой параметр не оценивается при подсчете цервикального числа по Inslер
- A. pH +
  - B. клеточность
  - C. кристаллизация
  - D. количество
- 81) Для проведения МСКТ малого таза с контрастированием требуется
- A. наполненный мочевой пузырь +
  - B. исключить белковую пищу за неделю до исследования
  - C. провести ЭГДС до исследования
  - D. обязательная премедикация глюкокортикостероидами
- 82) На наличие астенического синдрома указывает снижение индекса массы тела менее
- A. 20 +
  - B. 24
  - C. 26
  - D. 28
- 83) Назовите показание для проведения циклической гормональной пробы
- A. нерегулярный менструальный цикл
  - B. маточная форма аменореи +
  - C. аномальное маточное кровотечение
  - D. обильное маточное кровотечение
- 84) Назовите показание для проведения ректо-вагинального исследования
- A. кровотечение в постменопаузе

- В. подозрение на рак шейки матки +
- С. миома матки больших размеров
- D. подозрение на внутрибрюшное кровотечение

85) Проведение цитологического метода исследования показано при наличии

- A. пиометры
- В. острого цервицита
- С. распространенного эндометриоза
- D. асцитической жидкости в малом тазу +

86) Что относится к тестам функциональной диагностики

- A. определение цервикального числа по Inslar +
- В. определение степени развития молочных желез
- С. проведение циклической гормональной пробы
- D. проведение прогестагеновой гормональной пробы

87) Гистеросальпингография не позволяет оценить

- A. уровень эстрогенной насыщенности +
- В. наличие внутриматочной патологии
- С. проходимость маточных труб
- D. наличие спаечного процесса в малом тазу

88) Для оценки проходимости маточных труб не используется

- A. гистеросальпингография
- В. ультразвуковое исследование
- С. лапароскопия
- D. гистероскопия +

89) К инвазивным методам обследования в гинекологии не относится

- A. цитологическое исследование +
- В. гистероскопия
- С. зондирование полости матки
- D. радиоволновая биопсия шейки матки

90) Какой метод не применяется для диагностики состояния шейки матки

- A. лапароскопия +
- В. фотодинамика
- С. хромокольпоскопия
- D. цервикоскопия

91) Цитоплазма каких клеток многослойного эпителия шейки матки содержит большое количество гликогена

- A. поверхностных
- В. промежуточных +
- С. базальных
- D. парабазальных

92) Цитоплазма каких клеток многослойного эпителия шейки матки содержит

большое количество кератина

- A. поверхностных +
- B. промежуточных
- C. базальных
- D. парабазальных

93) Какой слой многослойного плоского эпителия обеспечивает прочность слизистой шейки матки

- A. поверхностный +
- B. промежуточный
- C. парабазальный
- D. базальный

94) В репродуктивном периоде стык многослойного плоского эпителия и цилиндрического эпителия располагается

- A. на влагалищной части шейки матки
- B. в области наружного зева +
- C. в цервикальном канале
- D. в области перешейка матки

95) Быстрое созревание многослойного плоского эпителия шейки матки в репродуктивном периоде осуществляется под влиянием

- A. эстрогенов +
- B. прогестерона
- C. андрогенов
- D. пролактина

96) Десквамация клеток многослойного плоского эпителия шейки матки в репродуктивном периоде осуществляется под влиянием

- A. андрогенов
- B. эстрогенов
- C. прогестерона +
- D. ингибина

97) Клетки поверхностного и промежуточного слоев многослойного плоского эпителия шейки матки доминируют

- A. в репродуктивном периоде +
- B. в постменопаузе
- C. во время лактации
- D. на фоне воспаления

98) Метапластический эпителий покрывает

- A. экзоцервикс
- B. эндоцервикс
- C. зону трансформации +
- D. слизистую влагалища

99) Цилиндрический эпителий покрывает

- A. экзоцервикс
- B. эндоцервикс +
- C. слизистую влагалища
- D. истинную эрозию

100) Шейка матки является продолжением

- A. перешейка матки +
- B. тела матки
- C. влагалища
- D. цервикального канала

101) Выберите одно неправильное утверждение

- A. минимальное количество резервных клеток отмечается у новорожденных и грудных детей +
- B. резервные клетки располагаются под цилиндрическим эпителием на базальной мембране
- C. резервные клетки обладают бипотентными свойствами
- D. резервные клетки располагаются под многослойным плоским эпителием переходной зоны

102) Что не относится к кофакторам активации ВПЧ-инфекции

- A. курение
- B. ВПГ-2
- C. хламидийная инфекция
- D. гиперэстрогения +

103) К неспецифическим изменениям шейки матки относится

- A. субэндотелиальный эндометриоз
- B. полип шейки матки
- C. эктропион +
- D. цервицит

104) К доброкачественным заболеваниям шейки матки не относится

- A. рубцовая деформация шейки матки
- B. посткоагуляционный синдром
- C. эктопия +
- D. цервицит

105) К эпителиальным опухолям шейки матки и их предикторам относится

- A. эндоцервикальная гиперплазия
- B. эндоцервикальный полип
- C. аденомиома
- D. низкая степень интраэпителиального поражения +

106) К железистым опухолям шейки матки и их предикторам относится

- A. высокая степень интраэпителиального поражения
- B. низкая степень интраэпителиального поражения
- C. эндометриоз +

D. кондилома

107) Скрининг рака шейки матки включает

- A. ВПЧ-тестирование и цитологическое исследование +
- B. цитологическое исследование и расширенную кольпоскопию
- C. цитологическое исследование и УЗИ
- D. ВПЧ-тестирование и расширенную кольпоскопию

108) К атипической васкуляризации эпителия шейки матки относится

- A. пунктация +
- B. атрофия
- C. гиперкератоз с атипией
- D. ацетобелый эпителий

109) Назовите клинический симптом субэндотелиального эндометриоза

- A. бесплодие
- B. интенсивные бели
- C. овуляторные кровотечения
- D. мажущие кровянистые выделения до и после менструации +

110) Дайте определение истинной эрозии

- A. десквамация многослойного плоского эпителия вследствие травматического повреждения +
- B. выворот слизистой цервикального канала шейки матки на экзоцервикс
- C. морфофункциональные нарушения слизистой шейки матки, характеризующиеся потерей способности к гликогенообразованию
- D. нарушение кровообращения и питания слизистой шейки матки вследствие нарушения ее целостности и разрывов

111) Что такое эктропион шейки матки

- A. выворот слизистой цервикального канала шейки матки на экзоцервикс +
- B. дефекты многослойного плоского эпителия, вследствие развития инфекционно-воспалительного процесса
- C. изменения на шейке матки, обнаруживаемые во время беременности
- D. нарушение кровообращения и питания слизистой шейки матки вследствие нарушения ее целостности

112) Полипы шейки матки появляются вследствие

- A. десквамации эндоцервикса
- B. очаговой пролиферации слизистой цервикального канала +
- C. развития инфекционно-воспалительного процесса
- D. нарушения кровообращения и питания слизистой шейки матки

113) Рубцовая деформация шейки матки – это

- A. нарушение кровообращения и питания слизистой шейки матки вследствие нарушения ее целостности и разрывов +
- B. выворот слизистой цервикального канала шейки матки на экзоцервикс
- C. изменения на шейке матки, обнаруживаемые во время беременности

D. десквамация многослойного плоского эпителия вследствие травматического повреждения

114) Гиперкератоз шейки матки – это

- A. морфофункциональные нарушения слизистой шейки матки, характеризующиеся потерей способности к гликогенообразованию и склонностью к ороговению +
- B. выворот слизистой цервикального канала шейки матки на экзоцервикс
- C. изменения на шейке матки, обнаруживаемые во время беременности
- D. некробиоз многослойного плоского эпителия вследствие травматического повреждения

115) Децидуоз – это

- A. изменения на шейке матки, обнаруживаемые во время беременности +
- B. десквамация многослойного плоского эпителия вследствие травматического повреждения
- C. морфофункциональные нарушения слизистой шейки матки, характеризующиеся потерей способности к гликогенообразованию и склонностью к ороговению
- D. нарушение кровообращения и питания слизистой шейки матки вследствие нарушения ее целостности и разрывов

116) К какому типу согласно классификации FIGO – системе PALM-COEIN относится субмукозная миома матки с интрамуральным компонентом  $\leq 50\%$

- A. 0
- B. 1 +
- C. 2
- D. 3

117) К какому типу согласно классификации FIGO – системе PALM-COEIN относится субмукозная миома матки с интрамуральным компонентом  $\geq 50\%$

- A. 1
- B. 2 +
- C. 3
- D. 4

118) К какому типу согласно классификации FIGO – системе PALM-COEIN относится интрамуральная миома матки

- A. 2
- B. 3
- C. 4 +
- D. 5

119) К какому типу согласно классификации FIGO – системе PALM-COEIN относится субсерозная миома матки на ножке

- A. 5
- B. 6
- C. 7 +

D. 8

120) К какому типу согласно классификации FIGO – системе PALM-COEIN относится цервикальная миома

A. 5

B. 6

C. 7

D. 8 +

121) К какому типу согласно классификации FIGO – системе PALM-COEIN относится субсерозно-интрамуральная миома матки (интрамуральный компонент  $\geq 50\%$ )

A. 3

B. 4

C. 5 +

D. 6

122) К какому варианту миом относят миому матки за пределами ее тела

A. интрамуральная

B. субсерозная

C. субмукозная

D. цервикальная и другие +

123) К какому варианту миом относят миому матки с локализацией в пределах мышечного слоя, а также частично субсерозно или доходя до границы с эндометрием

A. интрамуральная +

B. субсерозная

C. субмукозная

D. цервикальная и другие

124) К какому варианту миом относят миому матки, узлы которой исходят из мышечного слоя непосредственно над эндометрием

A. субмукозная +

B. субсерозная

C. интрамуральная

D. цервикальная и другие

125) К какому варианту миом относят миому матки, узлы которой располагаются преимущественно субсерозно, или на широком основании, или интралигаментарно

A. субсерозная +

B. субмукозная

C. интрамуральная

D. цервикальная и другие

126) Согласно классификации миом матки по анатомической локализации выделяют следующие варианты миом, кроме

- A. субмукозная миома +
- B. корпоральная миома
- C. истмическая миома
- D. цервикальная миома

127) Согласно гистологической классификации гладкомышечных и смешанных опухолей матки (ВОЗ, 2014) к доброкачественным опухолям матки относят

- A. аденомиому
- B. диффузный лейомиоматоз
- C. митотически активную лейомиому +
- D. атипичную полипoidную аденомиому

128) Согласно гистологической классификации гладкомышечных и смешанных опухолей матки (ВОЗ, 2014) к пограничным опухолям матки относят

- A. аденофибром
- B. лейомиосарком
- C. клеточную миому
- D. метастазирующую лейомиому +

129) Согласно гистологической классификации гладкомышечных и смешанных опухолей матки (ВОЗ, 2014) к смешанным (доброкачественным и злокачественным) опухолям матки относят

- A. аденомиому +
- B. гидрoпическую миому
- C. лейомиому с липоматозом
- D. эпителиoидную лейомиому

130) Согласно гистологической классификации гладкомышечных и смешанных опухолей матки (ВОЗ, 2014) к злокачественным опухолям матки относят

- A. лейомиосарком +
- B. митотически активную лейомиому
- C. метастазирующую лейомиому
- D. клеточную лейомиому

131) При каких типах миомы (классификация STEPW, 2005) имеет место низкая сложность проведения гистероскопической миомэктомии (одноэтапная, без использования ГнРГ)

- A. 0-4 +
- B. 5-6
- C. 7-8
- D. 9

132) При каких типах миомы (классификация STEPW, 2005) имеет место высокая сложность проведения гистероскопической миомэктомии (двухэтапная, использование ГнРГ)

- A. 0-1
- B. 2-3
- C. 3-4
- D. 5-6 +

133) При каких типах миомы (классификация STEPW, 2005) рассматриваются альтернативы использования гистероскопической техники

- A. 0-2
- B. 3-4
- C. 5-6
- D. 7-9 +

134) Проведение гистероскопии рекомендовано при подозрении на наличие

- A. шеечной миомы матки
- B. интралигаментарной миомы матки
- C. интрамурального узла
- D. миомы матки с центрипетальным ростом узла +

135) Назовите показание к миомэктомии во время беременности

- A. нарушение кровообращения в миоматозном узле
- B. количество миоматозных узлов 2 и более
- C. рост миоматозного узла
- D. некроз миоматозного узла +

136) Противопоказанием к сохранению беременности у пациенток с миомой матки высокого риска не является

- A. шеечно-перешеечная локализация миоматозного узла больших размеров
- B. интрамуральная локализация миомы +
- C. поздний возраст первородящей
- D. низкое расположение миоматозных узлов

137) Назовите фактор высокого риска осложненного течения беременности у женщин с миомой матки

- A. локализация плаценты в проекции расположения миомы +
- B. диаметр миоматозного узла до 7 см
- C. простая миома матки
- D. интрамуральное расположение миоматозного узла

138) Назовите фактор низкого риска осложненного течения беременности у женщин с миомой матки

- A. количество миоматозных узлов от 1 до 4 +
- B. центрипетальный рост узла
- C. пролиферирующая миома
- D. наличие рубца на матке

139) Какой морфологический вариант миомы матки характерен для пациенток репродуктивного периода и субмукозной локализацией узла

- A. митотически активная лейомиома +

- В. апоплексическая лейомиома
- С. гидрорическая лейомиома
- Д. простая лейомиома

140) Основным методом первичной инструментальной диагностики миомы матки является

- А. ультразвуковое исследование +
- В. проведение бимануального гинекологического осмотра
- С. гистероскопия
- Д. компьютерная томография

141) Врачебная тактика при наличии полипа эндометрия базального типа

- А. хирургическое лечение +
- В. хирургическое и гормональное лечение
- С. гормональное лечение
- Д. динамическое наблюдение

142) «Золотым» стандартом диагностики наружного эндометриоза является

- А. лапароскопия +
- В. гистероскопия
- С. МРТ
- Д. гистеросальпингография

143) Показанием для хирургического лечения при эндометриозе не является

- А. аденомиоз I степени +
- В. эндометриоидные кисты
- С. бесплодие
- Д. хроническая тазовая боль

144) Врачебная тактика при тяжелых формах эндометриоза

- А. только гормональная терапия
- В. только радикальное хирургическое вмешательство
- С. хирургическое и гормональное лечение +
- Д. комплексная противовоспалительная и гормональная терапия

145) Врачебная тактика при подозрении на эндометриальную гиперплазию

- А. динамическое наблюдение
- В. только гормональное лечение
- С. раздельное диагностическое выскабливание матки
- Д. раздельное лечебно-диагностическое выскабливание матки, гормональная терапия +

146) При подозрении на наличие эндометриальной гиперплазии по данным УЗИ показано проведение

- А. гормональной терапии
- В. аспирационной биопсии эндометрия
- С. аблации эндометрия
- Д. раздельного диагностического выскабливания матки под контролем

гистероскопии +

147) При сочетании эндометриальной гиперплазии с миомой матки и эндометриозом рекомендуется

- A. назначение агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона +
- B. проводить терапию в форме внутриматочной терапевтической системы
- C. оперативное лечение в объеме гистерэктомии
- D. назначение антиэстрогенов

148) При морфологически верифицированной гиперплазии эндометрия рекомендуется проводить терапию

- A. в форме внутриматочной терапевтической системы или прогестагенами +
- B. прогестагенами или комбинированными оральными контрацептивами
- C. агонистами гонадотропин-рилизинг гормонов или антиэстрогенами
- D. селективных модуляторов рецепторов прогестерона или антигонадотропинов

149) Показанием к гистерэктомии при наличии гиперплазии эндометрия не является

- A. сочетание эндометриальной гиперплазии с полипом эндометрия +
- B. прогрессирование эндометриальной гиперплазии в эндометриальную интраэпителиальную неоплазию
- C. отказ пациентки от консервативного лечения
- D. незаинтересованность пациентки в реализации репродуктивной функции

150) При наличии атипической гиперплазии эндометрия рекомендуется проведение

- A. гистерэктомии +
- B. гормональной терапии
- C. комплексного лечения (оперативное и гормональное)
- D. динамического наблюдения

151) К факторам риска развития гиперплазии эндометрия не относится

- A. ожирение
- B. отсутствие беременностей и родов в течение жизни
- C. позднее начало менструаций +
- D. позднее наступление менопаузы

152) Наиболее частый клинический симптом полипа эндометрия

- A. болевой синдром
- B. дисменорея
- C. аномальные маточные кровотечения +
- D. нарушение менструального цикла по типу олигоменореи

153) Наиболее частый клинический симптом эндометриальной гиперплазии

- A. болевой синдром
- B. дисменорея
- C. вторичная аменорея

D. аномальные маточные кровотечения +

154) Наиболее частый клинический симптом гиперплазии эндометрия с атипией

A. обильные бели

B. дисменорея

C. болевой синдром

D. аномальные маточные кровотечения +

155) Наиболее частый клинический симптом аденомиоза

A. анемия

B. обильные бели

C. аномальные маточные кровотечения +

D. преждевременная менопауза

156) Прогрессирование эндометриальной гиперплазии в рак эндометрия отмечается примерно в \_\_\_% случаев

A. 2-5 +

B. 20-25

C. 40-50

D. 80-90

157) Прогрессирование эндометриальной интраэпителиальной неоплазии в рак эндометрия отмечается примерно в \_\_\_% случаев

A. 5-10

B. 20

C. 40-50 +

D. 90

158) К предраковым заболеваниям эндометрия относится

A. железистый полип эндометрия

B. эндометриальная гиперплазия

C. аденомиоз тяжелой степени тяжести

D. эндометриальная интраэпителиальная неоплазия +

159) Атипическая гиперплазия эндометрия имеет морфологическое сходство с

A. хроническим эндометритом

B. железисто-кистозной гиперплазией

C. эндометриальными полипами

D. высококодифференцированной аденокарциномой +

160) Атипическая гиперплазия эндометрия изначально возникает в области

A. задней стенки матки

B. перешейка матки

C. передней стенки матки

D. трубных углов и дна матки +

161) Что не характерно для эндометриоза

- A. отсутствие рецидивов +
- B. инфильтративный рост
- C. клеточный атипизм
- D. прогрессивный автономный рост

162) Назовите причину маточных кровотечений в менопаузе

- A. шеечная миома
- B. субсерозная миома матки
- C. эндометриальная гиперплазия +
- D. функциональные кисты яичников

163) Какой метод не позволяет диагностировать аденомиоз

- A. гистероскопия
- B. УЗИ
- C. МРТ
- D. морфологическое исследование соскоба из полости матки +

164) Причиной маточных кровотечений в постменопаузе не является

- A. интрамуральная миома матки +
- B. полип эндометрия
- C. эндометриальная гиперплазия эндометрия
- D. атрофия эндометрия

165) Для диагностики внутриматочной патологии показано проведение

- A. гистероскопии +
- B. лапароскопии
- C. кольпоскопии
- D. гистеросальпингографии

166) К доброкачественной дисплазии молочной железы не относится

- A. мастопатия +
- B. фиброаденоматоз
- C. фиброзно-кистозная мастопатия
- D. аномалии развития молочной железы

167) К установленным факторам риска развития доброкачественной дисплазии молочной железы относят

- A. гормональную контрацепцию +
- B. вес при рождении
- C. менопаузальную гормональную терапию
- D. физическую активность в подростковом возрасте

168) Назовите фактор, который не ассоциирован с повышенным риском рака молочной железы

- A. самопроизвольный аборт +
- B. ранний возраст менархе
- C. повышенная плотность костей
- D. повышение уровня тестостерона

169) К установленным факторам риска развития рака молочной железы не относится

- A. увеличение индекса массы тела
- B. белая раса
- C. женский пол +
- D. грудные импланты

170) Обследование молочных желез проводится в следующей последовательности

- A. визуальный осмотр груди в положении стоя или сидя, пальпация груди, пальпация областей подмышечных лимфатических узлов
- B. визуальный осмотр груди в положении лежа, пальпация груди, пальпация областей подмышечных и надключичных лимфатических узлов
- C. визуальный осмотр груди в положении стоя или сидя, пальпация областей подмышечных и надключичных лимфатических узлов, пальпация груди +
- D. визуальный осмотр груди в положении стоя, пальпация груди, пальпация областей надключичных лимфатических узлов

171) Возникновение злокачественных новообразований в области ареолы отмечается с частотой

- A. 5%
- B. 15%
- C. 25% +
- D. 45%

172) Назовите клинический дифференциально-диагностический признак, характерный для доброкачественной дисплазии молочной железы

- A. двусторонние выделения из сосков без примеси крови +
- B. твердая консистенция образования
- C. образование фиксировано к коже
- D. втянутость соска

173) К клиническим особенностям злокачественной опухоли не относится

- A. эластическая консистенция образования +
- B. «лимонная корка»
- C. неровные края образования
- D. образование фиксировано к груди

174) Объективное обследование молочной железы проводится с \_\_\_ лет

- A. 18 +
- B. 25
- C. 35
- D. 40

175) Объективное обследование молочных желез проводится

- A. каждые 1-3 года
- B. ежемесячно +

- C. один раз в пять лет
- D. два раза в год

176) Согласно приказу МЗ от 9 декабря 2016 г №946н проведение маммографии рекомендуется у женщин в возрасте с \_\_\_ лет

- A. 35
- B. 39 +
- C. 44
- D. 46

177) МРТ, как метод скрининга, применяется при

- A. наличии фиброзно-кистозной мастопатии
- B. носительстве мутаций BRCA +
- C. фиброаденоматозе
- D. доброкачественной дисплазии молочной железы

178) МРТ является методом выбора при необходимости исследования молочных желез

- A. у беременных +
- B. в постменопаузе
- C. женщинам в репродуктивном возрасте
- D. при отсутствии грудного вскармливания

179) Выберите одно неправильное утверждение

- A. при риске рака молочной железы менее 15% МРТ молочных желез с целью скрининга не рекомендуется
- B. МРТ в качестве скрининга не рекомендуется у пациенток с дольковой карциномой *in situ* +
- C. УЗИ рассматривается в качестве основного инструментального метода оценки состояния молочных желез у женщин молодого возраста
- D. УЗИ молочных желез – незаменимый метод инструментальной диагностики в маммологии, дополняющий маммографию и МРТ

180) Проведение рутинного УЗИ скрининга показано при BI-RADS-

- A. 2 +
- B. 3
- C. 4
- D. 5

181) При BI-RADS – 4 вероятность малигнизации

- A. практически 0%
- B. > 0%, но < 2%
- C. > 2% +
- D. > 95%

182) При доброкачественной дисплазии молочных желез рекомендуется исследовать

- A. пролактин, ТТГ, Т4

- В. ФСГ, ЛГ, прогестерон, эстрадиол, пролактин
- С. ФСГ, ЛГ, пролактин, эстрадиол, прогестерон, кортизол, ТТГ, Т4 +
- Д. ингибин, пролактин, АМГ

183) Состояние, при котором нет ограничений для использования гормональных контрацептивных препаратов

- А. неуточненное образование в молочной железе
- В. отягощенный семейный анамнез по раку молочной железы и носительство BRCA1 и BRCA2 +
- С. рак молочной железы
- Д. высокая вероятность малигнизации по данным маммографии

184) Для коррекции масталгии эффективно применение

- А. агонистов дофамина
- В. индолкарбинола +
- С. дидрогестерона
- Д. мифепристона

185) Для коррекции масталгии не используют

- А. нестероидные противовоспалительные средства +
- В. агонисты гонадотропинрилизинг гормона
- С. тамоксифен
- Д. мифепристон

186) К установленным протективным факторам относительного риска доброкачественной дисплазии молочной железы не относят

- А. использование гормональной контрацепции +
- В. поддержание оптимального индекса массы тела
- С. коррекция рациона
- Д. оптимизация длительности менопаузальной гормональной терапии

187) Профилактическая медикаментозная терапия при высоком риске развития инвазивного рака молочной железы не включает назначения

- А. тамоксифена
- В. ингибиторов ароматазы
- С. ралоксифена
- Д. ибупрофена +

188) Выберите одно неправильное утверждение

- А. для коррекции масталгии эффективен даназол в дозе 200 мг ежедневно
- В. лекарственные препараты на основе Витекса священного не эффективны при доброкачественных дисплазиях молочных желез +
- С. доброкачественные заболевания молочных желез не являются официальным показанием для применения тамоксифена
- Д. ингибиторы дофамина могут эффективно применяться для лечения доброкачественных дисплазий молочных желез

189) Выберите одно неправильное утверждение

- A. гормональная контрацепция не усугубляет риск рака молочной железы, если он уже повышен
- B. риск рака молочной железы снижается, начиная с 10 летней продолжительностью использования менопаузальной гормональной терапии +
- C. женщинам-носительницам генетических мутаций гена BRCA может быть предложена двухсторонняя мастэктомия
- D. риск-редуцирующая сальпингоовариоэктомия в РФ не легитимна и не проводится даже по желанию пациентки

190) Самообследование молочных желез следует проводить

- A. ежемесячно +
- B. два раза в год
- C. ежегодно
- D. раз в три года

191) Самообследование молочных желез следует проводить на \_\_\_\_ день менструального цикла

- A. 2-5
- B. 5-7
- C. 7-10 +
- D. 10-14

192) Шаг 1 при самообследовании молочных желез это осмотр

- A. общего вида молочных желез
- B. кожи
- C. соска
- D. белья +

193) Процедура самообследования молочных желез состоит из \_\_\_\_ этапов

- A. 3
- B. 5
- C. 7 +
- D. 9

194) При наличии серозно-кровянистых выделений из соска/сосков при категории BI-RADS 1-3 рекомендуется

- A. УЗИ, маммография
- B. МРТ или дуктография +
- C. эксцизия протока
- D. динамическое наблюдение

195) При категории BI-RADS 4-5 диагноз ставится на основании

- A. УЗИ
- B. маммографии
- C. МРТ
- D. биопсии ткани молочной железы +

196) Что не относится к факторам риска пролапса тазовых органов

- A. миома матки +
- B. дефицит эстрогенов
- C. дисплазия соединительной ткани
- D. избыточная масса тела/ожирение

197) Опущение дистального компонента влагалищной стенки более чем на 1 см выше уровня гименального кольца – это \_\_\_ стадия пролапса тазовых органов (по системе POP-Q)

- A. 1 +
- B. 2
- C. 3
- D. 4

198) Опущение дистального компонента влагалищной стенки на расстояние менее 1 см выше и не более 1 см ниже уровня гименального кольца — это \_\_\_ стадия пролапса тазовых органов (по системе POP-Q)

- A. 1
- B. 2 +
- C. 3
- D. 4

199) Опущение дистального компонента влагалищной стенки на расстояние ниже 1 см от уровня гименального кольца, но менее 2 см от общей длины влагалища - это \_\_\_ стадия пролапса тазовых органов (по системе POP-Q)

- A. 1
- B. 2
- C. 3 +
- D. 4

200) Полная эверсия (выворот) влагалища, ведущая точка пролапса на расстоянии  $\geq$  TVL-2 - это \_\_\_ стадия пролапса тазовых органов (по системе POP-Q)

- A. 1
- B. 2
- C. 3
- D. 4 +

201) Назовите вариант хирургического вмешательства при пролапсе тазовых органов и одновременной коррекции недержания мочи

- A. сакрокольпопексия
- B. передняя кольпоррафия
- C. кольпоклеизис
- D. операция Берча +

202) Назовите вариант хирургического вмешательства при пролапсе передней стенки влагалища

- A. кольпоклеизис

- В. сакроспинальная фиксация
- С. лапароскопическая операция Ричардсона +
- Д. субуретральная петлевая пластика с коррекцией пролапса гениталий

203) Назовите вариант хирургического вмешательства при пролапсе матки или культы влагалища

- А. лапароскопическая операция Ричардсона
- В. влагалищная гистерэктомия
- С. сакрокольпопексия +
- Д. кольпоклеизис

204) Наиболее эффективным методом лечения опущения стенок влагалища и выпадения матки является

- А. специальная лечебная физкультура, направленная на укрепление мышц тазового дна
- В. ношении маточного кольца (пессария)
- С. хирургический +
- Д. консервативный

205) Специфическая профилактика пролапса тазовых органов – это

- А. специфическая профилактика не разработана +
- В. бережное ведение родов (не допускать длительных травматичных родов)
- С. применение гормональной терапии при гипоэстрогенных состояниях
- Д. проведение комплекса упражнений для укрепления мышц тазового дна

206) К осложнениям при использовании сетчатых имплантов не относится

- А. развитие скрытой формы недержания мочи +
- В. обструктивное мочеиспускание
- С. забрюшинные гематомы
- Д. эрозии слизистой влагалища

207) Выберите одно неправильное утверждение

- А. пациенткам с пролапсом тазовых органов не рекомендуется проведение оперативных вмешательств, направленных на частичную облитерацию влагалища (срединная кольпорафия Лефора–Нейгебауэра, влагалищно-промежностный клейзис (операция Лабгардта)) +
- В. при элонгации шейки матки и опущении стенок влагалища рекомендовано выполнение манчестерской операции
- С. одним из способов устранения маточно-вагинального пролапса является крестцово-остистая фиксация матки либо культы влагалища
- Д. использование синтетической сетки или биологических трансплантатов при трансвагинальном восстановлении пролапса задней стенки влагалища не улучшает исходы у первичных пациенток

208) Что не относится к осложнениям при применении синтетических имплантов

- А. протрузии имплантов во влагалище
- В. апикальный пролапс +

- C. диспареунии
- D. тазовые боли

209) Какой вариант хирургической коррекции пролапса тазовых органов включает в себя устранение пролапса путем фиксации купола влагалища/шейки матки к крестцово-остистым связкам, при этом оно подтягивается вверх и вбок к стенке таза

- A. кульдопластика по McCall
- B. операция Лабгардта
- C. Манчестерская операция
- D. сакроспинальная фиксация и сакральная кольпопексия +

210) При наличии цистоцеле либо ректоцеле предпочтительнее использовать пессарий

- A. Gehrung +
- B. Hodge
- C. Gellhorn
- D. Donut

211) При легкой степени цистоцеле и для коррекции ретроверсии матки наилучшим выбором является пессарий

- A. Hodge +
- B. Gehrung
- C. Gellhorn
- D. Donut

212) К поддерживающим пессариям относится

- A. кольцеобразный +
- B. кубический
- C. «пончикообразный»
- D. треугольный

213) Проведение кашлевой пробы осуществляется при наличии у пациентки позыва к мочеиспусканию и наличии в мочевом пузыре не менее \_\_\_ мл

- A. 100
- B. 150
- C. 200
- D. 300 +

214) Опушение тазовых органов на половину расстояния до девственной плевы – это \_\_\_ степень опущения

- A. 1 +
- B. 2
- C. 3
- D. 4

215) Опушение тазовых органов до девственной плевы – это \_\_\_ степень опущения

- A. 1
- B. 2 +
- C. 3
- D. 4

216) Опушение тазовых органов ниже девственной плевы на половину расстояния до девственной плевы – это \_\_\_ степень опущения

- A. 1
- B. 2
- C. 3 +
- D. 4

217) К маркерам дисплазии соединительной ткани не относится

- A. сниженная эластичность кожи +
- B. гибкость суставов
- C. склонность к формированию гематом
- D. наличие варикозной болезни вен нижних конечностей

218) Выберите одно неправильное утверждение

- A. проба Вальсальвы без репозиции пролапса тазовых органов не может быть применена для диагностики недержания кала +
- B. пациенткам с пролапсом тазовых органов при наличии симптомов со стороны ЖКТ рекомендовано назначение аноректальной манометрии
- C. тяжесть пролапса тазовых органов находится в прямой зависимости от выраженности проявлений дисплазии соединительной ткани на экстрагенитальном уровне
- D. для визуализации дефекта тазового дна используются зеркала Симпсона

219) К оперативным вмешательствам, направленным на частичную облитерацию влагалища, относится

- A. гистеропексия
- B. кульдопластика по Мошковичу
- C. укрепление заднего свода влагалища по McCall
- D. срединная кольпорафия Лефора–Нейгебауэра +

220) Применение сетчатых имплантов может уменьшать риски рецидивирования пролапса при

- A. пролапсе 1 степени
- B. пролапсе 2 степени
- C. проведении первичной операции
- D. наличии синдрома Эллерса-Данло +

221) С целью подготовки к программе ВРТ не рекомендовано направлять пациентку на определение

- A. антител к бледной трепонеме
- B. антител классов М и G (IgM, IgG) к цитомегаловирусу +
- C. антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С в крови

D основных групп по системе ABO и антигена D системы Резус

222) С целью подготовки к программе ВРТ не рекомендовано направлять пациентку на определение

- A. антител классов M и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С в крови
- B. уровня ФСГ в сыворотке крови
- C. антител к вирусу простого герпеса +
- D. уровня АМГ в сыворотке крови

223) Выберите одно неправильное утверждение

- A. с целью уточнения причины бесплодия не рекомендовано направлять пациентку на проведение посткоитального теста +
- B. нарушение флоры влагалища ассоциировано с бесплодием и увеличивает риск самопроизвольного выкидыша
- C. в структуре эндокринного бесплодия частота нормогонадотропной нормоэстрогенной ановуляции составляет примерно 85%
- D. как избыточная, так и недостаточная масса тела ассоциирована с бесплодием

224) Выберите одно правильное утверждение

- A. пациентке с неуточненной формой бесплодия не рекомендовано назначать индукцию овуляции с использованием кломифена +
- B. пациентке с эндометриозом 1-2 стадии при сохраненной проходимости маточных труб рекомендовано назначать гормональное лечение эндометриоза с целью увеличения вероятности наступления спонтанной беременности
- C. пациентке с эндометриозом 3-4 стадии не рекомендовано назначать терапию аГнРГ перед проведением программы ВРТ с целью увеличения вероятности наступления спонтанной беременности
- D. пациентке с гиперпролактинемией не рекомендовано назначение агонистов допаминовых рецепторов с целью увеличения вероятности наступления спонтанной беременности

225) Пациентке с миомой матки, планирующей беременность, не рекомендовано проведение

- A. эмболизации маточных артерий +
- B. хирургического лечения субсерозного узла > 4 см
- C. гистерорезектоскопии субмукозной миомы матки
- D. оперативного лечения миомы матки с быстрым ростом узла

226) С целью профилактики многоплодной беременности при проведении переноса эмбриона пациентке рекомендовано переносить не более \_\_\_ эмбриона/эмбрионов

- A. 1
- B. 2 +
- C. 3
- D. 4

227) Длительность ожидания проведения ВРТ при получении направления для проведения ВРТ должна составлять не более \_\_\_ месяцев с момента получения направления

- A. 3 +
- B. 6
- C. 9
- D. 12

228) Показанием для госпитализации в стационар при проведении программ овариальной стимуляции не является

- A. миома матки +
- B. влагалищное кровотечение
- C. синдром гиперстимуляции яичников средней степени
- D. осложнения после анестезии

229) Показанием для применения ВРТ является

- A. ановуляция
- B. идиопатическая форма бесплодия +
- C. мужской фактор бесплодия
- D. эндокринная патология

230) Программа ЭКО включает

- A. стимуляцию яичников, пункцию фолликулов, забор яйцеклеток, оплодотворение яйцеклеток спермой, культивирование эмбрионов, перенос эмбрионов в полость матки +
- B. забор яйцеклеток, оплодотворение яйцеклеток спермой, культивирование эмбрионов, перенос эмбрионов в полость матки
- C. оплодотворение яйцеклеток спермой, культивирование эмбрионов, перенос эмбрионов в полость матки
- D. культивирование эмбрионов, перенос эмбрионов в полость матки

231) Какие опухоли яичников чаще малигнизируются

- A. эпителиальные +
- B. опухоли стромы полового тяжа
- C. мезотелиальные
- D. смешанные

232) Основной путь метастазирования пограничных опухолей яичников

- A. гематогенный
- B. лимфогенный
- C. имплантационный +
- D. контактный

233) Ранняя менопауза – это наступление менопаузы в \_\_\_ лет

- A. 40-44 +
- B. 45-47

В. 45-50

Г. 37-40

234) Поздняя менопауза – это наступление менопаузы старше \_\_\_ лет

А. 50

Б. 52

В. 55 +

Г. 57

235) Преждевременная менопауза – это наступление менопаузы до \_\_\_ лет

А. 35

Б. 37

В. 40 +

Г. 44

236) Своевременная менопауза – это наступление менопаузы в \_\_\_ лет

А. 45-55 +

Б. 50-55

В. 48-52

Г. 44-50

237) Дайте определение перименопаузы

А. начинается в 45 лет и заканчивается с наступлением менопаузы

Б. период после наступления менопаузы

В. стойкое прекращение менструаций

Г. период менопаузального перехода + 12 месяцев после последней самостоятельной менструации +

238) Для какого этапа старения репродуктивной системы женщины характерно прогрессирующее повышение уровня ФСГ и снижение ингибина В

А. фаза раннего постменопаузального периода +

Б. период менопаузального перехода

В. перименопауза

Г. менопауза

239) Что характерно для периода менопаузального перехода

А. различные уровни ФСГ и E2; снижение ингибина В и АМГ +

Б. повышение уровня ФСГ, снижение E2 и АМГ

В. повышение уровня ФСГ, снижение E2 и ингибина В

Г. снижение уровня ФСГ, АМГ и E2; повышение ингибина В

240) Что характерно для раннего постменопаузального периода

А. повышение уровня ФСГ, снижение E2, АМГ и ингибина В +

Б. снижение уровня ФСГ, АМГ и E2; повышение ингибина В

В. повышение уровня ФСГ, E2, АМГ и ингибина В

Г. снижение уровня ФСГ, E2, АМГ и ингибина В

241) Что не относится к вазомоторным симптомам климактерия

- А. слабость +
- Б. приливы
- В. потливость
- Г ознобы

242) Что относится к вазомоторным симптомам климактерия

- А. ночная потливость +
- Б. расстройство сна
- В. возбудимость
- Г. снижение памяти

243) Наиболее часто первыми симптомами климактерия являются

- А. вазомоторные +
- Б. скелетно-мышечные
- В. сексуальные
- Г. урогенитальные

244) Классификация STRAW+10 применима у пациенток

- А. использующих комбинированные оральные контрацептивы
- Б. с синдромом поликистозных яичников
- В. после аблации эндометрия
- Г. с миомой матки +

245) Для определения степени тяжести менопаузальных симптомов  
рекомендуется проводить анкетирование по шкале

- А. Грина +
- В. Бишопа
- С. Оксфорда
- Д. Ферримана-Голлвея

246) Рекомендуется назначение менопаузальной гормональной терапии для

- А. лечения психоэмоциональных расстройств
- В. лечения вазомоторных симптомов легкой степени
- С. восполнения дефицита эстрогенов
- Д. профилактики остеопороза +

247) К абсолютным противопоказаниям для назначения менопаузальной  
гормональной терапии не относится

- А. гемолитическая анемия +
- В. кожная порфирия
- С. наличие полипа эндометрия
- Д. острые и хронические заболевания печени в анамнезе

248) Непрерывный монофазный режим менопаузальной гормональной  
терапии назначается не ранее чем через \_\_ месяцев после последней  
менструации

- А. 6

- В. 9
- С. 12 +
- Д. 18

249) Выберите одно неправильное утверждение

- А. для лечения женщин с когнитивными нарушениями рекомендовано назначать препараты тестостерона +
- В. у женщин для купирования ГУМС рекомендовано использование системной менопаузальной гормональной терапии
- С. у женщин с гиперинсулиемией рекомендуется отдавать предпочтение трансдермальному пути введения препаратов эстрогенов
- Д. рекомендуется назначение монотерапии эстрогенами в непрерывном режиме женщинам с удаленной маткой, вне зависимости от фазы климактерия, для лечения климактерических симптомов

250) Какой препарат относится к селективным ингибиторам обратного захвата серотонина и норадреналина

- А. венлафаксин +
- В. пароксетин
- С. эсциталопрам
- Д. флуоксетин

251) Выберите вариант комбинированной эстроген-гестагенной терапии в непрерывном режиме

- А. эстрадиол гемигидрат 1мг/дроспиренон 2 мг +
- В. эстрадиол валериат 2мг/ ципротерон ацетат 1мг
- С. эстрадиол гемигидрат 2мг/дидрогестерон 10 мг
- Д. эстрадиол валериат 2мг/ норгестрел 500 мг

252) Выберите вариант комбинированной эстроген-гестагенной терапии в циклическом режиме

- А. эстрадиол гемигидрат 2мг/дидрогестерон 10 мг +
- В. эстрадиол гемигидрат 1мг/дидрогестерон 5 мг
- С. эстрадиол гемигидрат 1мг/дроспиренон 2 мг
- Д. эстрадиол гемигидрат 0,06%/дидрогестерон 10 мг

253) Монотерапия эстрогенами проводится женщинам

- А. с интактной маткой в перименопаузе
- В. в фазе менопаузального перехода для регуляции менструального цикла
- С. с удаленной маткой, вне зависимости от фазы климактерия, для лечения климактерических симптомов (в непрерывном режиме) +
- Д. в перименопаузе для профилактики гиперпластических процессов эндометрия

254) Комбинированная эстроген-гестагенная терапия проводится женщинам

- А. с интактной маткой в перименопаузе и в постменопаузе для лечения климактерических симптомов и профилактики остеопороза +
- В. в фазе менопаузального перехода для регуляции менструального цикла

- C. с удаленной маткой, вне зависимости от фазы климактерия, для лечения климактерических симптомов (в непрерывном режиме)
- D. в перименопаузе для профилактики гиперпластических процессов эндометрия

255) Монотерапия гестагенами проводится женщинам

- A. в фазе менопаузального перехода и в пременопаузе для регуляции менструального цикла и для профилактики гиперпластических процессов эндометрия +
- B. с удаленной маткой, вне зависимости от фазы климактерия, для лечения климактерических симптомов (в непрерывном режиме)
- C. с интактной маткой в перименопаузе для лечения климактерических симптомов
- D. с интактной маткой в постменопаузе для профилактики остеопороза

266) К негормональным методам терапии генитоуринарного менопаузального синдрома относится

- A. гиалуронат натрия +
- B. сухой экстракт корневищ цимифуги
- C. жидкий экстракт корневищ цимифуги
- D. эпифиз крупного рогатого скота

267) К негормональным методам терапии вазомоторных симптомов относится

- A. бета-аланин +
- B. молочная кислота
- C. аскорбиновая кислота
- D. гиалуронат натрия

268) Назовите характер патологического процесса при преждевременном половом созревании

- A. дисфункция яичников
- B. гормонально-активная опухоль яичника +
- C. дисфункция надпочечников
- D. анатомическая недостаточность яичников

269) Назовите характер патологического процесса при задержке полового развития

- A. дисгенезия гонад
- B. фолликулярная киста яичника
- C. функциональные нарушения ЦНС +
- D. надпочечниковая гиперандрогения

270) Назовите характер патологического процесса при нарушении полового развития в пубертантном возрасте

- A. аномалии половых хромосом
- B. врожденный андреногенитальный синдром
- C. функциональная недостаточность яичников
- D. функциональные диэнцефальные нарушения +

- 271) Укажите локализацию патологического процесса при изосексуальном преждевременном половом созревании
- A. ЦНС +
  - B. яичники
  - C. корковый слой надпочечников
  - D. дисгенезия гонад
- 272) Укажите локализацию патологического процесса при гетеросексуальном преждевременном половом созревании
- A. дисгенезия гонад
  - B. яичники
  - C. ЦНС
  - D. корковый слой надпочечников +
- 273) Укажите локализацию патологического процесса при транзиторной форме преждевременного полового созревания
- A. корковый слой надпочечников
  - B. яичники +
  - C. ЦНС
  - D. дисгенезия гонад
- 274) Укажите локализацию патологического процесса при отсутствии вторичных половых признаков, резком недоразвитии половых органов
- A. дисгенезия гонад +
  - B. корковый слой надпочечников
  - C. ЦНС
  - D. яичники
- 275) Что не относится к клиническим проявлениям преждевременного полового созревания
- A. олигоменорея, повышение массы тела +
  - B. гипертрофия клитора
  - C. отсутствуют молочные железы
  - D. ускоренный темп роста
- 276) Что не относится к клиническим проявлениям нарушения полового развития в пубертантном возрасте
- A. обменно-вегетативные нарушения
  - B. аменорея +
  - C. гипертрихоз
  - D. ожирение
- 277) Назовите клинический симптом при отсутствии полового развития
- A. гипертрихоз
  - B. олигоменорея
  - C. превышение массы тела
  - D. первичная аменорея +

278) Что такое синдром Рокитанского-Кюстера-Майера

- A. аплазия влагалища и матки +
- B. однорогая матка
- C. гипоплазия яичников
- D. аплазия придатков матки с одной стороны

279) Какая форма матки не относится к двурогой матке

- A. шаровидная +
- B. седловидная
- C. неполная
- D. полная

280) К порокам развития маточных труб и яичников не относится

- A. аплазия придатков матки в обеих сторон +
- B. аплазия яичника
- C. наличие добавочных труб
- D. наличие добавочных яичников

281) Согласно классификации пороков развития к полной аплазии влагалища с функционирующей рудиментарной маткой не относится

- A. рудимент матки в виде одного мышечного валика +
- B. функционирующая рудиментарная матка в виде одного или двух мышечных валиков
- C. функционирующая рудиментарная матка с аплазией шейки матки
- D. функционирующая рудиментарная матка с аплазией цервикального канала

282) Для какого порока матки не является характерным аменорея

- A. однорогая матка +
- B. аплазия влагалища
- C. атрезия влагалища
- D. атрезия девственной плевы

283) Назовите метод лечения при наличии полной перегородки матки

- A. гистерорезектоскопия +
- B. абляция эндометрия
- C. бужирование цервикального канала
- D. резекция тела матки

284) Назовите причину фиксированной ретрофлексии матки

- A. наружный эндометриоз +
- B. снижение тонуса матки
- C. недоразвитие половых органов
- D. заболевания, сопровождающиеся выраженным похуданием

285) К скрининговому методам обследования пациенток с пороками развития матки и влагалища относится

- A. кариотипирование +

- В. гистероскопия
- С. МРТ
- Д. лапароскопия

286) К специальным методам обследования пациенток с пороками развития матки и влагалища относится

- А. УЗИ
- В. гистероскопия +
- С. определение полового хроматина
- Д. кариотипирование

287) Какой объем операции показан при двурогой матке

- А. гистерорезектоскопия
- В. удаление рудиментарного рога
- С. метропластика по Штрассману +
- Д. вагинопластика с лапароскопией

288) Максимальное количество лактобактерий отмечается

- А. во время менструации
- В. во время овуляции
- С. в середине пролиферативной фазы
- Д. в середине секреторной фазы +

289) Наименьшее количество микроорганизмов во влагалище определяется

- А. во время менструации +
- В. середине секреторной фазы
- С. во время овуляции
- Д. в середине пролиферативной фазы

290) Наибольшую информацию о количественном и качественном составе вагинальной микрофлоры можно получить на \_\_\_ день менструального цикла

- А. 5-7
- В. 2-14 +
- С. 14-18
- Д. 16-21

291) Содержание гликогена в эпителиоцитах влагалища во время беременности

- А. низкое
- В. высокое
- С. очень высокое +
- Д. очень низкое

292) Какое физиологическое состояние экосистемы характерно для репродуктивного периода

- А. значение pH кислое +
- В. преобладают облигатные анаэробы
- С. содержание гликогена снижено
- Д. общее количество бактерий понижено

293) Какое физиологическое состояние экосистемы не характерно для периода постменопаузы

- A. кислое значение pH +
- B. преобладают облигатные анаэробы
- C. низкое разнообразие микроорганизмов
- D. окислительно-восстановительный потенциал снижен

294) Какое физиологическое состояние экосистемы характерно для женщин во время беременности

- A. высокий уровень эстрогенов +
- B. нейтральное значение pH
- C. окислительно-восстановительный потенциал снижен
- D. общее количество бактерий понижено

295) К облигатным анаэробным микроорганизмам относится

- A. *Peptococcus species* +
- B. *Staphylococcus aureus*
- C. *Echerichia coli*
- D. *Klebsiella species*

296) К микроаэрофильным бактериям относятся

- A. *G.vaginalis* +
- B. *Lactobacillus spp.*
- C. *Echerichia coli*
- D. *Klebsiella species*

297) Умеренное или снижение количества лактобактерий, наличие грамположительных кокков, грамотрицательных палочек - это какой тип биоценоза

- A. нормоценоз
- B. промежуточный +
- C. дисбиоз
- D. вагинит

298) Доминирование лактобактерий, отсутствие грамотрицательной флоры, спор, мицелия, лейкоцитов - это какой тип биоценоза

- A. нормоценоз +
- B. промежуточный
- C. дисбиоз
- D. вагинит

299) Что характерно для I степени чистоты влагалища

- A. единичные эпителиальные клетки +
- B. грамотрицательные палочки
- C. лейкоциты
- D. *comma variabile*

300) При какой степени частоты влагалища имеет место наличие грамотрицательных кокков

- A. только II
- B. I-II
- C. III и IV +
- D. только IV

301) Что не характерно для нормоценоза

- A. полимикробный характер флоры +
- B. общее количество микроорганизмов составляет 10<sup>6</sup>-10<sup>8</sup> КОЕ/мл
- C. абсолютное преобладание лактобактерий
- D. условно-патогенные микроорганизмы в низком титре

302) Перечислите представителей флоры Додерлейна

- A. *Peptostreptococcus* spp +
- B. *Lactobacillus* spp
- C. *Bifidobacterium* spp
- D. *Bacteroides* spp

303) Критерием бактериального вагиноза является определение в мазках

- A. "ключевых клеток" +
- B. лейкоцитов до 20 в п/зрения
- C. наличие палочковидной флоры
- D. наличие мицелия грибов

304) Назовите методы, необходимые для верификации микоплазменной инфекции

- A. ИФА +
- B. ПЦР
- C. Культуральное исследование
- D. Серологическое исследование

305) Терапию микоплазменной инфекции следует начинать при наличии

- A. клинической картины воспаления +
- B. положительного культурального или ПЦР-исследования
- C. титра микоплазм во влагалищном секрете выше 10<sup>5</sup>
- D. выявления микоплазменной инфекции методом ПЦР

306) Перечислите питательные среды, используемые для высевания грибов

- A. среда Сабуро +
- B. среда Шедлера
- C. кровяной агар
- D. среда ЭДТА

307) Перечислите основные изменения состава микрофлоры влагалища, развивающиеся на фоне физиологической беременности

- A. увеличение концентрации лактофлоры
- B. увеличение количества грибковой инфекции +

- C. снижение количества условно-патогенных микроорганизмов
- D. увеличение концентрации бифидобактерий

308) Метод газожидкостной хроматографии позволяет сравнить содержание в вагинальном отделяемом основных продуктов метаболизма лактобактерий и облигатно-анаэробных микроорганизмов

- A. уксусной кислоты +
- B. молочной кислоты
- C. янтарной кислоты
- D. метод не основан на сравнении концентраций продуктов метаболизма

309) Перечислите основные правила, которые необходимо соблюдать при заборе материала из влагалища для проведения бактериологического исследования

- A. накануне забора женщина не должна жить половой жизнью
- B. материал берется до начала антибактериальной терапии
- C. за 30 минут до забора материала женщина не должна мочиться +
- D. необходимо удалять слизистую пробку из канала шейки матки и наложения со стенок влагалища

310) Понятие нормоценоз влагалища включает

- A. доминирование лактофлоры над другими микроорганизмами +
- B. доминирование бифидобактерий над другими микроорганизмами
- C. наличие условно-патогенной флоры в концентрации менее  $10^4$  КОЕ/мл
- D. количество лактобактерий  $10^6$  КОЕ/мл

311) Назовите экзогенный фактор, влияющий на количественный и качественный состав микрофлоры влагалища

- A. атрофия слизистой влагалища
- B. беременность
- C. спринцевание +
- D. возраст

312) К эндогенным факторам, которые влияют на микрофлору влагалища не относится

- A. хирургические вмешательства +
- B. гормональные изменения
- C. нарушение в системы местного иммунитета
- D. снижение количества лактобактерий

313) Назовите предрасполагающий фактор риска развития воспалительных заболеваний органов малого таза

- A. роды
- B. менструация
- C. состояние гормонального фона +
- D. длительное применение антибактериальных препаратов

314) Какой фактор, не является провоцирующим в развитии воспалительных заболеваний органов малого таза

- A. генетически обусловленные особенности иммунных клеток +
- B. проведение лечебных манипуляций на внутренних половых органах
- C. частое использование антибактериальной терапии
- D. менструация

315) Ведущим этиологическим фактором развития воспалительных заболеваний органов малого таза не является

- A. микоплазменная инфекция +
- B. хламидийная инфекция
- C. гонококковая инфекция
- D. эндогенная микрофлора

316) Назовите основную причину перехода острого воспалительного процесса в хронический

- A. высокая вирулентность микроорганизмов
- B. аэробная инфекция
- C. анаэробная инфекция
- D. нарушение иммунных защитных свойств женского организма +

317) К осложненным формам воспалительного процесса не относится

- A. острый сальпингит +
- B. пиосальпинкс
- C. гидросальпинкс
- D. параметрит

318) К заболеваниям, передающимся половым путем, не относится \_\_\_ инфекция

- A. уреаплазменная +
- B. герпетическая
- C. папилломавирусная
- D. хламидийная

319) К специальным методам исследования при воспалительном процессе органов малого таза относят

- A. лапароскопия
- B. УЗИ
- C. рентген грудной клетки
- D. цитологическое исследование мазков с шейки матки +

320) Назовите дополнительный метод диагностики воспалительных заболеваний органов малого таза

- A. лапароскопия
- B. УЗИ
- C. гистологическое исследование +
- D. микробиологическое исследование отделяемого из влагалища

321) Что не относится к минимальным критериям постановки диагноза воспалительные заболевания органов малого таза (ВОЗ)

- A. патологические выделения из влагалища +
- B. болезненность при пальпации в нижней части живота
- C. болезненность в области придатков матки
- D. болезненные тракции за шейку матки

322) Назовите доказательный критерий постановки диагноза воспалительные заболевания органов малого таза (ВОЗ)

- A. лабораторное подтверждение инфекции
- B. положительный С-реактивный белок
- C. болезненные тракции за шейку матки
- D. ультразвуковые данные с использованием трансвагинального сканирования +

323) Какой критерий постановки диагноза воспалительные заболевания органов малого таза (ВОЗ) не относится к дополнительным

- A. повышение СОЭ
- B. лейкоцитоз
- C. фебрильная лихорадка
- D. отклонения в малом тазу, обнаруженные при лапароскопии +

324) К "оптимальному" варианту антибактериальной терапии не относятся

- A. пенициллины +
- B. макролиды
- C. тетрациклины
- D. фторхинолоны

325) Назовите ведущий клинический симптом, характерный для хронического эндометрита

- A. выделения из половых путей различной интенсивности и характера
- B. нарушение менструального цикла +
- C. болезненность матки при исследовании
- D. болезненность тракций шейки матки

326) Что не является показанием для оперативного лечения при наличии воспалительного процесса органов малого таза

- A. перфорация tuboовариального образования
- B. tuboовариальное образование в репродуктивном возрасте
- C. внутрибрюшной абсцесс
- D. острый гнойный сальпингит +

327) Врачебная тактика при наличии гидросальпинкса в репродуктивном периоде

- A. оперативное лечение +
- B. динамическое наблюдение
- C. антибактериальная терапия
- D. комплексная противовоспалительная терапия

328) Врачебная тактика при наличии пиосальпинкса в репродуктивном периоде

- A. оперативное лечение +
- B. динамическое наблюдение
- C. антибактериальная терапия
- D. комплексная противовоспалительная терапия

329) Что не относится к клиническим симптомам пиометры

- A. боли внизу живота
- B. метроррагии +
- C. озноб
- D. лихорадка

330) К механизмам действия нестероидных противовоспалительных средств не относится

- A. активация синтеза медиаторов воспаления +
- B. стабилизация лизосомальных мембран
- C. уменьшение проницаемости капилляров
- D. уменьшение экссудативных проявлений воспаления

331) Назовите наиболее часто встречающийся патогенетический механизм развития острого эндометрита

- A. восходящий +
- B. гематогенный
- C. лимфогенный
- D. контактный

332) Назовите частую причину развития тубовариального образования воспалительного характера

- A. аборт
- B. гистроскопия
- C. использование ВМК +
- D. хламидийная инфекция

333) К факторам риска развития воспалительных заболеваний органов малого таза не относится

- A. раннее начало половой жизни
- B. спринцевание
- C. роды +
- D. анемия

334) Выберите один наиболее правильный ответ

- A. у пациентов, принимающих антибиотики, всегда имеется риск развития суперинфекции +
- B. антибиотики с бактерицидным действием останавливают рост микробов
- C. Минимальным критерием постановки диагноза воспалительные заболевания органов малого таза (ВОЗ) является лейкоцитоз
- D. острый сальпингит относится к осложненной форме воспалительных

процессов

335) Назовите антибактериальный препарат с бактериостатическим действием

- A. эритромицин +
- B. неомицин
- C. цефалоспорины
- D. пенициллины

336) Назовите антибактериальные препараты с бактерицидным действием

- A. аминогликозиды =
- B тетрациклины
- C. макролиды
- D. сульфаниламиды

337) В состав нормальной микрофлоры влагалища входят \_\_\_\_

- A. непатогенные
- B. условно-патогенные
- C. непатогенные и условно-патогенные
- D. непатогенные, условно-патогенные и патогенные +

338) Что не относится к определению массивной кровопотери

- A. переливание более 5 доз эритроцитов за 24 часа +
- B. потеря более 50% ОЦК за 3 часа
- C. кровопотеря более 30% ОЦК
- D. кровотечение более 150 мл/мин

339) Массивной кровопотерей считается

- A. замена одного ОЦК за 24 часа +
- B. потеря более 20% ОЦК за 3 часа
- C. кровотечение более 100 мл/мин
- D. требование немедленного переливания 4 доз эритроцитов в соответствии с потерями

340) Для массивной кровопотери характерно кровотечение более \_\_ мл/мин

- A. 50
- B. 70
- C. 100
- D. 150 +

341) К массивной кровопотере относится потеря ОЦК более \_\_\_\_% за 3 часа

- A. 20
- B. 30
- C. 40
- D. 50 +

342) Частота дыханий 20-30 в мин характерна для \_\_\_\_ степени тяжести кровопотери

- A. I

- B. II +
- C. III
- D. IV

343) Диурез 5-15 мл/ч характерен для \_\_\_ степени тяжести кровопотери

- A. I
- B. II
- C. III +
- D. IV

344) Какой лабораторный показатель для экстренной коррекции не относится к критическим изменениям

- A. гипокоагуляция
- B. концентрация фибриногена 2-4 г/л +
- C. увеличение АЧТВ более чем в 1,5 раза
- D. гемоглобин менее 70 г/л

345) К нормальным лабораторным показателям при острой кровопотере не относится

- A. гипокоагуляция =
- B. гиперкоагуляция
- C. МНО 1,0-1,3
- D. АЧТВ 28-32 с

346) Потеря крови 750-1500 мл – это \_\_\_ степень тяжести кровопотери

- A. I
- B. II +
- C. III
- D. IV

347) Какой показатель не учитывается в шкале диагностики явного (с кровотечением) ДВС-синдрома

- A. растворимые мономеры фибрина
- B. количество тромбоцитов
- C. фибриноген
- D. АЧТВ +

348) Абсолютные показания для проведения заместительной терапии компонентами крови – это сумма баллов более \_\_\_ по шкале диагностики явного (с кровотечением) ДВС-синдрома

- A. 3
- B. 5 +
- C. 7
- D. 10

349) На догоспитальном этапе необходимо начать инфузию кристаллоидов в объеме \_\_\_ мл

- A. 250

- B. 500 +
- C. 700
- D. 1000

350) Выберите один правильный ответ

- A. при исходной артериальной гипотонии не рекомендуется до остановки кровотечения повышать АД выше 100 мм рт. ст. +
- B. при тяжелом геморрагическом шоке и неэффективности инфузионной терапии не допустимо использование минимальных доз вазопрессоров
- C. медицинская эвакуация в другой стационар пациенток с продолжающимся кровотечением противопоказана
- D. при наличии геморрагического шока на догоспитальном этапе следует провести клиническую оценку кровопотери

351) При подозрении на геморрагический шок на догоспитальном этапе гемостатическая терапия включает введение

- A. 1г транексамовой кислоты внутривенно +
- B. 1 дозы эритроцитарной массы
- C. высоких доз вазопрессоров
- D. коллоидов в объеме 500 мл

352) При объеме кровопотери до 1500 мл и остановленном кровотечении инфузионная терапия проводится в ограничительном режиме и вместе с компонентами крови не должна превышать \_\_\_% от объема кровопотери

- A. 100
- B. 150
- C. 200 +
- D. 250

353) Когда не следует использовать компоненты крови

- A. тромбоциты менее 100000 в мкл +
- B. фибриноген менее 1,0 г/л
- C. гипокоагуляция на ТЭГ
- D. МНО более 1,5 от нормы

354) При критической кровопотере компоненты крови (СЗП, эритроцитарная масса, тромбоциты, криопреципитат) вводятся в следующем соотношении

- A. 1:1:1:1 =
- B. 1:2:2:1
- C. 1:1:2:1
- D. 2:1:1:1

355) Целевое значение среднего артериального давления при продолжающемся кровотечении и артериальной гипотонии \_\_\_ мм рт.ст.

- A. 55
- B. 65 +
- C. 70
- D. 80

356) Выберите одно неправильное утверждение

- A. при продолжающемся кровотечении в периоперационном периоде не следует поддерживать нормотермию, так как эта мера повышает объем кровопотери +
- B. компоненты крови используются только при подтвержденной коагулопатии
- C. при подозрении на геморрагический шок необходимо использовать ингаляцию кислорода
- D. стартовым раствором для инфузии при массивных кровотечениях является кристаллоид

357) Коррекция гипокальциемии требуется при кровопотере более \_\_\_% ОЦК

- A. 10-20
- B. 25
- C. 30-40 +
- D. 50

358) При остановленном кровотечении гемотрансфузия проводится при уровне гемоглобина менее \_\_\_ г/л

- A. 60
- B. 70 +
- C. 80
- D. 90

359) Принцип «контроль за коагуляцией» при кровопотере не включает переливание

- A. криопреципитата
- B. транексамовой кислоты
- C. коллоидных растворов +
- D. тромбоцитарной массы

360) Для обеспечения консервативного гемостаза при острых нарушениях в системе гемостаза используется СЗП в дозе \_\_ мл/кг массы тела

- A. 10-15
- B. 15-20 +
- C. 20-25
- D. 25-30

361) К преимуществам факторов и концентратов факторов свертывания не относится

- A. повышение количества препаратов эритроцитов +
- B. введение физиологических антикоагулянтов
- C. снижение частоты посттрансфузионного повреждения легких
- D. инфекционная безопасность

362) После окончания операции продленная ИВЛ показана при

- A. сатурации смешанной венозной крови менее 85%
- B. остановленном кровотечении

- C. сохраняющейся коагулопатии +
- D. уровне гемоглобина менее 80 г/л

363) О положительном эффекте интенсивной терапии массивной кровопотери свидетельствует

- A. темп диуреза более 0,5 мл/кг/ч +
- B. уровень гемоглобина более 60 г/л
- C. сатурация смешанной венозной крови более 60%
- D. АД сист более 75 мм рт.ст без применения вазопрессоров

364) Рекомендуемое время достижения положительного эффекта от интенсивной терапии при остановленном кровотечении

- A. 1-2 часа
- B. 3-4 часа +
- C. 6-8 часов
- D. 8-12 часов

365) Хирургическое вмешательство при массивной кровопотери должно быть выполнено не позднее \_\_\_ минут от момента установления диагноза

- A. 20 +
- B. 40
- C. 60
- D. 90

366) При массивной кровопотери периферическая вена должна быть катетеризирована в течении \_\_\_ минут после установления диагноза

- A. 10 +
- B. 15
- C. 20
- D. 30

367) Показание для назначения антифибринолитиков

- A. гипокоагуляция на ТЭГ +
- B. фибриноген менее 1,0 г/л
- C. МНО более 1,5 от нормы
- D. АЧТВ более 1,5 от нормы

368) Наличие микроскопически определяемой опухоли с инвазией не более 3 мм – это \_\_\_ стадия рака шейки матки

- A. Ia +
- B. Ib
- C. IIa
- D. IIb

369) Распространение злокачественной опухоли шейки матки на тело матки – это \_\_\_ стадия рака шейки матки

- A. Ia
- B. Ib

- C. IIa +
- D. IIb

370) Что обозначает N0 по классификации TNM

- A. метастазы в региональных лимфатических узлах не выявляются +
- B. наличие метастазов в региональных лимфатических узлах
- C. пальпируется фиксированное уплотнение на стенке таза при наличии свободного пространства между ним и первичной опухолью
- D. оценить состояние лимфатических узлов невозможно

371) Что обозначает N1 по классификации TNM

- A. метастазы в региональных лимфатических узлах не выявляются +
- B. наличие метастазов в региональных лимфатических узлах
- C. пальпируется фиксированное уплотнение на стенке таза при наличии свободного пространства между ним и первичной опухолью
- D. оценить состояние лимфатических узлов невозможно

372) Что обозначает NX по классификации TNM

- A. метастазы в региональных лимфатических узлах не выявляются
- B. наличие метастазов в региональных лимфатических узлах
- C. пальпируется фиксированное уплотнение на стенке таза при наличии свободного пространства между ним и первичной опухолью
- D. оценить состояние лимфатических узлов невозможно +

373) Для какой стадии рака шейки матки характерно прорастание опухоли в мочевого пузырь

- A. IIIb
- B. IVa +
- C. IVb
- D. IIb

374) Основным клиническим симптомом рака шейки матки является

- A. кровотечение +
- B. аменорея
- C. бесплодие вторичное
- D. болевой синдром

375) Показанием для экстирпации матки при преинвазивном раке шейки матки является

- A. возраст пациентки старше 30 лет
- B. преимущественная локализация опухоли на влагалищной части шейки матки
- C. рецидивы опухоли после ампутации шейки матки +
- D. инвазия опухоли до 1 мм

376) При раке шейки матки послеоперационное облучение показано при

- A. микроинвазивном раке шейки матки +
- B. отсутствии метастазов плоскоклеточного рака в удаленных

- лимфатических узлах  
С. инвазии опухоли менее 1 см  
D. больших размерах опухоли

377) Противопоказанием к лучевому лечению пациенток раком шейки матки является

- A. наличие отдаленных метастазов +  
B. II стадия заболевания  
C. низкая дифференцировка опухоли  
D. выполненная радикальная операция

378) Фактором риска развития рака эндометрия является

- A. поздняя менопауза +  
B. хронический сальпингит  
C. нарушение менструального цикла по типу аменореи  
D. наличие 2 и более родов в анамнезе

379) Основным клиническим симптомом рака эндометрия является

- A. бесплодие  
B. маточное кровотечение +  
C. схваткообразные боли в нижних отделах живота  
D. анемия

380) Назовите основной метод диагностики рака эндометрия

- A. ультразвуковой  
B. цитологический  
C. морфологический +  
D. рентгенологический

381) Опухоль инфильтрирует клетчатку таза и/или имеются метастазы во влагалище – это \_\_\_\_ стадия рака эндометрия

- A. IIIa  
B. IIIb +  
C. IIa  
D. IIb

382) Инвазия опухоли в миометрий более 1 см, но без прорастания серозной оболочки – это \_\_\_\_ стадия рака эндометрия

- A. Ia  
B. Ib  
C. IIa  
D. Ib +

383) T0 по классификации TNM рака тела матки - это

- A. преинвазивная карцинома  
B. первичная опухоль не определяется +  
C. карцинома ограничена телом матки  
D. карцинома распространяется на шейку матки

384) Назовите оптимальный объем оперативного вмешательства при раке эндометрия

- A. радикальная гистерэктомия, двусторонняя тазовая лимфааденоэктомия, биопсия парааортальных лимфатических узлов +
- B. экстирпация матки с придатками, резекция большого сальника
- C. операция Вертгейма
- D. надвлагалищная ампутация матки с маточными трубами, биопсия большого сальника

385) Операция Вертгейма – это удаление

- A. шейки матки
- B. матки, парацервикальной клетчатки, верхней части влагалища, тазовых лимфатических узлов +
- C. матки с придатками, большого сальника
- D. матки без придатков, верхней части влагалища

386) Выберите одно неправильное утверждение

- A. показанием для экстирпации матки при преинвазивном раке шейки матки является преимущественная локализация опухоли в цервикальном канале
- B. при раке шейки матки T2a у женщин репродуктивного возраста возможно проведение расширенной эксцизии шейки матки +
- C. ректально-брюшностеночное исследование следует проводить при любой стадии рака шейки матки
- D. характерным для рака шейки матки является наличие водянистых выделений из половых путей постоянного характера

387) Выберите одно неправильное утверждение

- A. фактором риска развития рака эндометрия является наличие гормонопродуцирующей опухоли яичника
- B. при лечении пациенток с раком эндометрия используют хирургический, лучевой и гормональный методы лечения
- C. частый клинический симптом карциносаркомы – кровянистые выделения из половых путей
- D. основной путь метастазирования при раке эндометрия – имплантационный +

388) Рак яичников – это злокачественная \_\_\_\_ опухоль яичников

- A. стромальноклеточная
- B. эпителиальная +
- C. мезотелиальная
- D. истинностромальная

389) Опухоль ограничена одним или обоими яичниками, есть асцит – это \_\_\_\_ стадия рака яичника

- A. Ia
- B. Ib
- C. IIa

D. Ic +

390) Распространение опухоли на поверхность матки и/или маточных труб – это \_\_\_\_\_ стадия рака яичников

A. Ia

B. Ib

C. IIa +

D. IIb

391) Распространение опухоли на один или оба яичника с метастазами по брюшине – это \_\_\_\_\_ стадия рака яичников

A. I

B. III +

C. II

D. IV

392) Оптимальный объем оперативного лечения при раке яичников I-II стадии у пациенток перименопаузального периода

A. экстирпация матки с придатками, экстирпация большого сальника +

B. двусторонняя аднексэктомия, удаление парацервикальной клетчатки

C. одностороннее удаление придатков матки

D. двусторонняя резекция яичников, резекция большого сальника

393) Что не является характерным для метастатических опухолей яичников

A. одностороннее поражение +

B. гематогенный путь метастазирования

C. нетипичная клиническая картина

D. асцит

394) Выберите правильное утверждение

A. опухоль Крукенберга чаще является метастазом рака шейки матки

B. при раке яичников назначение химиотерапии не показано

C. ранние стадии рака яичников протекают бессимптомно +

D. мезонефроидная карцинома – самая частая разновидность рака яичников

395) Заподозрить рак маточных труб можно при наличии у пациентки обильных \_\_\_\_\_ выделений из половых путей

A. водянистых +

B. кровянистых

C. гнойных

D. сукровичных

396) Выберите одно неправильное утверждение

A. первичный рак маточной трубы как правило двусторонний +

B. клиническая картина рака маточной трубы не имеет каких-либо специфических симптомов

C. рак маточной трубы следует дифференцировать с воспалительными заболеваниями маточных труб

D. деление по стадиям распространения опухоли маточной трубы такое же, как и при раке яичников

397) Рак яичников Ia<sub>ii</sub> – это обозначает

- A. опухоль ограничена одним яичником, асцита нет, капсула интактна
- B. опухоль ограничена одним яичником, асцита нет, прорастание капсулы +
- C. опухоль ограничена обоими яичниками, асцита нет, капсула интактна
- D. опухоль ограничена обоими яичниками, асцита нет, разрыв капсулы

398) Опухолевый процесс ограничен вульвой, максимальный диаметр опухоли менее 2 см, паховые лимфатические узлы на пальпируются – это \_\_\_ стадия рака вульвы

- A. I +
- B. II
- C. III
- D. IV

399) Основной путь распространения рака вульвы

- A. гематогенный
- B. контактный
- C. лимфогенный +
- D. имплантационный

400) Рак вульвы наиболее часто встречается в \_\_\_ периоде

- A. ювенильном
- B. репродуктивном
- C. перименопаузальном
- D. постменопаузальном +

401) Рак вульвы обычно развивается на фоне

- A. частых воспалительных процессов нижних отделов органов малого таза
- B. крауроза вульвы +
- C. беременности
- D. сочетанной патологии матки

402) Выберите одно неправильное утверждение

- A. при раке вульвы поражаются главным образом поверхностные и глубокие паховые лимфатические узлы
- B. для рака вульвы II стадии характерно наличие метастазов в паховые лимфатические узлы с одной стороны +
- C. при I стадии рака вульвы пациенткам проводится хирургический и лучевой методы лечения
- D. одним из клинических симптомов рака вульвы является зуд и жжение в области наружных половых органов

403) Опухоль распространяется на стенки таза – это \_\_\_ стадия рака влагалища

- A. I

- B. II
- C. III +
- D. IV

404) Какой гистологический вариант рака влагалища встречается наиболее часто

- A. плоскоклеточный ороговевающий +
- B. железистый рак
- C. саркома
- D. меланома

405) Выберите одно правильное утверждение

- A. при инфильтративной форме рака влагалища проводят хирургическое лечение
- B. в поздних стадиях метастазирование рака влагалища происходит гематогенно в легкие и кости +
- C. по данным кольпоскопического и цитологического исследования преинвазивный рак влагалища заподозрить нельзя
- D. из всех злокачественных новообразований влагалища наиболее часто встречается саркома, прогноз заболевания – благоприятный

406) Скрининговым методом при раке влагалища является

- A. ультразвуковой
- B. цитологический +
- C. гистологический
- D. иммуногистохимический

407) Опухоли нижней трети влагалища метастазируют в \_\_\_\_\_ лимфатические узлы

- A. наружные подвздошные
- B. внутренние подвздошные
- C. запирательные
- D. пахово-бедренные +

408) Назовите показание к проведению двусторонней адреналэктомии

- A. гипертоническая форма врожденной дисфункции коры надпочечников
- B. вирильная форма классической врожденной дисфункции коры надпочечников
- C. бесплодие
- D. неконтролируемая гиперандрогения +

409) Не рекомендуется проводить пренатальную терапию женщинам с неклассической врожденной дисфункцией коры надпочечников

- A. дексаметазоном +
- B. преднизолоном
- C. метилпреднизолоном
- D. гидрокортизоном

- 410) Рекомендуется всем пациенткам с классическими формами дефицита 21-гидроксилазы проводить обследование для уточнения степени компенсации заболевания не реже
- A. 1 раза в год +
  - B. 1 раза в 2 года
  - C. 1 раза в три года
  - D. 1 раза в полгода
- 411) Пациентам с вирильной формой врожденной дисфункцией коры надпочечников с целью оценки степени компенсации не рекомендуется проводить исследование уровня
- A. тестостерона
  - B. андростендиона
  - C. 17-гидроксипрогестерона
  - D. активности ренина плазмы +
- 412) При любой степени компенсации заболевания (классическая форма дефицита 21-гидроксилазы) следует проводить
- A. УЗИ яичников
  - B. КТ надпочечников
  - C. МРТ надпочечников
  - D. оценку минеральной костной плотности +
- 413) Какой признак не относится к классическим признакам гиперкортицизма
- A. снижение веса
  - B. «стрии»
  - C. «климактерический горбик»
  - D. абдоминальный тип ожирения
- 414) Назовите показание для экстренной госпитализации у пациентов с врожденной дисфункцией коры надпочечников
- A. невозможность оказания специализированной эндокринологической медицинской помощи в амбулаторном порядке
  - B. удаление вторичных новообразований надпочечников
  - C. аддисонический криз +
  - D. коррекция терапии
- 415) Выберите одно неправильное утверждение
- A. при наступлении беременности при наличии классической форме дефицита 21-гидроксилазы всем беременным показано увеличение дозы глюкокортикоидов +
  - B. у женщин с неклассической формой врожденной дисфункцией коры надпочечников не рекомендуется применение глюкокортикоидов при беременности, если она наступила без их использования
  - C. во время беременности уровни андрогенов постепенно повышаются вследствие увеличения уровня секс-связывающего и кортизол-связывающего глобулина
  - D. женщины с врожденной дисфункцией коры надпочечников находятся в

группе риска по развитию гестационного сахарного диабета

- 416) Для лечения неклассических форм врожденной дисфункции коры надпочечников дексаметазон назначается
- A. 0,25-0,5 мг на ночь +
  - B. 10-15 мг на 2-3 приема
  - C. 2,5-7,5 мг на 1-2 приема
  - D. 2-6 мг на ночь
- 417) Для лечения неклассических форм врожденной дисфункции коры надпочечников гидрокортизон назначается
- A. 10-15 мг на 2-3 приема +
  - B. 0,25-0,5 мг на ночь
  - C. 2,5-7,5 мг на 1-2 приема
  - D. 2-6 мг на ночь
- 418) Для лечения неклассических форм врожденной дисфункции коры надпочечников преднизолон назначается
- A. 2,5-7,5 мг на 1-2 приема +
  - B. 10-15 мг на 2-3 приема
  - C. 0,25-0,5 мг на ночь
  - D. 2-6 мг на ночь
- 419) Для лечения неклассических форм врожденной дисфункции коры надпочечников метилпреднизолон назначается
- A. 2-6 мг на ночь +
  - B. 2,5-7,5 мг на 1-2 приема
  - C. 10-15 мг на 2-3 приема
  - D. . 0,25-0,5 мг на ночь
- 420) Что не является показанием к назначению комбинации глюкокортикоидов и комбинированных оральных контрацептивов
- A. бесплодие
  - B. гирсутое число выше 15
  - C. нарушение менструального цикла
  - D. неклассическая форма врожденной дисфункции коры надпочечников +
- 421) Какой гормон вырабатывается в мозговом слое надпочечников
- A. адреналин +
  - B. альдостерон
  - C. кортизол
  - D. андрогены
- 422) Что характерно для неклассической формы врожденной дисфункции коры надпочечников
- A. избыточное образование андрогенов, кортизол, альдостерон в норме +
  - B. дефицит кортизола, при нормальном образовании альдостерона, выраженное увеличение андрогенов в организме

- С. дефицит кортизола и альдостерона, выраженное увеличение андрогенов
- Д. дефицит альдостерона, при нормальном образовании кортизола, выраженное увеличение андрогенов в организме

423) Что характерно для классической формы врожденной дисфункции коры надпочечников (вирильная форма)

- А. дефицит кортизола, при нормальном образовании альдостерона, выраженное увеличение андрогенов в организме +
- В. избыточное образование андрогенов, кортизол, альдостерон в норме
- С. дефицит кортизола и альдостерона, выраженное увеличение андрогенов
- Д. дефицит альдостерона, при нормальном образовании кортизола, выраженное увеличение андрогенов в организме

424) Что характерно для классической формы врожденной дисфункции коры надпочечников (сольтеряющая форма)

- А. дефицит кортизола и альдостерона, выраженное увеличение андрогенов +
- В. избыточное образование андрогенов, кортизол, альдостерон в норме
- С. дефицит кортизола, при нормальном образовании альдостерона, выраженное увеличение андрогенов в организме
- Д. дефицит альдостерона, при нормальном образовании кортизола, выраженное увеличение андрогенов в организме

425) К глюкокортикоидам длительного действия относится

- А. дексаметазон +
- В. гидрокортизон
- С. преднизолон
- Д. метилпреднизолон

426) Какой побочный эффект от приема глюкокортикоидов не относится к синдрому «отмены»

- А. признаки надпочечниковой недостаточности
- В. артериальная гипотония
- С. гирсутизм +
- Д. анорексия

427) Наиболее часто встречающаяся форма врожденной дисфункции коры надпочечников обусловлена дефицитом фермента

- А. 21-гидроксилазы +
- В. 11 $\beta$ -гидроксилазы
- С. оксидоредуктазы
- Д. 20,22-десмолазы

428) Субклиническая форма ВПЧ характеризуется наличием

- А. рака шейки матки
- В. инвертирующих кондилом +
- С. умеренной дисплазией
- Д. эктропиона

429) Какой препарат не относится к нитроимидазолам

- A. тинидазол
- B. итраконазол
- C. метронидазол
- D. орнидазол +

430) К фактору, способствующему рецидиву герпетической инфекции, не относится

- A. ультрафиолетовое излучение
- B. радиоактивное облучение
- C. снижение иммунитета
- D. использование оральной контрацепции +

431) К осложненному вагинальному кандидозу относят

- A. кандидоз, вызванный *C. albicans*
- B. среднетяжелый
- C. спорадический
- D. рецидивирующий +

432) Эмбриональная стадия у человека начинается примерно через \_\_\_ дней после оплодотворения

- A. 7 +
- B. 14
- C. 21
- D. 30

433) Для I стадии эндометриоза ретроцервикальной локализации характерно

- A. прорастание эндометриодной ткани в шейку матки и стенку влагалища +
- B. эндометриодные очаги располагаются в пределах ректовагинальной клетчатки
- C. распространение патологического процесса на кресцово-маточные связки
- D. прорастание эндометриодной ткани в прямую кишку

434) К группе высокого риска по раку яичников относят

- A. установленное носительство мутаций BRCA1, BRCA2 +
- B. объемное образование яичников кистозного строения в постменопаузе
- C. значение индекса RMI 100 и более
- D. использование комбинированных оральных контрацептивов

435) Двухклеточную оплодотворенную яйцеклетку можно наблюдать примерно через \_\_\_ часов после оплодотворения

- A. 24 +
- B. 36
- C. 48
- D. 72

436) Стволовые клетки берут начало из \_\_\_ бластоцисты

- A. цитоплазмы

- В. прозрачной оболочки
- С. внутренней клеточной массы +
- Д. клеток трофоэктодермы

437) Назовите состояние, при котором преимущество использования КОК обычно превышает теоретический или доказанный риск

- А. рак молочной железы в течение последних 5 лет
- В. острое заболевания печени
- С. неосложненный порок сердца
- Д. гиперлипидемия

438) В яичниках секретируется

- А. окситоцин
- В. ингибин +
- С. активин
- Д. норадреналин

439) Либерины попадают в аденогипофиз через

- А. нейрогипофиз
- В. гипокамп
- С. таламус
- Д. воротную систему +

440) ФСГ стимулирует

- А. синтез андрогенов в клетках тека фолликулов
- В. пролиферацию клеток гранулезы +
- С. лютеинизацию клеток гранулезы преовуляторного фолликула
- Д. синтез стероидных гормонов в желтом теле

441) Короткую петлю обратной связи обеспечивают гормоны

- А. статины
- В. либерины
- С. аденогипофиза
- Д. нейрогипофиза +

442) С момента обращения женщины в медицинскую организацию прерывание беременности при сроке 7 недель проводится не ранее, чем через

- А. 7 дней
- В. 14 дней
- С. 48 часов +
- Д. 72 часа

443) Выберите одно правильное утверждение

- А. непрерывное введение гонадолиберина не вызывает секрецию гонадотропных гормонов +
- В. постоянный уровень гонадолиберина приводит к повышению рецепторов этого гормона

С. частота и амплитуда выброса гонадолиберина не меняется на протяжении менструального цикла

Д. аденогипофиз имеет прямую связь с гипоталамусом

444) Максимальный уровень эндорфинов наблюдается

А. в первую фазу менструального цикла

В. во вторую фазу менструального цикла +

С. во время овуляции

Д. во время менструального кровотечения

445) Максимальное число ооцитов имеет место на \_\_\_ неделе внутриутробного развития

А. 12

В. 20 +

С. 28

Д. 34

446) Атрезии антральных фолликулов способствуют

А. гонадолиберины

В. андрогены +

С. статины

Д. гестагены

447) Назовите антиапоптозный фактор, препятствующий естественной тенденции ооцита к атрезии

А. пролактин

В. ФСГ +

С. эстрадиол

Д. прогестерон

448) Женщины, нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в условиях стационара, относятся к \_\_\_ группе состояния здоровья (по результатам профилактических осмотров)

А. I

В. II

С. III +

Д. IV

449) К третьей диспансерной группе относятся женщины с

А. нарушениями функции репродуктивной системы +

В. врожденными аномалиями развития и положения гениталий

С. хроническими заболеваниями

Д. доброкачественными опухолями репродуктивной системы

450) Какой показатель не учитывается при расчете RMI

А. менопаузальный статус

В. индекс ROMA +

С. значение уровня СА-125

## D. ультразвуковые критерии ЮТА

### Тесты открытого типа

- 451) ФСГ секретируется в **гипофизе**
- 452) Секретию половых гормонов регулируют **ФСГ и ЛГ**  
(фолликулостимулирующий и лютеинизирующий гормоны)
- 453) Разрыв доминантного фолликула и выход яйцеклетки называется **овуляция** (овуляцией)
- 454) К органам репродуктивной системы женщины относятся матка, маточные трубы, яичники, влагалище и **молочная железа**
- 455) Регуляция менструального цикла – сложный нейрогуморальный механизм, в котором участвуют **5** основных звеньев регуляции (пять)
- 456) Прекращение менструаций на фоне потери массы тела характерно для **функциональной** аменореи (гипоталамической=гипоталамической функциональной=вторичной функциональной гипоталамической)
- 457) Хроническое аномальное маточное кровотечение – кровотечение чрезмерное по длительности, объему и/или частоте, повторяющееся более **3** месяцев (трех)
- 458) Пациенткам с аномальными маточными кровотечениями в качестве первой линии негормональной терапии рекомендуется применять **транексамовую кислоту**
- 459) Основной метод лечения миомы матки с субмукозной локализацией узла **хирургический** (оперативный)
- 460) Нарушение менструального цикла, проявляющееся болезненными менструациями, называется **дисменорея** (дисменореей)
- 461) Эктопия шейки матки – это разрастание цилиндрического эпителия на **экзоцервиксе** (влагалищной части шейки матки)
- 462) Рекомендуемый возраст начала цервикального скрининга **21 год** (21)
- 463) Методом первичной профилактики рака шейки матки является **вакцинация против ВПЧ** (вакцинация против вируса папилломы человека=ВПЧ вакцинация)

- 464) Быстрый рост миомы матки является показанием для **оперативного** \_\_\_\_\_  
лечения (хирургического)
- 465) Наличие мелкоточечных эндометриоидных образований на поверхности яичников, брюшине прямокишечно-маточного пространства без образования кистозных полостей относится к **1** стадии эндометриоидных кист (I=первой)
- 466) Ретроградный заброс значительного объема крови во время менструации является фактором, предрасполагающим к развитию **эндометриоза** (наружного эндометриоза)
- 467) Наиболее информативным методом диагностики аденомиоза является **УЗИ** (ультразвуковое исследование=эхографическое исследование)
- 468) Функциональные кисты относятся к доброкачественным **опухолевидным** \_\_\_\_\_ новообразованиям яичников (опухолеподобным)
- 469) Прием комбинированных оральных контрацептивов является фактором, **снижающим** \_\_\_\_\_ риск развития рака яичников (уменьшающим=понижающим)
- 470) Установленное носительство мутаций генов BRCA1 и BRCA2 относит пациенток к группе **высокого** \_\_\_\_\_ риска по развитию рака яичников (повышенного)
- 471) При высоком риске рака яичников необходима консультация **онколога** \_\_\_\_\_ (онкогинеколога)
- 472) Основной метод лечения опухолей яичников **оперативный** \_\_\_\_\_ (хирургический)
- 473) Скрининговый методом рака молочной железы у женщин в возрасте 25-35 лет является **УЗИ** (ультразвуковое исследование=эхографическое исследование)
- 474) Повреждение стенки матки с полным проникновением в брюшную полость называется **полная** перфорация матки
- 475) При перекруте придатков матки и наличии здоровых тканей выполняется **деторсия** \_\_\_\_\_ придатков матки (раскручивание)
- 476) Среди вариантов эктопической беременности наиболее часто встречается **трубная** \_\_\_\_\_ беременность

- 477) Причиной трубной беременности является нарушение **транспортной** \_\_\_\_\_ функции маточной трубы (сократительной)
- 478) Основной путь инфицирования при бактериальном вагинозе преимущественно **половой** \_\_\_\_\_
- 479) Одним из диагностических критериев диагностики бактериального вагиноза является наличие «**ключевых**» \_\_\_\_\_ клеток
- 480) К неосложненной форме вульвовагинального кандидоза относится кандидоз у пациенток с **нормальным** \_\_\_\_\_ иммунитетом (неизменным=с не сниженным=высоким)
- 481) При сроке беременности 8-10 недель искусственное прерывание беременности осуществляется не ранее **7 дней** \_\_\_\_\_ с момента обращения женщины в медицинскую организацию
- 482) Возраст своевременной менопаузы **46-54** года
- 483) Период после наступления менопаузы называется **постменопауза** \_\_\_\_\_
- 484) При отсутствии матки возможным режимом менопаузальной гормональной терапии является монотерапия **эстрогенами** \_\_\_\_\_
- 485) Острый тромбоз глубоких вен является **противопоказанием** \_\_\_\_\_ к назначению менопаузальной гормональной терапии
- 486) Менопаузальная гормональная терапия назначается женщинам моложе **60 лет** \_\_\_\_\_
- 487) Менопаузальная гормональная терапия назначается женщинам с продолжительностью менопаузы **менее 10 лет** \_\_\_\_\_ (меньше 10 лет=до 10 лет)
- 488) Лютеома беременности – это гормональнозависимая неопухолевая гиперплазия ткани яичника, образующаяся под воздействием **ХГЧ** \_\_\_\_\_ и регрессирующая после родов (хорионического гонадотропина=хорионического гонадотропного гормона=ХГ)
- 489) Самая распространенная доброкачественная эпителиальная опухоль яичника – это **серозная цистаденома** \_\_\_\_\_
- 490) Гранулезоклеточная опухоль взрослого типа чаще встречается в менопаузе и продуцирует **эстрогены** \_\_\_\_\_

- 491) **аГн-РГ**\_ наиболее эффективные лекарственные средства, которые подавляют гипофизарно-яичниковую функцию и индуцируют выраженное гипозрогенное состояние (агонисты гонадотропин-рилизинг гормонов)
- 492) **Миомэктомия**\_ - вариант хирургического лечения для пациенток с миомой матки, желающих сохранить менструальную и/или репродуктивную функцию
- 493) Миома матки – это доброкачественная моноклональная опухоль, развивающаяся из гладкомышечных клеток **\_миометрия\_\_\_\_\_** (мышечного слоя матки)
- 494) К варианту нормальной кольпоскопической картины относятся многослойный плоский эпителий, метапластический эпителий, эктопия и **децидуоз**\_ у беременных женщин
- 495) Проявлением атипической васкуляризации многослойного плоского эпителия шейки матки являются атипические сосуды, мозаика и **\_пунктация\_\_\_\_\_**
- 496) Олигоменорея – это частота менструаций менее **\_9\_** раз в год
- 497) Скрининг для выявления рака шейки матки в возрасте 30-65 лет проводится с применением **\_ко-тестирования\_\_** 1 раз в 5 лет (цитологии и ВПЧ-тестирование=цитологического исследования и обследования на ВПЧ)
- 498) Женщины, у которых не установлены гинекологические заболевания, но имеются факторы риска их развития относятся к **\_2\_\_** группе здоровья (II=второй)
- 499) Женщины с хроническими заболеваниями и доброкачественными опухолями репродуктивной системы относятся к **\_\_1\_** диспансерной группе (I=первой)
- 500) Искусственное прерывание беременности у несовершеннолетних младше **\_15 лет\_\_** проводится на основе ИДС одного из родителей

## Вопросы для прохождения промежуточной аттестации

Вопрос 1 Регуляция менструального цикла и репродуктивной функции

Ответ

Первый и наиболее высокий уровень регуляции менструально-репродуктивной функции - кора головного мозга. Она воспринимает импульсы внешней среды (звуковые, эмоциональные, стрессовые, световые и т.д.), а также внутренних рецепторов и передает их в секреторные ядра гипоталамуса с помощью нейротрансмитеров – веществ-передатчиков.

Второй уровень регуляции нейро-эндокринной системы представлен гипоталамусом. Гипоталамус – важный компонент ЦНС, расположенный выше и несколько кзади от гипофиза. Участвует в регуляции полового поведения, осуществляет контроль за температурой тела, вегетативными и сосудистыми реакциями и рядом других жизненно важных функций организма. Гипоталамус секретирует рилизинг – стимулирующие факторы и ингибирующие факторы, которые стимулируют или, соответственно, блокируют выработку гормонов гипофиза. Таким образом, статины и либерины осуществляют контроль за гипофизом. В настоящее время выделено и изучено пять таких факторов: тиреолиберин, кортиколиберин, соматолиберин, гонадолиберин и соматостатин.

Третий уровень регуляции репродуктивной и менструальной функции - гипофиз. Состоит гипофиз из трех долей: передней, задней и промежуточной. Непосредственное отношение к регуляции репродуктивной функции имеет передняя доля – аденогипофиз, который содержит несколько типов клеток, секретирующих свои собственные гормоны: тиреотропный гормон, аденокортикотропный гормон, пролактин, соматотропный гормон, лютеинизирующий гормон, фолликулостимулирующий гормон. ТТГ стимулирует секрецию гормонов щитовидной железы, АКТГ – секрецию гормонов коры надпочечников, пролактин – стимулирует рост молочных желез во время беременности и лактацию после родов, СТГ стимулирует рост, а также обладает анаболическим действием. Секрецию половых гормонов регулируют ФСГ и ЛГ.

Следующий уровень регуляции репродуктивной функции – яичники. В каждом слое яичника имеются клетки, содержащие рецепторы к гонадотропным и стероидным гормонам. Корковый слой – основное место, где происходит взаимодействие клеток и гормонов в репродуктивном периоде. В яичниках вырабатываются эстрогены, секреция которых регулируется гормонами гипофиза. Прогестерон секретируется в яичниках в течение всего менструального цикла, но основное количество гормона образуется желтым телом в течение второй фазы цикла. Андрогены вырабатываются в яичниках в виде тестостерона и андротестостерона, причем оба эти гормона являются предшественниками эстрогенов. Ингибин – гормон, который вырабатывается клетками растущих фолликулов, снижает уровень ФСГ до такого уровня, при котором развивается только доминантный фолликул. Контроль за циклической функцией яичников обеспечивает гипоталамус посредством адекватного высвобождения ГнРГ. Гипофиз, будучи изолирован, по существу, не может функционировать, он зависит от гипоталамуса; его продукция определяется ГнРГ и механизмом обратной связи со стороны стероидных гормонов яичников

и ингибина.

К пятому уровню регуляции репродуктивной функции относят матку и другие периферические органы. В матке, эндометрии, маточных трубах и во влагалище под воздействием гормонов (гипоталамус-гипофиз-яичники) происходят определенные циклические изменения. В первую фазу менструального цикла в яичниках происходит рост и созревание фолликулов (созревание фолликула происходит в три стадии). В процессе созревания фолликулов ФСГ стимулирует продукцию эстрогенов в гранулезных клетках. Наиболее развитый фолликул в середине фолликулярной фазы становится доминантным, а снижение уровня ФСГ способствует атрезии остальных фолликулов. В эндометрии отмечается пролиферация клеток железистого эпителия и стромы и формирование функционального слоя. Овуляция – это разрыв доминантного фолликула и выход яйцеклетки вместе с яйценосным бугорком и фолликулярной жидкостью в брюшную полость. Процесс овуляции завершается формированием желтого тела. В гранулезных клетках фолликула начинается лютеинизация, и они, вместе с тека клетками и сосудами, образуют желтое тело. Желтое тело – основной источник стероидных гормонов. Если беременность не наступает, то желтое тело регрессирует и превращается в белое тело. В случае наступления беременности желтое тело под влиянием хорионического гормона продолжает секретировать прогестерон и поддерживает беременность на ранних сроках. Во вторую фазу менструального цикла в эндометрии происходят секреторные изменения, образование в железистом эпителии цитоплазматических вакуолей, содержащих гликоген, пептиды, иммуноглобулины и т.д., а также усиленное развитие артериол в железах. Эти изменения необходимы для подготовки эндометрия к имплантации. Менструация обусловлена значительным снижением уровня эстрогенов и прогестерона, что вызывает соответствующие изменения в эндометрии. Функциональный слой отторгается до базального, из сосудов начинается кровотечение. Регенерация функционального слоя эндометрия начинается уже на второй день менструального кровотечения. Рецепторы к половым гормонам есть не только в структурах репродуктивной системы, но и в ЦНС, коже, жировой, костной ткани, молочной железе. Биологическое действие половых гормонов на не репродуктивные органы заключается в изменении секреции сальных желез, развитии костно-мышечной системы, распределении жировой ткани, влиянии на кожу, волосы, слизистые оболочки и т.д.

**Вопрос 2.** Эктопическая беременность. Факторы риска развития. Этиологические факторы и патогенез. Клиническая картина.

Ответ.

Факторы риска развития эктопической беременности: операции на маточных трубах, стерилизация, эктопические беременности в анамнезе, внутриматочная контрацепция, бесплодие более 2 лет, возраст матери более 40 лет, курение.

Этиологические факторы эктопической беременности:

- анатомические: воспалительный процесс маточных труб, стерилизация маточных труб, операции на маточных трубах, использование внутриматочных средств контрацепции, опухоли и

опухолевидные образования матки и придатков, врожденные аномалии развития и положения матки, дивертикулез маточных труб, генитальный инфантилизм

- гормональные: индукция овуляции, экстракорпоральное оплодотворение, нарушение овуляции, эндометриоз, эндокринные заболевания, применение гормональных методов контрацепции
- другие: трансмиграция ооцита и/или сперматозоидов, патология спермы, аномалии уровня простагландинов в сперме, хромосомные нарушения, повышенная активность плодного яйца

Патогенез эктопической беременности. Физиология маточных труб зависит от координации деятельности мышечных элементов, секреторной и цилиарной активности клеток эндосальпинкса и эндокринного статуса пациентки. Маточные трубы экспрессируют ген рецептора ЧХГ и ЛГ, которые участвуют в регуляции оплодотворения и транспорта гамет, а также ранее развития эмбриона.

Основу патогенеза эктопической беременности составляют нарушения физиологического транспорта оплодотворенной яйцеклетки, что обуславливает ее имплантацию вне полости матки. Причины нарушения транспортной функции маточной трубы: нарушение перистальтики трубы (нарушение проходимости, развитие склеротических изменений в стенке маточной трубы, окклюзия ее просвета, деформация); дискоординация мерцательного эпителия, потеря ресничек, гибель клеток (возможные причины: воспалительный процесс, механические повреждения маточных труб; гормональные воздействия; курение); цилиарная активность

Цитотрофобласт при эктопической беременности сохраняет свою способность к пролиферации и дифференцировке (пролиферативная активность эктопического трофобласта даже выше, чем при маточной беременности). Инвазия цитотрофобласта сопровождается разрушением базальных мембран и экстрацеллюлярного матрикса вокруг плодного яйца, что, в сочетании с отсутствием адекватной децидуальной реакцией в маточной трубе, приводит к ее разрыву или кровоизлиянию.

Клиническая картина эктопической беременности определяется ее течением. Клинические симптомы вариантов эктопической беременности:

- прогрессирующая внематочная беременность: нарушение менструальной функции (задержка менструации, ациклические кровотечения); необычный характер последней менструации (меньшая длительность, меньший объем менструальной крови, несвоевременное начало); незначительные периодические тянущие боли внизу живота без четко выраженной локализации
- нарушенная внематочная беременность по типу трубного аборта: нарушение менструального цикла (задержка менструации, метроррагия); схваткообразные боли внизу живота (чаще на стороне поражения) выражены слабо; симптомы раздражения брюшины слабopоложительные или отсутствуют
- нарушенная внематочная беременность по типу разрыва маточной трубы: внезапное резкое начало; выраженные боли внизу живота;

кровянистые выделения из половых путей; симптомы раздражения брюшины положительные; клиника геморрагического шока

- прогрессирующая шеечная беременность: отсутствие кровянистых выделений из половых путей или скудные кровянистые выделения; болевой синдром отсутствует
- нарушенная шеечная беременность: профузное кровотечение; клиника геморрагического шока

### **Вопрос 3. Бесплодие. Определение. Группы риска. Классификации.**

Ответ.

Бесплодие – это невозможность достичь клинической беременности после одного года регулярной половой жизни без контрацепции в репродуктивном возрасте (18-35 лет) или отсутствие беременности в течение 6 месяцев в возрасте старше 35 лет одного из супругов. Это определение достаточно удобно как для своевременной диагностики бесплодия, так и выбора тактики ведения.

К факторам, увеличивающим риск бесплодия, относят: курение, высокий уровень потребления кофеина и алкоголя (более 20 г этанола в день).

Группы риска в отношении возможного бесплодия:

- длительность бесплодия более 5 лет
- возраст женщины старше 35 лет
- отягощенный гинекологический анамнез (нарушение менструальной функции, эндометриоз, перенесенные воспалительные заболевания органов малого таза и др.)
- оперативные вмешательства на органах малого таза и брюшной полости в анамнезе
- невынашивание беременности

Формы бесплодия:

- женское – неспособность к зачатию в течение года регулярной половой жизни без контрацепции
- мужское – неспособность половых клеток зрелого мужского организма к оплодотворению
- сочетанное – сочетание нескольких причин бесплодия у женщины и/или мужчины
- неясной этиологии (идиопатическое) - не имеет патофизиологической основы и, по существу, является диагнозом исключения (возможные причины - аномалии высвобождения яйцеклетки или захвата ее маточными трубами, нарушение транспорта сперматозоидов/эмбриона/яйцеклетки, значительные функциональные аномалии половых клеток или эмбрионов)

Классификация женского бесплодия в зависимости от причины:

- эндокринное (нарушение овуляции)
- трубно-перитонеальное
- другие формы (эндометриоз, миома матки, опухоли яичников, маточная форма и др.)
- бесплодие неясной этиологии

Формы женского бесплодия:

- первичное (отсутствие беременности в анамнезе) и вторичное (наличие хотя бы одной беременности в анамнезе)
- абсолютное (полностью исключена возможность возникновения беременности естественным путем) и относительное (сохранение фертильности до вступления в брак и после его расторжения, но невозможность иметь детей в этом браке)
- врожденное (пороки развития, наследственно обусловленные нарушения гормонального контроля репродуктивной функции) и приобретенное (следствие неблагоприятного воздействия внешних и внутренних факторов на репродуктивную систему в постнатальном периоде)

Причины мужского бесплодия: патология спермы, расширение вен семенного канатика, воспалительные заболевания, иммунные нарушения, сексуальные расстройства, пороки развития, бесплодие неясной этиологии

#### **Вопрос 4.** Миома матки. Хирургическое лечение (показания, варианты)

Ответ.

Тактика ведения пациенток с миомой матки зависит от локализации миоматозных узлов, их размеров, темпа и характера роста, клинкоморфологического варианта опухоли, возраста пациентки, состояния ее репродуктивной системы, гормонального статуса и ряда других факторов. Лечебная тактика включает динамическое наблюдение и мониторинг, различные методы хирургического воздействия, медикаментозную терапию.

Показания к хирургическому лечению:

- Обильные маточные кровотечения, приводящие к анемии
- Субмукозная локализация миоматозного узла
- Большой размер опухоли матки (более 12 недельного срока гестации)
- Быстрый рост миомы матки
- Рост опухоли матки в постменопаузе
- Шеечная, перешеечная и межсвязочная локализация миоматозных узлов
- Нарушение функции соседних органов (сдавление мочеточника, мочевого пузыря, прямой кишки)
- Выраженные вторичные изменения ишемического или дегенеративного характера при наличии клинических проявлений (перекрут ножки узла, некроз, образование полостей в миоме)
- Сочетание миомы матки с рецидивирующей гиперплазией эндометрия, аденомиозом, опухолью яичника

Варианты хирургического лечения.

Пациентки с миомой матки, которым показано оперативное лечение, должны иметь полную информацию о преимуществах и недостатках радикального и органосохраняющего объема хирургического вмешательства. Окончательное решение об объеме и оперативном доступе принимают пациентка совместно с хирургом, подписывая информированное согласие на операцию и осведомление о возможных последствиях.

Наличие миомы матки являются наиболее частым показанием для проведения гистерэктомии. Только радикальная гистерэктомия (экстирпация

матки) приводит к полному излечению пациентки. Субтотальная гистерэктомия (надвлагалищная ампутация матки) не является полностью радикальным вмешательством. Хотя рецидивы миомы матки в культе шейки матки развиваются не часто, согласно рекомендациям Американского конгресса акушеров-гинекологов (2007 год) методом выбора должно являться тотальное оперативное вмешательство. В настоящее время отсутствуют достоверные сведения о различиях в частоте развития диспареунии и дизурических явлений у пациенток после субтотальной или тотальной гистерэктомии.

Доступ оперативного вмешательства:

- Влагалищный – наилучший оперативный доступ (меньшая продолжительность, кровопотеря и частота интра- и послеоперационных осложнений). Необходимые условия для выполнения операции – достаточная емкость влагалища и подвижность матки; размеры опухоли до 14 недель; отсутствие выраженного спаечного процесса в малом тазу и необходимости проведения операций на придатках матки
- Лапароскопический (при отсутствии условий для выполнения влагалищной гистерэктомии)
- Лапаротомный (при наличии опухоли матки больших размеров, более 24 недель; при отсутствии технических возможностей и условий для проведения эндоскопической операции)

Миомэктомия - это метод выбора хирургического лечения для пациенток, желающих сохранить менструальную и/или репродуктивную функцию. Следует информировать пациентку о возможном рецидиве миомы, так как сохраняется высокий риск роста миоматозных узлов из новых клонов аномальных миоцитов.

Выбор доступа оперативного вмешательства зависит от размеров опухоли, ее локализации, опыта хирурга, наличие необходимой эндоскопической техники. Подслизистые миоматозные узлы (0-II типа) не превышающие в диаметре 5-6 см удаляют путем гистерорезектоскопии с помощью моно- или биполярного резектоскопа или внутриматочного морцеллятора.

Межмышечные и субсерозные миоматозные узлы могут быть удалены лапароскопическим или лапаротомическим доступом. Во всех случаях рану на матке зашивают послойно, обеспечив полноценное сопоставление краев раны. При множественных межмышечных миоматозных узлах, а также при центрпитальном росте узла предпочтение отдается лапаротомному доступу. Миомэктомия, выполненная лапароскопическим доступом, относится к высокотехнологичным операциям. Для уменьшения интраоперационной кровопотери используют сосудосуживающие агенты и/или механическую окклюзию сосудов, кровоснабжающих матку. Наиболее успешным способом профилактики спаек после миомэктомии является применение противоспаечных барьеров (мембраны, сетки, гели, растворы).

При наличии единичных субсерозных и межмышечных миоматозных узлов, локализующихся в дне или по задней стенке матки, допустимо выполнение миомэктомии влагалищным доступом (используя технику фрагментации узлов). Влагалищный доступ является наиболее подходящим при наличии узлов, локализующихся во влагалищной части шейки матки, а также во всех случаях рождающихся или родившихся подслизистых миоматозных

узлов.

*Эмболизация маточных артерий* – альтернатива хирургическому лечению - является минимально инвазивным методом терапии при симптомном течении миомы у женщин, желающих сохранить репродуктивную и/или менструальную функцию. Сосудистая окклюзия проводится путем введения суспензионного искусственного эмболизирующего вещества в просвет сосуда при селективной и суперселективной катетеризации. Перед эмболизацией следует выполнить обзорную тазовую артериографию, селективную артериографию маточных артерий для определения ангиоархитектоники кровоснабжения миоматозного узла, возможности проведения данной процедуры и значимости коллатерального кровотока.

Противопоказаниями к проведению эмболизации маточных артерий являются: воспалительные заболевания органов малого таза в стадии обострения, артериовенозные пороки развития, беременность, недифференцированное опухолевое образование в малом тазу, подозрение на саркому, аллергическая реакция на контрастное вещество.

**Вопрос 5.** Вторичная дисменорея. Причины. Диагностика. Врачебная тактика.

Ответ.

Дисменорея – нарушение менструального цикла, проявляющееся болезненными менструациями. Термин «Дисменорея» отражает нейро-вегетативные, обменно-эндокринные и психо-эмоциональные отклонения, проявляющиеся во время менструаций.

Классификация дисменореи:

- первичная – органические изменения в органах малого таза отсутствуют
- вторичная – наличие органических изменений в органах малого таза

Причины вторичной аменореи:

- маточные: аденомиоз, миома матки, ВМК, стеноз шейки матки, полипы шейки матки
- внематочные: наружный эндометриоз, воспалительные заболевания органов малого таза; функциональные кисты яичников; доброкачественные или злокачественные опухоли матки и придатков; воспалительные заболевания толстой кишки

Клинические симптомы: боли в малом тазу (до и после менструации); боли в области поясницы; обильные длительные менструации со сгустками; диспареуния; дисхезия.

Диагностика вторичной дисменореи:

- анамнестические данные (время и причины начала болей, характер менструального цикла, гинекологические заболевания, оперативные вмешательства и т.д.)
- гинекологическое обследование
- УЗИ органов малого таза: ВМС, миома матки, аденомиоз, кисты яичников (эндометриомы), патология эндометрия, врожденная патология матки
- лапароскопия: эндометриоз, миома, спаечный процесс

- гистероскопия: субмукозная миома, аденомиоз, эндометрит

Лечение вторичной дисменореи направлено на устранение выявленной органической патологии:

- эндометриоз – гормональная терапия, НПВС, по показаниям – хирургическое вмешательство (удаление гетеротопий, резекция яичника в пределах здоровых тканей, иссечение ретроцервикального эндометриоза, гистерэктомия, комбинированные операции)
- субмукозная локализация миоматозного узла – оперативное лечение (гистерорезектоскопия)
- полип шейки матки – удаление полипа шейки матки, выскабливание цервикального канала
- воспалительные заболевания органов малого таза – комплексная противовоспалительная терапия
- неправильное положение ВМК – удаление ВМК

**Вопрос 6.** Методики прерывания беременности. Показания и противопоказания.

Ответ.

В соответствии со статьей 56 «Искусственное прерывание беременности» Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в российской Федерации, каждая женщина имеет право самостоятельно решить вопрос о материнстве. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель при наличии информированного добровольного согласия – письменного согласия женщины на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риском, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Прерывание беременности осуществляется не ранее:

- 48 часов с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке беременности 4-7 недель и 11-12 недель, но не позднее окончания 12-й недели беременности
- 7 дней с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке беременности 8-10 недель

Методы искусственного прерывания беременности в I триместре:

- ручная или вакуумная аспирация
- медикаментозный аборт в сроке до 53 дней аменореи или 9 недель беременности

Медикаментозный аборт – прерывание нежелательной беременности в сроках до 12 недель с помощью комбинации лекарственных препаратов мифепристон и мизопростол, как наиболее отвечающих условиям безопасности и требованиям к эффективности и приемлемости.

Показания к медикаментозному аборту:

- желание пациентки прервать незапланированную беременность сроком до 9 недель (до 63 дней от первого дня последней менструации)
- наличие социальных или медицинских показаний к прерыванию беременности, включая неразвивающуюся беременность и неполный аборт при самопроизвольном или искусственном прерыванием беременности без осложнений в сроках до 63 дней аменореи. При желании женщины завершить беременность медикаментозным способом

Противопоказания к медикаментозному аборту: острые воспалительные заболевания органов малого таза; гормональнозависимые опухоли; тяжелая экстрагенитальная патология; курение; лактация; беременность, возникшая на фоне использования ВМК; беременность, возникшая после применения гормональной контрацепции.

Схемы прерывания беременности:

- беременность сроком до 7 недель (49 дней аменореи) - мифепристон 200 мг орально, спустя 36-48 часов мизопростол 400 мкг орально
- беременность сроком 7-9 недель (50-63 дней аменореи) – мифепристон 200 мг орально, спустя 36-48 часов мизопростол 800 мкг (буккально, сублингвально, вагинально)
- беременность сроком 9-12 недель (64-84 дней аменореи) – мифепристон 200 мг орально, спустя 36-48 часов мизопростол 800 мкг (буккально, сублингвально, вагинально) и далее по 400 мкг каждые 3 часа вагинально или сублингвально

После приема препаратов в течение 1-1,5 часов показано динамическое наблюдение за пациенткой в условиях лечебного учреждения.

Обследование пациентки перед выполнением медикаментозно аборта включает: сбор анамнеза, проведение бимануального исследования, микроскопическое исследование отделяемого из цервикального канала и влагалища, лабораторное обследование, ультразвуковое исследование органов малого таза (наличие плодного яйца в полости матки), определение противопоказаний для прерывания беременности, по показаниям – консультации смежных специалистов.

Побочные эффекты медикаментозного аборта: кровотечение, болевой синдром, слабость, головной мозг, головокружение, тошнота, рвота, диарея, повышение температуры тела.

Осложнения медикаментозного аборта: обильное и/или продолжающееся кровотечение, продолжающаяся беременность, неполный аборт, гематометра.

К критериям эффективности медикаментозного аборта относят:

- нормальные размеры матки, отсутствие болезненных ощущений, незначительные слизисто-кровянистые выделения из половых путей
- отсутствие плодного яйца или его элементов в полости матки по данным УЗИ
- снижение уровня  $\beta$ -ХГЧ (через 24 часа – 50% от исходного; через 2 недели -  $< 1000 \text{ ME/l}$ )

**Вопрос 7.** Доброкачественные заболевания шейки матки. Факторы риска развития.

Ответ.

Доброкачественные заболевания шейки матки – это морфофункциональные изменения слизистой шейки матки преимущественно воспалительного, посттравматического и/или дисгормонального характера, при которых сохранена нормоплазия эпителия.

Факторы риска развития доброкачественных, предраковых заболеваний и рака шейки матки.

Длительно персистирующая инфекция, вызванная вирусом папилломы человека (ВПЧ) высокого канцерогенного риска – самый значимый фактор канцерогенеза. В процессе формирования CIN ВПЧ высокого канцерогенного риска поражает стволовые клетки, располагающиеся не под плоским эпителием, а в переходной зоне, под цилиндрическим эпителием зоны трансформации и эндоцервикальных крипт. Вирус использует для размножения процессы плоскоклеточной метаплазии, в том числе запуская ее в эндоцервикальных крипах. ВПЧ инициирует здесь пролиферацию незрелых плоскоэпителиальных клеток с последующим возможным нарастанием в них генетических нарушений и усугублением степени повреждения.

Наличие сопутствующей вирусной инфекции, прежде всего – *вируса простого герпеса 2 серотипа (ВПГ-2)*, является одним из кофакторов активации ВПЧ-инфекции. Геномы ВПГ и ВПЧ интергируются в проонкогене С-тус, который принимает участие в процессах клеточной пролиферации, инициации CIN, а при его абберантной экспрессии – в канцерогенезе и дальнейшей прогрессии опухоли. Хламидийная инфекция, трихомониаз и ряд других инфекционных агентов также обладают катализирующим влиянием на ВПЧ, обуславливая прогрессирование диспластических изменений.

Курение сигарет - отмечается корреляция между курением сигарет и риском развития CIN и рака шейки матки. Причиной негативного влияния курения может быть нарушение иммунных механизмов или местные канцерогенные механизмы. Курение также усиливает канцерогенные свойства ВПЧ. У курящих женщин риск развития рака шейки матки в 2 раза выше, причем вероятность его развития выше у тех, кто курит давно и часто. В настоящее время нет доказательных данных о взаимосвязи курения и повышенного риска развития аденокарциномы шейки матки.

Раннее начало половой жизни – один из факторов риска развития заболеваний шейки матки. В пубертантном периоде многослойный плоский эпителий, покрывающий влагалищную часть шейки матки, еще не полноценный, как морфологически, так и функционально и поэтому легко подвергается действию различных повреждающих факторов.

Прием комбинированных оральных контрацептивов может влиять на развитие рака шейки матки в сочетании с другими факторами. Имеет значение длительность приема контрацептивных гормональных таблеток, однако причинная связь определяется наличием одновременно других факторов, например, сексуальное поведение.

Дисбаланс половых гормонов. Высокий уровень андрогенов и прогестерона нарушает процессы дифференцировки многослойного плоского эпителия шейки матки. Гиперэстрогения приводит к усиленной пролиферации

всех слоев эпителия шейки матки, утолщению эпителиального покрова и усиленному его ороговению.

Травматические повреждения шейки матки вследствие различных диагностических или лечебных манипуляций приводят к нарушению межклеточных взаимодействий, метаболических процессов, трофики тканей шейки матки и создают благоприятные условия для действия других повреждающих факторов.

Плохое питание - есть неубедительные данные, основанные на нескольких противоречивых исследованиях, в которых указано на то, что употребление в пищу фруктов и овощей, а также находящихся в них микроэлементов (бета-каротина, витамина С и фолатов) защищает от развития плоскоклеточного рака. *Низкий социально-экономический статус* часто служит причиной многих других взаимосвязанных факторов; однако показано, что у женщин с низким социально-экономическим статусом риск развития рака шейки матки в 3 раза выше без учета других факторов риска.

### **Вопрос 8.** Эндометриоз. Определение. Клиническая симптоматика.

Ответ.

Эндометриоз – патологический процесс, при котором отмечается разрастание ткани, морфологически и функционально идентичной эндометрию, вне полости матки. Выделяют генитальный и экстрагенитальный эндометриоз. Генитальный эндометриоз подразделяют на внутренний (аденомиоз) и наружный (эндометриоз шейки матки, влагалища, промежности, ретроцервикальной области, яичников, маточных труб, брюшины, прямокишечного углубления). В структуре генитального эндометриоза наиболее часто встречаются эндометриозидные поражения тела матки и яичников.

#### ***Клинические симптомы.***

Эндометриоз чаще диагностируется в репродуктивном периоде и характеризуется широким разнообразием клинических проявлений, склонностью к инфильтративному росту с последующей их деструкцией и вовлечением в патологический процесс смежных органов – кишечника, мочевого пузыря, мочеочника и т.д.

Наиболее важный и частый клинический симптом эндометриоза – боль. Постоянные и/или циклические боли в пояснице или связанные с менструальным циклом (дисменорея, боль в середине менструального цикла или накануне менструации), а также диспареурия, дизурия и дисхезия нередко приводят к снижению качества жизни пациенток с эндометриозом и, даже - инвалидизации. На ранних стадиях заболевания боль может иметь периодический характер, при распространенных формах эндометриоза – чаще постоянный. Боль (умеренная или интенсивная) обусловлена циклическими расстройствами, сходными с происходящими в эндометрии, а также сопутствующими воспалительными нарушениями, изменениями в нервных сплетениях и нервных окончаниях, а также сопутствующим спаечным процессом, в который вовлекаются нижние отделы кишечника. Выраженность болевого синдрома при эндометриозе зависит от: локализации эндометриозидных гетеротопий, степени распространения процесса, поражения смежных органов, длительности заболевания и индивидуальных особенностей

пациенток. Эндометриоз яичников может сопровождаться симптомами «острого живота», которые появляются вследствие раздражения брюшины содержимым эндометриоидных кист при их перфорации. При прорастании эндометриоза в мочевой пузырь или прямую кишку может появляться кровь в стуле или моче.

Другим клиническим симптомом эндометриоза является нарушение менструального цикла по типу аномальных маточных кровотечений, и как следствие снижение уровня гемоглобина в крови. В основном такие нарушения характерны для распространенных форм аденомиоза (III-IV ст).

Эндометриоз – одна из частых причин бесплодия и применения высоких репродуктивных технологий. Одной из доказательных причин бесплодия при наружном эндометриозе является развитие выраженного спаечного процесса в малом тазу, что препятствует выходу яйцеклетки и ее дальнейшему продвижению в полость матки.

Другой причиной бесплодия может быть нарушение процессов имплантации. Определенную роль в формировании бесплодия могут играть воспалительные процессы в эндометрии, нарушение васкуляризации слизистой матки и сопутствующие данной патологии гиперпластические процессы эндометрия.

Ключевую роль при эндометриозе играет воспаление. Перитонеальные макрофаги в больших количествах вырабатывают провоспалительные цитокины, такие, как фактор некроза опухоли, интерлейкины 1, 6, которые поддерживают ощущение боли, усиливают процессы ангиогенеза и могут оказывать эмбриотоксические эффекты. Среди других возможных причин снижения фертильности при эндометриозе следует отметить генетический и иммунный факторы, нарушения свойств перитонеальной жидкости, изменения в эндосальпинксе маточных труб и ряд других.

У пациенток с эндометриозом тяжелой формы, у которых беременность наступила с использованием процедур ВРТ, отмечаются высокие акушерские риски: преждевременные роды, преэклампсия, замедление внутриутробного развития плода, предлежание плаценты.

В ряде случаев эндометриоз может протекать бессимптомно и быть диагностической находкой во время оперативного вмешательства, не связанного с эндометриозом.

**Вопрос 9.** Острый живот в гинекологии. Причины. Этапы оказания медицинской помощи.

Ответ.

Острый живот - единый синдром острых гинекологических и хирургических заболеваний органов брюшной полости. Это внезапно развивающееся состояние, требующее оказания неотложной медицинской помощи, а у большинства пациентов могут возникнуть жизненные показания к экстренному оперативному вмешательству. Заболевания, входящие в понятие «острого живота», отличаются друг от друга многообразными симптомами, однако в их клинической картине есть общие признаки: острые боли в животе внезапно появившиеся на фоне полного благополучия, симптомы раздражения брюшины, дисфункция желудочно-кишечного тракта, расстройства сердечно-сосудистой системы (вплоть до коллапса).

При подозрении на острый живот необходимо установить причину болей на основании: их длительности, интенсивности, иррадиации, провоцирующих и облегчающих факторов, сопутствующих симптомов. Уточняется, является ли боль абдоминальной (гинекологической или хирургической), или не имеет отношения к острому животу и является экстраабдоминальной (инфаркт, пневмония, корешковые боли и др.)

Этапы оказания медицинской помощи при остром животе:

- догоспитальный этап – немедленная госпитализация в ближайший многопрофильный стационар (назначение анальгетиков не показано; по показаниям – проводится противошоковая терапия)
- госпитальный этап – проводится диагностика, дифференциальная диагностика, оказание экстренной медицинской помощи

Термин «острый живот» не конкретен и не может служить для формулировки диагноза (необходимо поставить точный топический диагноз).

Причины позднего оказания неотложной помощи:

- недооценка степени тяжести пациентки
- нерациональное использование догоспитальных методов обследования
- отсутствие преемственности в работе профильных специалистов

Причины острого живота в гинекологии:

- внутрибрюшной кровотечение: нарушенная эктопическая беременность, апоплексия яичника (анемическая и смешанная формы), разрыв кисты или опухоли яичника, перфорация матки
- нарушение кровообращения в органе и его некроз: перекрут придатков матки, перекрут ножки опухоли (кисты) яичника, некроз миоматозного узла
- осложненные формы воспалительных заболеваний органов малого таза: пиосальпинкс, пиовар, тубовариальное образование, перитонит

**Вопрос 10.** Новообразования яичников. Факторы и группы риска развития рака яичников.

Ответ.

Новообразования яичников: опухолевидные и опухолевые изменения в яичниках.

Интегральные факторы, повышающие риск злокачественных новообразований яичников: возраст, менопаузальный статус (пременопауза, постменопауза); указание на злокачественное новообразование любой локализации в анамнезе; установленные предрасполагающие мутации BRCA1, BRCA2, P53, STK11, генов репарации ДНК, RAD51C, DICER и др.;отягощенный генетический анамнез по раку молочных желез, яичников, эндометрия, толстой кишки, желудка, почек, легких.

Дополнительные факторы, повышающие риск злокачественных новообразований яичников: бесплодие - отсутствие беременностей в анамнезе; предшествующие стимуляции овуляции; раннее менархе и поздняя менопауза (для опухолей I типа по R.J.Kurman); позднее менархе и ранняя менопауза (для опухолей II типа по R.J.Kurman); эндометриоидное поражение яичников;

односторонняя овариоэктомия в анамнезе; хронический сальпингофорит; сахарный диабет II типа; ожирение; диета с высоким содержанием жиров и легко усвояемых углеводов.

Факторы, снижающие риск злокачественных новообразований яичников: перенесенная гистерэктомия; прием комбинированных оральных контрацептивов; двусторонняя тубэктомия или аднексэктомия; многодетность.

Группа высокого риска по развитию рака яичников:

1. Установленное носительство мутаций, предрасполагающих к наследственному раку яичников: BRCA1, BRCA2, P53, STK11 (синдром Пейтц-Егерса), генов репарации ДНК (синдром Линча), RAD51C
2. Отягощенный семейный онкологический анамнез по раку яичников, толстой кишки и молочных желез
3. Ультразвуковые признаки злокачественности в соответствии с рекомендациями IOTA
4. Значение RMI 250 и более
5. Значение индекса ROMA 7,39% и более в пременопаузе, 25,29% - в постменопаузе

Группа умеренного риска:

1. Злокачественное новообразование экстраовариальной локализации в анамнезе
2. Объемное образование яичников кистозного строения в постменопаузе
3. Сочетание двух и более дополнительных факторов риска

Группа низкого риска: общая популяция, отсутствие основных и дополнительных факторов риска.

## **Ситуационные задачи для прохождения промежуточной аттестации**

### **Задача 1.**

Пациентка 52 лет обратилась в гинекологическое отделение стационара по направлению врача женской консультации для решения вопроса об оперативном лечении с диагнозом: Киста левого яичника.

Жалобы при поступлении не предъявляет. Наследственный анамнез – миома матки у матери. Соматический анамнез – язвенная болезнь желудка, хронический холецистит. Аллергический анамнез не отягощен. Гинекологический анамнез: менархе с 12 лет, менструации по 6 дней, через 28 дней, менструальный цикл регулярный. Последняя менструация в 49 лет. Беременностей – 3, роды-1 (без осложнений), аборт – 2. Гинекологические заболевания – эктопия шейки матки (радиоволновое лечение), хронический сальпингит. Обратилась в женскую консультацию для проведения профилактического осмотра. Уровень СА-125 в сыворотке крови – 24 МЕ/мл.

По данным УЗИ органов малого таза: тело матки 52x48x50 мм, контуры четкие, ровные, миометрий однородный. М-ЭХО – линейное. Правый яичник 29x21x20 мм, структура однородная. Левый яичник представлен однокамерным образованием диаметром до 8см преимущественно с жидкостным содержимым, по внутренней капсуле - единичный солидный компонент 5 мм, при ЦДК –

кровоток не определяется. Свободной жидкости в малом тазу нет.

1. Клинический диагноз.
2. К какой группе риска развития рака яичника можно отнести данную пациентку (на основании представленных данных)
3. План предоперационного обследования.
4. Объем оперативного вмешательства и доступ (обосновать)

Ответ.

1. Клинический диагноз: Опухоль левого яичника.
2. Наличие объемного образования яичника кистозного строения в постменопаузе - группа умеренного риска; расчет индекса RMI – низкий риск малигнизации
3. План предоперационного обследования:
  - 1) Клинико-лабораторное обследование (клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, группа крови, резус-фактор, RW, ВИЧ, гепатиты)
  - 2) Rs грудной клетки
  - 3) ЭКГ
  - 4) Заключение терапевта, хирурга
  - 5) Мазок на онкоцитологию с шейки матки, аспират из полости матки
  - 6) ЭГДС, колоноскопия
  - 7) УЗИ органов брюшной полости
  - 8) УЗДГ вен нижних конечностей
  - 9) Расчет RMI
  - 10) Генетическое исследование на носительство предрасполагающих мутаций – BRCA1, BRCA2, P53, STK11, генов репарации ДНК
4. Объем оперативного вмешательства и доступ – принимая во внимание RMI =72 (низкий риск малигнизации), отсутствие анамнестических, клинических, лабораторных и эхографических признаков малигнизации, пациентке показано проведение двусторонней аднексэктомии лапароскопическим доступом. Интраоперационно провести срочное гистологическое исследование опухоли, после получения результатов исследования решить вопрос об объеме операции (по показаниям – интраоперационный консилиум)

Задача 2.

Пациентка 62 лет обратилась в гинекологическое отделение стационара по направлению врача женской консультации для решения вопроса об оперативном лечении с диагнозом: Опухоль левого яичника.

Жалобы при поступлении на слабость, увеличение живота в объеме, запоры. Наследственный анамнез – рак яичников у матери, рак молочной

железы у тети. Соматический анамнез – хронический гастрит, хронический холецистит. Аллергический анамнез не отягощен. Гинекологический анамнез: менархе с 13 лет, менструации по 7 дней, через 28-32 дней, менструальный цикл регулярный. Последняя менструация в 56 лет. Беременностей – 0. Гинекологические заболевания – эктопия шейки матки (радиоволновое лечение), хронический сальпингит. Обратилась в женскую консультацию в связи с вышеуказанными жалобами. Уровень СА-125 в сыворотке крови – 112 МЕ/мл, HE4 – 115.

По данным УЗИ органов малого таза: тело матки 72x48x60 мм, контуры четкие, ровные, миометрий однородный, по задней стенке межмышечный миоматозный узел диаметром 5 см однородной структуры. М-ЭХО – 2 мм. Правый яичник 39x41x28 мм, структура неоднородная. Левый яичник представлен многокамерным образованием диаметром до 14 см неоднородным содержимым, по наружной и внутренней капсуле – участки солидного компонента, при ЦДК – определяется выраженный кровоток в центре образования. Свободная жидкость в малом тазу в количестве 800 мл.

1. Клинический диагноз.
2. К какой группе риска развития рака яичника можно отнести данную пациентку (на основании представленных данных)
3. План предоперационного обследования.
4. Объем оперативного вмешательства и доступ (обосновать)

Ответ.

1. Клинический диагноз: Опухоль левого яичника, susp. ср Миома матки.
2. Отягощенный семейный онкологический анамнез по раку яичников и молочной железы; ультразвуковые признаки злокачественности (IOTA) - группа высокого риска; расчет индекса RMI – высокий риск малигнизации
3. План предоперационного обследования:
  - 1) Клинико-лабораторное обследование (клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, группа крови, резус-фактор, RW, ВИЧ, гепатиты)
  - 2) Rs грудной клетки
  - 3) ЭКГ
  - 4) Заключение терапевта
  - 5) Мазок на онкоцитологию с шейки матки, аспират из полости матки
  - 6) ЭГДС, колоноскопия
  - 7) УЗИ органов брюшной полости, КТ (МРТ) органов брюшной полости и забрюшинного пространства
  - 8) УЗДГ вен нижних конечностей
  - 9) Расчет RMI
  - 10) Консультация онколога (маршрутизация пациентки)
  - 11) Генетическое исследование на носительство предрасполагающих мутаций – BRCA1, BRCA2, P53, STK11, генов репарации ДНК

4. Объем оперативного вмешательства и доступ – принимая во внимание RMI =1008 (высокий риск малигнизации), наличие анамнестических, клинических, лабораторных и эхографических признаков малигнизации, пациентке показано проведение гистерэктомии, взятие смывов из брюшной полости, биопсия брюшины, резекция большого сальника лапаротомным доступом. Интраоперационно провести срочное гистологическое исследование опухоли, после получения результатов исследования решить вопрос об объеме операции (по показаниям – интраоперационный консилиум с участием онколога) – экстирпация большого сальника, ревизия регионарных лимфатических узлов, лимфааденэктомия т.д.

### Задача 3.

Пациентка 24 лет обратилась к врачу женской консультации с жалобами на отсутствие менструаций в течение 7 месяцев.

Наследственный анамнез – миома матки у матери. Соматический анамнез – не отягощен. Аллергический анамнез не отягощен. Гинекологический анамнез: менархе с 14 лет, менструации по 5 дней, через 26-30 дней, умеренные, безболезненные, менструальный цикл регулярный. Беременностей – 1, А-1 (1 год назад). Гинекологические заболевания – хронический сальпингит.

Status genitalis: наружные половые органы развиты правильно. Осмотр при помощи зеркал: шейка матки конической формы, слизистая визуально не изменена, выделения из половых путей слизистые, незначительные. Тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное. Область придатков матки – без особенностей, безболезненная. Своды глубокие, параметрии не инфильтрированы.

1. Клинический диагноз (обосновать)
2. Составьте и обоснуйте план обследования
3. План дополнительного обследования
4. Назовите причины, которые могут приводить к данному нарушению менструального цикла

Ответ.

1. Нарушение менструального цикла. Вторичная аменорея.  
Диагноз поставлен на основании жалоб. Вторичная аменорея (вариант нарушения менструальной функции, согласно классификации ВОЗ) – отсутствие спонтанных менструаций более 6 месяцев при указании на наличие хотя бы одной самостоятельной менструации.
2. План обследования
  - 1) Анализ крови на  $\beta$ -ХГЧ – исключить беременность
  - 2) УЗИ органов малого таза – исключить органическую патологию органов малого таза (опухоль яичника, синдром Ашермана)

- 3) Гормональное исследование: ФСГ, ЛГ, пролактин, 17-ОП, эстрадиол, кортизол, ДЭАС, АМГ.
3. План дополнительного обследования
  - 1) Проведение гормональных проб: прогестероновая проба (определение эстрогенной насыщенности, оценка адекватности реакции эндометрия на введение прогестерона). При отрицательной прогестероновой пробе – проведение циклической гормональной пробы (диагностика маточной формы аменореи)
  - 2) При гиперпролактинемии – исследование функции щитовидной железы: гормональное исследование (ТТГ, Т3, Т4); УЗИ щитовидной железы; функциональные пробы с тиролиберином, метоклопромидом, парлоделом;
  - 3) Проведение функциональных проб – оценка секреции гонадотропинов (пробы с гонадолиберином, кломифеном), оценка функционального состояния коры надпочечников (малая и большая дексаметазоновые пробы, проба с кортиколиберином; оценка углеводного обмена)
  - 4) По показаниям - диагностическая лапароскопия – исключить синдром истощения яичников, синдром резистентных яичников, синдром поликистозных яичников
4. Возможные причины нарушения менструального цикла в данном случае: гипоестрогения различного генеза, внутриматочная патология, нарушение функции гипоталамо-гипофизарных структур

#### Задача 4.

В женскую консультацию обратилась пациентка 49 лет с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей со сгустками. Из анамнеза заболевания - после двух месяцев задержки менструации появились кровянистые выделения, продолжающиеся в течение 15 дней.

Наследственный анамнез – рак тела матки у матери. Соматический анамнез – нарушение жирового обмена II степени, артериальная гипертензия. Аллергический анамнез не отягощен. Гинекологический анамнез: менархе с 14 лет, менструации по 7 дней, через 30 дней, умеренные, безболезненные, менструальный цикл регулярный. Беременностей – 2, Р-2, без осложнений. Гинекологические заболевания – миома матки небольших размеров с 35 лет.

Status genitalis: наружные половые органы развиты правильно. Осмотр при помощи зеркал: шейка матки цилиндрической формы, слизистая визуально не изменена, выделения из половых путей кровянистые, обильные со сгустками. Тело матки несколько больше нормы, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки четко не определяются, их область безболезненная. Своды глубокие, параметрии не инфильтрированы.

1. Клинический диагноз (обосновать)
2. Составьте и обоснуйте план обследования
3. План дополнительного обследования
4. Определите лечебную тактику и обоснуйте

Ответ.

1. Аномальное маточное кровотечение перименопаузального периода.  
Миома матки.  
Диагноз поставлен на основании жалоб и анамнеза – кровотечение из половых путей, продолжающиеся 15 дней (более 7 дней) после задержки менструации на 2 месяца
2. План обследования
  - 1) Лабораторное обследование: анализ крови на  $\beta$ -ХГЧ (исключить возможную беременность); обследование на наличие анемии (клинический анализ крови); обследование свертывающей системы крови (коагулограмма, при подозрении на патологию гемостаза – консультация гематолога и специальное обследование)
  - 2) УЗИ органов малого таза – исключить органическую патологию органов малого таза (опухоль яичника, миома матки, аденомиоз, хронический эндометрит, полип эндометрия, гиперплазия эндометрия, заболевания шейки матки)
3. План дополнительного обследования
  - 1) Госпитализация в стационар – проведение раздельного лечебно-диагностического выскабливания матки (хирургический гемостаз) под контролем гистероскопии
  - 2) По показаниям – МРТ (КТ) органов малого таза
4. Определение лечебной тактики возможно после получения результатов гистологического исследования соскобов из цервикального канала и полости матки, а также результатов общего и дополнительного обследования:
  - 1) при отсутствии патологических изменений в матки – динамическое наблюдение
  - 2) полип эндометрия – динамическое наблюдение
  - 3) гиперплазия эндометрия – решить вопрос о целесообразности гормональной терапии
  - 4) миома матки с субмукозной локализацией узла – оперативное лечение (гистерорезектоскопия)
  - 5) аденомиоз – решить вопрос о целесообразности гормональной терапии
  - 6) опухоль яичника – оперативное лечение
  - 7) предраковые заболевания шейки и тела матки – консультация онколога для решения вопроса о маршрутизации пациентки и лечебной тактики

Задача 5.

В центр планирования семьи и репродукции обратилась супружеская пара

с жалобами на отсутствие наступления беременности в течение 5 лет регулярной половой жизни без применения средств контрацепции. Супруге 29 лет, супругу – 41 год.

1. Составьте полный план обследования женщины при бесплодии
2. Составьте полный план обследования мужчины при бесплодии
3. Перечислите причины женского бесплодия
4. Назовите показания для направления в клинику вспомогательных репродуктивных технологий при бесплодии без обследования

Ответ.

1. План обследования женщины:

- 1) Оценка анамнестических данных: особенности репродуктивной функции (сведения о количестве браков, характере и длительности бесплодия, количестве беременностей в браках, в том числе предыдущих, их исходах и осложнениях); особенности менструальной функции (возраст менархе, характер становления менструального цикла, вероятные причины нарушения менструальной функции; перенесенные гинекологические заболевания, оперативные вмешательства на органах малого таза, проведенные диагностические и лечебные манипуляции; анализ предыдущего обследования и лечения по поводу бесплодия); соматический анамнез (перенесенные детские инфекции, стрессовые ситуации, наличие экстрагенитальных заболеваний); лекарственный анамнез (применение лекарственных препаратов, способных влиять на зачатие); условия труда, наличие профессиональных вредностей и вредных привычек; наследственный анамнез по гинекологическим и соматическим заболеваниям
- 2) Клиническое обследование включает оценку общего состояния, характера и степени оволосения; проведение общего физикального обследования; определение индекса массы тела; гинекологическое обследование; исследование молочных желез (формы и степени их развития, наличие отделяемого из сосков) и щитовидной железы.
- 3) Лабораторные методы обследования: развернутый общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, общий анализ мочи
- 4) Обследование на урогенитальные инфекции: микроскопическое исследование влагалищных мазков; микробиологическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно- анаэробные микроорганизмы; ПЦР диагностика на хламидии, микоплазму генитальную; микробиологическое исследование отделяемого женских половых органов на уреаплазму; TORCH-комплекс
- 5) Гормональный скрининг при регулярном ритме менструаций проводят на 2-5 день менструального цикла, при нерегулярном – в любой день. Проводят исследование уровня ФСГ, ЛГ, пролактина, общего и свободного тестостерона, антимюллера гормона,

свободного тироксина, тиреотропного гормона, прогестерона, 17-гидроксипрогестерона, общего эстрадиола.

- 6) Ультразвуковое исследование органов малого таза, молочных желез, по показаниям – щитовидной и паращитовидной желез, почек и надпочечников.
- 7) Рентгенологические методы исследования – МРТ головы, гистеросальпингография, маммография
- 8) Эндоскопические методы – кольпоскопия, гистероскопия, лапароскопия, гидролапароскопия
- 9) Морфологическое исследование ткани эндометрия, по показаниям – иммуногистохимическое исследование
- 10) Генетические методы исследования – определение кариотипа (по показаниям)

## 2. План обследования мужчины:

- 1) Оценка анамнестических данных: особенности репродуктивной функции (сведения о количестве браков, характере и длительности бесплодия, количестве беременностей в браках, в том числе предыдущих, их исходах и осложнениях); анализ предыдущего обследования и лечения по поводу бесплодия); соматический анамнез (перенесенные детские инфекции, стрессовые ситуации, наличие экстрагенитальных заболеваний); лекарственный анамнез (применение лекарственных препаратов, способных влиять на зачатие); перенесенные инфекции, передающиеся половым путем; оперативные вмешательства на половых органах; сексуальная и эякуляторная дисфункция; условия труда, наличие профессиональных вредностей и вредных привычек.
- 2) Клиническое обследование включает оценку общего состояния; проведение общего физикального обследования; определение индекса массы тела; наличие признаков гипоандрогении; исследование молочных желез (наличие гинекомастии) и андрологическое обследование гениталий и предстательной железы
- 3) Лабораторные методы обследования: развернутый общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, общий анализ мочи; развернутая спермограмма, анализ секрета простаты
- 4) Инфекционный скрининг: микроскопическое исследование отделяемого уретры; микробиологическое исследование отделяемого половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы; ПЦР диагностика на хламидии, микоплазму генитальную; TORCH-комплекс
- 5) Гормональный скрининг - исследование уровня пролактина, общего и свободного тестостерона
- 6) Ультразвуковое исследование органов мочеполовой системы, по показаниям - щитовидной железы
- 7) Рентгенологические методы исследования – вазография, краниограмма, КТ головы
- 8) Морфологические методы исследования – тестикулярная биопсия (по показаниям)

- 9) Дополнительные методы исследования - посткоитальный тест, тест на наличие антиспермальных антител, компьютерный анализ спермы, центрифугирование спермы
  - 10) Медико-генетическое исследование - кариотипирование
3. Причины женского бесплодия: эндокринное (нарушение овуляции); трубно-перитонеальное; другие формы (эндометриоз, миома матки, опухоли яичников, маточная форма); идиопатическое
  4. Показания для направления в клинику ВРТ без обследования: хирургическое удаление маточных труб; нарушение проходимости маточных труб; синдром резистентных и истощенных яичников; длительность бесплодия более 5 лет и неэффективность ранее проводимой терапии.

#### Задача 6.

В женскую консультацию обратилась пациентка 52 лет с жалобами на удлинение менструального цикла и длительные обильные менструации.

Наследственный анамнез – не отягощен. Соматический анамнез – нарушение жирового обмена III степени, артериальная гипертензия. Аллергический анамнез не отягощен. Гинекологический анамнез: менархе с 12 лет, менструации по 10 дней, через 30 дней, обильные, безболезненные, в течение последних двух лет отмечает удлинение менструального цикла до 40-60 дней. Беременностей – 3, Р-2, без осложнений, А-1, без осложнений. Гинекологические заболевания – миома матки 7-8 недель. Последний раз у гинеколога была на профилактическом осмотре год назад.

Status genitalis: наружные половые органы развиты правильно. Осмотр при помощи зеркал: шейка матки цилиндрической формы, слизистая визуально не изменена, выделения из половых путей слизистые. Тело матки увеличено до 16 недель беременности за счет миоматозных узлов, максимальных из которых до 10 см, исходит из задней стенки матки, консистенция узла плотная, тело матки ограничено в подвижности, чувствительное при исследовании. Придатки четко не определяются, их область безболезненная. Своды глубокие, параметрии не инфильтрированы.

1. Клинический диагноз (обосновать)
2. Составьте и обоснуйте план обследования
3. План дополнительного обследования
4. Определите лечебную тактику и обоснуйте

Ответ.

1. Клинический диагноз: Миома матки больших размеров. Быстрый рост. Диагноз поставлен на основании данных бимануального исследования – наличие опухоли матки больших размеров (более 12-14 недель) и рост миомы за год на 9 недель
2. План обследования:
  - 1) УЗИ органов малого таза в сочетании с ЦДК
  - 2) Клинико-лабораторное обследование (клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, группа крови, резус-фактор, RW, ВИЧ, гепатиты)
  - 3) Rs грудной клетки
  - 4) ЭКГ
  - 5) Заключение терапевта
  - 6) Раздельное диагностическое выскабливание матки под контролем гистероскопии
  - 7) УЗИ органов брюшной полости
  - 8) КТ (МРТ) органов малого таза, брюшной полости и забрюшинного пространства
  - 9) УЗДГ вен нижних конечностей
3. Дополнительное обследование:
  - 1) КТ (МРТ) органов малого таза, брюшной полости и забрюшинного пространства
  - 2) УЗДГ вен нижних конечностей
  - 3) Консультация онколога по показаниям (маршрутизация пациентки)
4. Лечебная тактика – оперативное лечение в плановом порядке в объеме экстирпации матки с придатками лапаротомным доступом (не исключается лапароскопический доступ). При подозрении на малигнизацию узла миомы – проведение срочного морфологического исследования, интраоперационный консилиум с участием онколога.

#### Задача 7.

Пациентка 37 лет обратилась к врачу в женскую консультацию с жалобами на периодические контактные кровянистые выделения из половых путей.

Наследственный анамнез – не отягощен. Соматический анамнез – хронический гастрит. Аллергический анамнез не отягощен. Гинекологический анамнез: менархе с 12 лет, менструации по 7 дней, через 30 дней, умеренные, безболезненные, в течение последних двух лет отмечает обильные менструации. Беременностей – 2, Р-1, без осложнений, А-1, без осложнений. Гинекологические заболевания – хронический сальпингит, эктопия шейки матки (дважды криодеструкция). Последний раз у гинеколога была на профилактическом осмотре пять лет назад.

Status genitalis: наружные половые органы развиты правильно. Осмотр при помощи зеркал: шейка матки цилиндрической формы, по передней губе на 12-15 часах участок дефекта эпителия, контактно кровоточащий, выделения из

половых путей слизистые, незначительные. Тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки четко не определяются, их область безболезненная. Своды глубокие, параметрии не инфильтрированы. По данным цитологического исследования мазков с шейки матки: цервикальный канал – участки цилиндрического эпителия, койлоцитоз, атипия цилиндрического эпителия HSIL; шейка матки – клетки парабазального слоя с атипией LSIL.

1. Клинический диагноз (обосновать)
2. Составьте и обоснуйте план обследования
3. План дополнительного обследования
4. Определите лечебную тактику и обоснуйте

Ответ.

1. Клинический диагноз: HSIL, цитологически.  
Диагноз поставлен на основании жалоб пациентки, данных анамнеза, осмотра и результатов цитологического исследования
2. План обследования:
  - 1) Расширенная кольпоскопия
  - 2) УЗИ органов малого таза в сочетании с ЦДК
  - 3) Петлевая эксцизия шейки матки (биопсия), выскабливание цервикального канала, по показаниям – выскабливание полости матки (с предварительным предоперационным стандартным обследованием)
3. Дополнительное обследование:
  - 1) Обследование на ВПЧ-инфекцию
  - 2) Обследование на ИППП
  - 3) Консультация онколога (маршрутизация пациентки) – по показаниям
4. Лечебная тактика зависит от результатов гистологического исследования биоптата шейки матки и наличия ВПЧ-инфицирования
  - 1) При морфологической верификации CIN I – динамическое наблюдение один раз в год (расширенная кольпоскопия, цитологическое исследование)
  - 2) При морфологической верификации CIN II-III и отсутствии признаков атипии в краях резекции – динамическое наблюдение два раза в год (расширенная кольпоскопия, цитологическое исследование)
  - 3) При морфологической верификации CIN II-III и наличии признаков атипии в краях резекции – консультация онколога для решения вопроса о дальнейшей тактике лечения (ампутация шейки матки)

Задача 8.

Пациентка 58 лет обратилась к врачу в женскую консультацию с жалобами

на периодические неинтенсивные кровянистые выделения из половых путей, возникающие после физической нагрузки.

Наследственный анамнез – рак желудка у матери. Соматический анамнез – хронический гастрит, ожирение III ст, артериальная гипертензия II ст., ИБС. Аллергический анамнез не отягощен. Гинекологический анамнез: менархе с 11 лет, менструации по 7 дней, через 30 дней, умеренные, безболезненные. Постменопауза 8 лет. Беременностей – 2, А-2. Гинекологические заболевания – хронический сальпингит, эктопия шейки матки (лазеркоагуляция), миома матки. К гинекологу не обращалась последние 5 лет.

Status genitalis: наружные половые органы развиты правильно. Осмотр при помощи зеркал: шейка матки конической формы, слизистая визуально не изменена, выделения из половых путей сукровичные. Тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки четко не определяются, их область безболезненная. Своды глубокие, параметрии не инфильтрированы.

1. Клинический диагноз (обосновать)
2. Составьте и обоснуйте план обследования
3. План дополнительного обследования
4. Определите лечебную тактику и обоснуйте

Ответ.

1. Клинический диагноз: Аномальное маточное кровотечение в постменопаузе  
Диагноз ставится на основании жалоб пациентки
2. План обследования:
  - 1) УЗИ органов малого таза в сочетании с ЦДК
  - 2) Клинико-лабораторное обследование (клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, группа крови, резус-фактор, RW, ВИЧ, гепатиты)
  - 3) Rs грудной клетки
  - 4) ЭКГ
  - 5) Заключение терапевта
  - 6) Раздельное диагностическое выскабливание матки под контролем гистероскопии
3. Дополнительное исследование:
  - 1) УЗИ брюшной полости
  - 2) КТ (МРТ) органов малого таза, брюшной полости и забрюшинного пространства
  - 3) УЗДГ вен нижних конечностей
4. Лечебная тактика:
  - 1) При морфологической верификации эндометриальной гиперплазии – оперативное лечение (абляция эндометрия, экстирпация матки с придатками) лапароскопическим доступом или гормональная терапия (агонисты гонадотропин-рилизинг гормона)

- 2) При морфологической верификации эндометриальной гиперплазии с атипией – консультация онколога (маршрутизация пациентки), оперативное лечение лапароскопическим доступом в объема экстирпация матки с придатками
- 3) При морфологической верификации аденокарциномы – консультация онколога (маршрутизация пациентки), оперативное лечение в плановом порядке (объем зависит от стадии заболевания)

#### Задача 9.

Пациентка 38 лет обратилась к врачу в женскую консультацию с жалобами на обильные длительные менструации в течение 1,5 лет, слабость, снижение Hb до 92г/л.

Наследственный анамнез – миома матки у матери. Соматический анамнез – не отягощен. Аллергический анамнез не отягощен. Гинекологический анамнез: менархе с 12 лет, менструации по 6 дней, через 30 дней, умеренные, безболезненные. Последние 1,5 года – менструации обильные, длительные (до 9 дней), болезненные. Беременностей – 1, А-1. Гинекологические заболевания – отрицает. В течение последних трех лет регулярной половой жизни без контрацепции беременность не наступает.

Status genitalis: наружные половые органы развиты правильно. Осмотр при помощи зеркал: шейка матки конической формы, слизистая визуально не изменена, выделения из половых путей слизистые. Тело матки увеличено до 6-7 недель беременности, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон без особенностей, их область безболезненная. Своды глубокие, параметрии не инфильтрированы.

По данным УЗИ малого таза: тело матки 62x52x49 мм, контуры четкие, ровные, миометрий неоднородный. Полость матки деформирована миоматозным узлом размерами до 5 см в диаметре, М-ЭХО четко не визуализируется. Правый яичник 24x27x18 мм, однородной структуры. Левый яичник 34x27x20 мм, структура однородная. Свободной жидкости в малом тазу нет. При ЦДК – умеренный кровоток в узле миомы.

1. Клинический диагноз (обосновать)
2. Составьте и обоснуйте план обследования
3. План дополнительного обследования
4. Определите лечебную тактику и обоснуйте

#### Ответ.

1. Клинический диагноз: Миома матки с субмукозной локализацией узла. Обильное маточное кровотечение. Анемия средней степени тяжести. Диагноз поставлен на основании жалоб пациентки, данных анамнеза, осмотра и УЗИ органов малого таза
2. Предварительный план обследования:

- 1) Клинико-лабораторное обследование (клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, группа крови, резус-фактор, RW, ВИЧ, гепатиты)
- 2) Rs грудной клетки
- 3) ЭКГ
- 4) Заключение терапевта
- 5) Раздельное диагностическое выскабливание матки под контролем гистероскопии

3. Дополнительное обследование: обследование женщины и мужчины в соответствии с алгоритмом обследования при бесплодии

4. Лечебная тактика:

- 1) Антианемическая терапия, миомэктомия одно- или двухэтапная
- 2) При наличии технических возможностей для выполнения гистерорезектоскопии – миомэктомия
- 3) При отсутствии технических возможностей для выполнения гистерорезектоскопии – предоперационная гормональная терапия агонистами гонадотропинрилизинг гормона с последующей миомэктомией

Задача 10.

Пациентка 25 лет доставлена в стационар бригадой скорой помощи с жалобами на острые боли внизу живота, рвоту, задержку мочеиспускания. Заболела остро. При осмотре: состояние средней степени тяжести, живот вздут, симптомы раздражения брюшины в нижних отделах положительные. Т- 37,4, пульс 88 уд в минуту, ритмичный, АД – 100/70 мм рт.ст.

Наследственный анамнез – не отягощен. Соматический анамнез – хронический пиелонефрит. Аллергический анамнез не отягощен. Гинекологический анамнез: менархе с 12 лет, менструации по 6 дней, через 30 дней, умеренные, безболезненные. Беременностей – 0. Гинекологические заболевания – киста левого яичника в течение 2-х лет.

Status genitalis: наружные половые органы развиты правильно. Осмотр при помощи зеркал: шейка матки конической формы, слизистая визуально не изменена, выделения из половых путей слизистые. Тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное. Слева и позади матки определяется тугоэластической консистенции образование 6х5 см, ограниченное в подвижности, резко болезненное при исследовании. Справа придатки четко не определяются, их область безболезненная. Тракции за шейку матки болезненные. Своды глубокие, параметрии не инфильтрированы.

1. Клинический диагноз (обосновать)
2. Составьте и обоснуйте план обследования
3. План дополнительного обследования

#### 4. Определите лечебную тактику и обоснуйте

Ответ.

1. Клинический диагноз: Опухоль левого яичника. Подозрение на перекрут опухоли (придатков матки). Пельвиоперитонит.  
Диагноз поставлен на основании жалоб пациентки, данных анамнеза, осмотра
2. План обследования:
  - 1) Клинический анализ крови, группа крови, резус-фактор, анализ мочи, ЭКГ, рентген грудной клетки – cito
  - 2) УЗИ органов малого таза в сочетании с ЦДК
3. Дополнительное обследование: консультация уролога
4. Лечебная тактика:
  - 1) Оперативное лечение в экстренном порядке – деторсия левого яичника (левых придатков), резекция яичника в пределах здоровых тканей; при отсутствии здоровой ткани яичника, наличии ишемии тканей и отсутствии кровотока в яичнике (придатках) – левосторонняя оварэктомия (аднексэктомия)

Задача 11.

Пациентка 50 лет обратилась к врачу в женскую консультацию с жалобами на ациклические кровянистые выделения из половых путей в течение двух лет. Наследственный анамнез – не отягощен. Соматический анамнез – сахарный диабет II типа. Аллергический анамнез не отягощен. Гинекологический анамнез: менархе с 13 лет, менструации по 7 дней, через 30-32 дня, умеренные, безболезненные, нерегулярные. Беременностей – 5, Р-2, А-3. Через неделю после окончания последней менструации появились кровянистые выделения из половых путей, продолжающиеся до настоящего времени. Гинекологические заболевания – эктопия шейки матки с 26 лет (лечение не проводилось), ВПЧ-инфекция (ВПЧ тип 18), хламидийная инфекция (лечилась).

Status genitalis: наружные половые органы развиты правильно. Осмотр при помощи зеркал: шейка матки в виде «кратера», передняя губа сглажена, каменистой плотности, контактно кровоточит. Выделения кровянистые умеренные. Тело матки несколько больше нормы, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон пропальпировать не представляется возможным из-за выраженной инфильтрации параметриев, слева доходящей до стенок таза. Per rectum: слизистая прямой кишки на высоте пальца подвижна.

1. Клинический диагноз (обосновать)
2. Составьте и обоснуйте план обследования
3. Перечислите анамнестические факторы риска развития данного заболевания

#### 4. Определите лечебную тактику и обоснуйте

Ответ.

##### 1. Клинический диагноз: Cr colli uteri ШБ gr, клинически. Кровотечение.

Диагноз поставлен на основании жалоб пациентки, данных анамнеза, осмотра шейки матки при помощи зеркал, ректовагинального исследования. Предположительная стадия распространения опухолевого процесса ШБ – инфильтрация параметриев слева, доходящая до стенок таза.

##### 2. План обследования:

- 1) УЗИ органов малого таза и брюшной полости
- 2) Клинико-лабораторное обследование (клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, группа крови, резус-фактор, RW, ВИЧ, гепатиты)
- 3) Рентген грудной клетки
- 4) ЭКГ
- 5) Цистоскопия
- 6) Колоноскопия
- 7) МРТ органов малого таза, забрюшинного пространства, брюшной полости
- 8) Консультация терапевта, эндокринолога
- 9) Биопсия шейки матки, отдельное выскабливание матки (морфологическая верификация диагноза)

##### 3. Факторы риска развития рака шейки матки у данной пациентки

- 1) ВПЧ-инфекция
- 2) Длительно существующая эктопия шейки матки
- 3) Иммунодефицит – наличие сахарного диабета

##### 4. Лечебная тактика: после морфологической верификации диагноза рака шейки матки и определения степени его распространения – показано проведение онкоконсилиума в составе онколога, радиолога и химиотерапевта для решения вопроса об этапности лечения

#### Задача 12.

Пациентка 32 лет обратилась к врачу в женскую консультацию для прерывания беременности. Срок беременности по данным УЗИ – 8 недель. Из анамнеза: менструации с 11 лет по 5 дней через 28 дней, умеренные, безболезненные, регулярные. От беременности не предохраняется. Данная беременность первая. Соматический анамнез не отягощен. Гинекологические заболевания – хронический сальпингит (стационарное лечение), эктопия шейки матки (не лечилась)

Status genitalis: Наружные половые органы развиты правильно. Осмотр при помощи зеркал: шейка матки конической формы, вокруг наружного зева –

эктопия, контактно не кровоточит. Выделения слизистые умеренные. Тело матки увеличено до 8 недель беременности, умеренно размягчено, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон без особенностей, их область безболезненная. Параметрии не инфильтрированы. Своды глубокие.

1. Врачебная тактика при первичном обращении пациентки
2. Последовательность выполнения протокола медикаментозного прерывания беременности
3. Схема медикаментозного аборта в I триместре
4. Противопоказания к медикаментозному прерыванию беременности

Ответ.

1. Врачебная тактика при первичном обращении пациентки к врачу
  - 1) Провести физикальное обследование и гинекологический осмотр
  - 2) Выполнить УЗИ органов малого таза – подтвердить наличие беременности в полости матки
  - 3) Информированное консультирование о возможных методах прерывания беременности, их осложнениях и последствиях
  - 4) Выдать направление на обследования, которые требуется для прерывания беременности (клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, группа крови, резус-фактор, RW, ВИЧ, гепатиты, ЭКГ, рентген грудной клетки, микроскопическое исследование отделяемого из влагалища и шейки матки)
  - 5) Прерывание беременности проводится не ранее 7 дней после обращения к врачу при сроке беременности 8-10 недель (неделя «тишины»)
2. Последовательность выполнения протокола медикаментозного прерывания беременности
  - 1) Первый визит: консультация, обследование (сбор анамнеза; физикальное обследование; гинекологическое обследование; УЗИ органов малого таза; лабораторное обследование), информированное консультирование по всем вопросам медикаментозного прерывания беременности
  - 2) Второй визит – принятие женщиной решения о прерывании беременности, подписание информированного согласия на прерывания беременности, прием мифепристона 200 мг, динамическое наблюдение в течение 1-1,5 часов
  - 3) Третий визит через 24-48 часов после приема мифепристона – прием мизопростала 800 мкг под язык, динамическое наблюдение в течение 3-4 часов
  - 4) Четвертый визит через 14 дней после приема мифепристона – оценка эффективности медикаментозного аборта (оценка общего состояния, гинекологический осмотр, УЗИ, анализ крови на  $\beta$ -ХГЧ, общий анализ крови по показаниям). В случае неэффективности – вакуум аспирация содержимого полости матки

3. Схемы медикаментозного прерывания беременности:
  - 1) До 49 дней аменореи: мифепристон 200 мг орально; мизопропростол 400 мкг орально, буккально или сублингвально через 24-48 часов
  - 2) До 63 дней аменореи: мифепристон 200 мг орально; мизопропростол 800 мкг вагинально, буккально или сублингвально через 36-48 часов
  
4. Противопоказания к медикаментозному прерыванию беременности:
  - 1) Подозрение на внематочную беременность
  - 2) Надпочечниковая недостаточность или длительная терапия глюкокортикоидными препаратами
  - 3) Острая или хроническая почечная или печеночная недостаточность
  - 4) Миома матки больших размеров
  - 5) Наследственная порфирия
  - 6) Нарушение гемостаза
  - 7) Острые воспалительные заболевания органов малого таза
  - 8) Наличие тяжелой экстрагенитальной патологии
  - 9) Курение у женщин старше 35 лет без предварительной консультации терапевта
  - 10) Кахексия
  - 11) Заболевания эндокринной системы
  - 12) Гормонально-зависимые опухоли
  - 13) Беременность, наступившая на фоне применения ВМК
  - 14) Беременность, наступившая после применения гормональных контрацептивных средств
  - 15) Индивидуальная непереносимость мифепристона и/или мизопростола













