

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ЦЕНТР ПОСЛЕДИПЛОМНОГО И НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ
Отдел программ хирургических специальностей

РАССМОТРЕНО

На заседании отдела протокол № _____

от « _____ » _____ 2023-года

Рук.отд. Белеков Ж.О. _____

УТВЕРЖДАЮ

Председатель УМС ЦПИНМО

Пр № 10 от « 09/11 » 2023-года

Токтосунова А.А. _____

ФОНД ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

Для промежуточной аттестации по специальности

002 "Акушерство и гинекология"

На 2023 -2024 учебный год

3-курс 5-семестр

№	Наименование дисциплины	Всего часов 1152	Аудиторные занятия 10% (96 ч)		Практика 90%(1056ч)
			Лекция	Семинарские	
1.СД	Консервативная гинекология	240	10	10	220
2.СД	Оперативная гинекология	336	14	14	308
3.СД	Эндокринная гинекология	336	14	14	308
4.СД	Вспомогательная репродуктивная технология в гинекологии	192	8	8	176
5	Аттестация	48	2	2	44

1. ФИО Жогжонбаева Т.А. подпись / Токтосунова А.А.

2. ФИО _____ подпись / _____

Эксперт –тестолог: ФИО Жапаров И.К. подпись / Жапаров И.К.

г.Ош - 2023

1. Выберите из нижеперечисленных вариантов ответа синдром, не относящийся к нейроэндокринным :
 - а) ПМС
 - б) синдрома Шерешевского—Тернера
 - в) посткастрационного синдрома
 - г) синдрома Штейна—Левенталя
2. Параметры нормального менструального цикла у пациенток репродуктивного возраста:
 - а) длительность цикла 24–38 дней, длительность менструации 5–8 дней, объем кровопотери 80–100 мл
 - б) длительность цикла 24–38 дней, длительность менструации 3–8 дней, объем кровопотери 50–80 мл
 - в) длительность цикла 21–45 дней, длительность менструации 3–8 дней, объем кровопотери 50–80 мл
 - г) длительность цикла 19–45 дней, длительность менструации 2–7 дней, объем кровопотери 40–80 мл
3. Какой из нижеперечисленных форм не относится к ПМС :
 - а) цефалгическая
 - б) кризовая
 - в) обменно-эндокринная
 - г) психовегетативная
4. Перечислите характерные признаки кризовой формы ПМС :
 - а) паническая атака с повышением АД, сердцебиение, озноб, чувство сдавления за грудиной в виде ишемии
 - б) боль за грудиной давящего характера, сопровождающаяся изменениями на ЭКГ
 - в) головная боль пульсирующего характера, сопровождающаяся тошнотой, рвотой, светобоязнью
 - г) плаксивость, агрессивность, повышенная чувствительность к звукам и запахам
5. Какие методы исследования нецелесообразны при ПМС :
 - а) общего анализа крови, общего анализа мочи
 - б) оценки выделительной функции почек (мочевина, креатинин, проба Реберга—Тореева)
 - в) эхоэлектроэнцефалограммы
 - г) рентгенографии черепа, МРТ головного мозга
 - д) ЭКГ
6. Для профилактики рецидивов АМК в перименопаузальном периоде применяются:
 - а) гестагены в непрерывном режиме
 - б) фитогомеопатические препараты
 - в) КОК
 - г) гестагены во вторую фазу цикла
7. Укажите причины повышенной продукции пролактина :
 - а) опухоль коры надпочечников
 - б) доброкачественные заболевания молочной железы
 - в) опухоли гипофиза
 - г) применение агонистов дофамина
8. Укажите не характерный признак при гиперпролактинемии :
 - а) головные боли
 - б) галакторея
 - в) аменорея

г) АМК

9. Укажите характерные для гиперпролактинемии гормональные изменения:

а) повышение эстрадиола и прогестерона

б) высокие уровни ФСГ и ЛГ

в) повышение Т3, Т4, снижение ТТГ

г) повышение уровня пролактина

10. При АМК, не связанных с органической патологией, в качестве терапии 1-й линии применяют:

а) гистерэктомию с придатками матки

б) медикаментозное лечение, позволяющее женщинам сохранить репродуктивную функцию

в) аблацию эндометрия

г) надвлагалищную ампутацию матки без придатков

11. Выберите из нижеперечисленного правильную тактику лечения при функциональной гиперпролактинемии:

а) КОК на 12 месяцев

б) агонистами дофамина (бромкриптин, каберголин)

в) психотерапию, антидепрессанты, анксиолитики

г) рентгенотерапию, телегамматерапию

12. Укажите характерный симптом для синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) :

а) двустороннее уменьшение яичников

б) гиперандрогения

в) соотношение ЛГ/ФСГ менее 2,5

г) привычное невынашивание беременности

13. Выберите наиболее предпочтительный вариант гемостаза при АМК у пациентки перименопаузального возраста:

а) симптоматический гемостаз

б) гормональный гемостаз

в) хирургический гемостаз (раздельное диагностическое выскабливание) под контролем гистероскопии

г) хирургический гемостаз (гистерэктомия);

14. Укажите нехарактерный симптом для СПКЯ:

а) бесплодие

б) ожирение

в) олиго-, аменореи

г) гирсутизм

15. Для диагностики СПКЯ необходимо провести:

а) УЗИ

б) гормональное исследование

в) биохимический анализ крови

г) все верно

16. На первом этапе лечения СПКЯ назначают:

а) низкокалорийную диету, метформин, ингибиторы липаз

б) лапароскопическую резекцию 2/3 яичников

в) стимулятор овуляции кломифен

г) прогестагены во вторую фазу менструального цикла

17. ВДКН — это ...

а) гормональноактивная аденома гипофиза (кортикотропинома);

- б) генетически детерминированный дефицит 21-гидроксилазы, участвующей в синтезе кортизола;
 - в) андрогенпродуцирующая опухоль надпочечников;
 - г) надпочечниковая гипоандрогения;
18. Выберите из нижеперечисленного клиническую форму, которая не относится к ВДКН :
- а) сольтеряющая;
 - б) простая вирильная;
 - в) постпубертатная;
 - г) отечная;
19. Охарактеризуйте гормональные изменения при ВДКН:
- а) повышение уровня кортизола
 - б) повышение уровней ЛГ и ФСГ, соотношение ЛГ/ФСГ более 2,5
 - в) повышение уровней 17-ОНП, ДГЭА-С
 - г) снижение тестостерона и эстрадиола
20. Для профилактики рецидивов АМК у подростков не применяется:
- а) циклическая гормонотерапия
 - б) психотерапия и фитогомеопатические препараты
 - в) абляция эндометрия
 - г) циклическая витаминотерапия
21. Лечение ВДКН проводят:
- а) регулоном
 - б) фемостоном 1/5
 - в) дексаметазоном
 - г) кломифеном
22. Синдром Шихана развивается в результате:
- а) генетически детерминированного дефицита 21-гидроксилазы, участвующей в синтезе кортизола
 - б) снижения дофаминового контроля выработки пролактина
 - в) нарушения чувствительности тканей к инсулину
 - г) некротических изменений в гипофизе при массивном акушерском кровотечении
23. Ранним симптомом синдрома Шихана является:
- а) стойкая агалактия после родов
 - б) ночная галакторея
 - в) выраженная отечность лица, конечностей
 - г) аменорея
24. Для консервативного лечения АМК препаратом 1-й линии является:
- а) окситоцин;
 - б) этамзилат натрия;
 - в) транексамовая кислота окситоцин;
 - г) аминокaproновая кислота;
25. Прекращение менструаций в возрасте 37–40 лет без хирургического и иного вмешательства — это ...
- а) климактерический синдром
 - б) посткастрационный синдром
 - в) синдром истощения яичников
 - г) преждевременная менопауза

26. Перечислите изменения, которые лежат в основе патогенеза климактерического синдрома:

- а) уменьшение числа фолликулов, снижение продукции половых стероидов
- б) повышение гонадотропных гормонов, особенно ФСГ
- в) верно а, б
- г) снижение выработки гонадотропных и половых стероидных гормонов

27. К поздним клиническим проявлениям климактерического синдрома относят:

- а) депрессию
- б) приливы жара
- в) остеопороз
- г) частое мочеиспускание

28. Укажите показатели, по которым определяют тяжесть климактерического синдрома :

- а) числу приливов за сутки
- б) количеству и разнообразию симптомов
- в) уровню снижения эстрадиола
- г) уровню повышения ФСГ

29. Укажите не характерное для посткастрационного синдрома определение :

- а) развивается при удалении обоих яичников в репродуктивном или перименопаузальном периодах
- б) развивается после тотальной гистерэктомии
- в) симптомы появляются в течение первых 1–2 недель после операции
- г) без лечения рано развиваются остеопороз, метаболический синдром, заболевания сердечно-сосудистой системы

30. Для заместительной(менопаузальной) гормональной терапии применяют:

- а) дивигель
- б) регулон
- в) анжелик
- г) климара

31. Пациентка 32 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на выраженные головные боли, головокружение, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, отеком век, лица, раздражительность, появляющиеся за неделю до менструации. ИЗ АНАМНЕЗА: в 10 лет была закрытая ЧМТ. Менархе в 12 лет, менструации по 5–6 дней через 28 дней, умеренные, болезненные в первый день. Не замужем, беременностей не было. Головные боли появились около 2 лет назад. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: шейка матки чистая, матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная, придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненные, своды глубокие. Какой диагноз наиболее вероятен и укажите необходимый объем обследования для уточнения диагноза?

А. Дисменорея. УЗИ органов малого таза, уровень пролактина в крови

Б. Аденома гипофиза (пролактинома). ЭхоЭГ, реоэнцефалография, МРТ головного мозга, консультация невролога

В. Мигрень. Определение уровня половых гормонов, рентгенография черепа и шейного отдела позвоночника

Г. Предменструальный синдром. ЭхоЭГ, реоэнцефалография, МРТ головного мозга, уровень пролактина в крови, оценка глазного дна и полей зрения, консультация невролога

32. Пациентка 32 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на выраженные головные боли, головокружение, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, отеком век, лица, раздражительность, появляющиеся за неделю до менструации. ИЗ АНАМНЕЗА: в 10 лет была закрытая ЧМТ. Менархе в 12 лет, менструации по 5–6 дней через 28 дней, умеренные,

болезненные в первый день. Не замужем, беременностей не было. Головные боли появились около 2 лет назад. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: шейка матки чистая, матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная, придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненные, своды глубокие. Каков ваш предварительный диагноз и тактика лечения данной пациентке?

А. Мигрень .Антигистаминные лекарственные средства, верошпирон

Б. Предменструальный синдром. Диета, физиотерапия, психотерапия, седативные и транквилизаторы, НПВС, ноотропы, средства улучшающие обмен нейромедиаторов в ЦНС

В. Аденома гипофиза .Диета, физиотерапия, психотерапия, мастодинон, гестагены с 16 по 25 день менструального цикла

Г. Дисменорея .КОКи 6 месяцев, далее а-ГнРГ 6 мес

33.Пациентка 38 лет обратилась к гинекологу с жалобами на вздутие живота, нагрубание и болезненность молочных желез, отечность лица и голеней, повышенную утомляемость, сердцебиение, подъемы артериального давления. ИЗ АНАМНЕЗА: менструации с 13 лет, через 28–29 дней, по 4–5 дней, умеренные. Заболела около 3 лет назад, когда появилось нагрубание молочных желез накануне менструации. С годами количество и выраженность симптомов нарастают, появляются за 10–12 дней до менструации и прекращаются с ее окончанием. В анамнезе 2 родов. Беременности не планирует. ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ: патологических изменений не выявлено. Какой диагноз наиболее вероятен?

А. Дисменорея

Б. Предменструальный синдром легкой степени тяжести, стадия компенсации

В. Предменструальный синдром легкой тяжести, стадия субкомпенсации

Г. Предменструальный синдром тяжелое течение, стадия субкомпенсации

34. Пациентка 38 лет обратилась к гинекологу с жалобами на вздутие живота, нагрубание и болезненность молочных желез, отечность лица и голеней, повышенную утомляемость, сердцебиение, подъемы артериального давления. ИЗ АНАМНЕЗА: менструации с 13 лет, через 28–29 дней, по 4–5 дней, умеренные. Заболела около 3 лет назад, когда появилось нагрубание молочных желез накануне менструации. С годами количество и выраженность симптомов нарастают, появляются за 10–12 дней до менструации и прекращаются с ее окончанием. В анамнезе 2 родов. Беременности не планирует. ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ: патологических изменений не выявлено. Какое гормональное лечение в комплексной терапии не применяется при данной патологии?

А. Натуральные эстрогены (прогинова, дивигель)

Б. Прогестерон местно на область молочных желез

В. Пролонгированная прогестероновая контрацепция (подкожное введение импланона)

Г. КОК с дроспиреноном

35. На прием к гинекологу обратилась пациентка 35 лет с жалобами на отсутствие менструации в течение 12 месяцев, постоянные головные боли.ИЗ АНАМНЕЗА: 2 родов, 1 медицинский аборт без осложнений. За последний год масса тела увеличилась на 10 кг. Хронические соматические заболевания отрицает. Каких-либо лекарств в течение года не принимала.ОБЪЕКТИВНО: рост 162 см, вес 83 кг, пульс 60 уд/мин, АД 100/60 мм рт. ст.ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: тело матки не увеличено, подвижно, безболезненно. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Гормональные исследования: пролактин — 55 нг/мл (норма 5,1–26,5), ТТГ — 20 мЕд/л (норма 0,3–4,2), Т4 свободный — 3,8 пмоль/л (норма 9,0–22,0).Какова причина аменореи у данной пациентки?

- А. Прولاктинома гипофиза
- Б. Функциональная гиперпролактинемия
- В. Прогестероновая недостаточность
- Г. Первичный гипотиреоз

36. На прием к гинекологу обратилась пациентка 35 лет с жалобами на отсутствие менструации в течение 12 месяцев, постоянные головные боли. ИЗ АНАМНЕЗА: 2 родов, 1 медицинский аборт без осложнений. За последний год масса тела увеличилась на 10 кг. Хронические соматические заболевания отрицает. Каких-либо лекарств в течение года не принимала. ОБЪЕКТИВНО: рост 162 см, вес 83 кг, пульс 60 уд/мин, АД 100/60 мм рт. ст. ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: тело матки не увеличено, подвижно, безболезненно. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Гормональные исследования: пролактин — 55 нг/мл (норма 5,1–26,5), ТТГ — 20 мЕд/л (норма 0,3–4,2), Т4 свободный — 3,8 пмоль/л (норма 9,0–22,0). Укажите необходимый объем обследований для уточнения диагноза?

- А. УЗИ щитовидной железы, консультация эндокринолога
- Б. УЗИ органов малого таза и щитовидной железы, уровень половых гормонов
- В. МРТ гипофиза, УЗИ органов малого таза, проба с парлоделом
- Г. УЗИ органов малого таза, проба с парлоделом

37. На прием к гинекологу обратилась пациентка 35 лет с жалобами на отсутствие менструации в течение 12 месяцев, постоянные головные боли. ИЗ АНАМНЕЗА: 2 родов, 1 медицинский аборт без осложнений. За последний год масса тела увеличилась на 10 кг. Хронические соматические заболевания отрицает. Каких-либо лекарств в течение года не принимала. ОБЪЕКТИВНО: рост 162 см, вес 83 кг, пульс 60 уд/мин, АД 100/60 мм рт. ст. ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: тело матки не увеличено, подвижно, безболезненно. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Гормональные исследования: пролактин — 55 нг/мл (норма 5,1–26,5), ТТГ — 20 мЕд/л (норма 0,3–4,2), Т4 свободный — 3,8 пмоль/л (норма 9,0–22,0). Какой препарат является основным для лечения данной пациентки?

- А. Достинекс
- Б. Прогинова
- В. Дюфастон
- Г. Тироксин

38. На прием к гинекологу обратилась пациентка 23 лет с жалобами на редкие скудные менструации, увеличение веса. ИЗ АНАМНЕЗА: менархе в 12 лет. Менструации по 3–4 дня, через 45–60 дней скудные, безболезненные. Беременностей не было. ОБЪЕКТИВНО: рост 160 см, вес 85 кг, АД 140/100 мм рт. ст., ОТ/ОБ=0,86, кожа жирная, угревая сыпь на лице, рост единичных терминальных волос в области подбородка, верхней губы. ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: тело матки несколько уменьшено в размерах, подвижное, безболезненное. В области придатков справа и слева пальпируются образования 4×4 см, тугоэластической консистенции, подвижные, безболезненные. Своды глубокие. Выделения светлые в незначительном количестве. Какова наиболее вероятная причина нарушения менструального цикла?

- А. ВДКН
- Б. СПКЯ с метаболическим синдромом
- В. Андрогенпродуцирующие опухоли яичников
- Г. Конституциональная гиперандрогения

39. На прием к гинекологу обратилась пациентка 23 лет с жалобами на редкие скудные менструации, увеличение веса. ИЗ АНАМНЕЗА: менархе в 12 лет. Менструации по 3–4

дня, через 45–60 дней скудные, безболезненные. Беременностей не было. ОБЪЕКТИВНО: рост 160 см, вес 85 кг, АД 140/100 мм рт. ст., ОТ/ОБ=0,86, кожа жирная, угревая сыпь на лице, рост единичных терминальных волос в области подбородка, верхней губы. ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: тело матки несколько уменьшено в размерах, подвижное, безболезненное. В области придатков справа и слева пальпируются образования 4×4 см, тугоэластической консистенции, подвижные, безболезненные. Своды глубокие. Выделения светлые в незначительном количестве. Укажите на необходимый объем обследований для уточнения диагноза?

А. УЗИ органов малого таза, уровень тестостерона, кортизола, ЛГ/ФСГ, ДГЭА-С, 17-ОНП, биохимический анализ крови.

Б. МРТ органов малого таза, головного мозга.

В. Трансвагинальное УЗИ, соногистерография.

Г. УЗИ-мониторинг созревания фолликулов, уровень эстрадиола, прогестерона, пролактина, ТТГ, ЛГ, ФСГ.

40. На прием к гинекологу обратилась пациентка 23 лет с жалобами на редкие скудные менструации, увеличение веса. ИЗ АНАМНЕЗА: менархе в 12 лет. Менструации по 3–4 дня, через 45–60 дней скудные, безболезненные. Беременностей не было. ОБЪЕКТИВНО: рост 160 см, вес 85 кг, АД 140/100 мм рт. ст., ОТ/ОБ=0,86, кожа жирная, угревая сыпь на лице, рост единичных терминальных волос в области подбородка, верхней губы. ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: тело матки несколько уменьшено в размерах, подвижное, безболезненное. В области придатков справа и слева пальпируются образования 4×4 см, тугоэластической консистенции, подвижные, безболезненные. Своды глубокие. Выделения светлые в незначительном количестве

Какие мероприятия и (или) препараты не войдут в комплексное лечение данной пациентки?

А. Бигуаниды (метформин).

Б. Натуральные эстрогены (прогинова, дивигель).

В. КОК с антиандрогенным действием.

Г. Снижение веса (диета, физическая нагрузка, статины).

41. На прием к гинекологу обратилась пациентка 25 лет с жалобами на редкие менструации, повышенный рост волос на лице. ИЗ АНАМНЕЗА: менархе в 13 лет. Менструации по 5–6 дня, через 40–90 дней скудные, безболезненные. Беременностей не было. ОБЪЕКТИВНО: рост 166 см, вес 60 кг, АД 120/80 мм рт. ст., ОТ/ОБ=0,73, кожа жирная, повышенный рост волос на бедрах, по белой линии живота, около 10 терминальных волос в области подбородка, верхней губы. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ: тело матки 44×27×30 мм, впереди, М-эхо 7 мм, правый яичник 40×43×38 мм с множеством анэхогенных включений 5–8 мм, левый яичник 45×40×39 мм аналогичной структуры. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Какой диагноз наиболее вероятен?

А. СПКЯ без метаболического синдрома.

Б. СПКЯ с метаболическим синдромом.

В. Андрогенпродуцирующие опухоли яичников.

Г. Конституциональная гиперандрогения.

42. На прием к гинекологу обратилась пациентка 25 лет с жалобами на редкие менструации, повышенный рост волос на лице. ИЗ АНАМНЕЗА: менархе в 13 лет. Менструации по 5–6 дня, через 40–90 дней скудные, безболезненные. Беременностей не было. ОБЪЕКТИВНО: рост 166 см, вес 60 кг, АД 120/80 мм рт. ст., ОТ/ОБ=0,73, кожа жирная, повышенный рост волос на бедрах, по белой линии живота, около 10

терминальных волос в области подбородка, верхней губы. ПРИБУЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ: тело матки 44×27×30 мм, впереди, М-эхо 7 мм, правый яичник 40×43×38 мм с множеством анэхогенных включений 5–8 мм, левый яичник 45×40×39 мм аналогичной структуры. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Какие исследования необходимо провести данной пациентке?

А. Тесты функциональной диагностики.

Б. Диагностическая лапароскопия.

В. Уровень тестостерона, ДГЭА-С, 17-ОНП, кортизола, отношение ЛГ/ФСГ, проба с дексаметазоном.

Г. МРТ надпочечников и гипофиза.

43. На прием к гинекологу обратилась пациентка 25 лет с жалобами на редкие менструации, повышенный рост волос на лице. ИЗ АНАМНЕЗА: менархе в 13 лет. Менструации по 5–6 дня, через 40–90 дней скудные, безболезненные. Беременностей не было. ОБЪЕКТИВНО: рост 166 см, вес 60 кг, АД 120/80 мм рт. ст., ОТ/ОБ=0,73, кожа жирная, повышенный рост волос на бедрах, по белой линии живота, около 10 терминальных волос в области подбородка, верхней губы. ПРИБУЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ: тело матки 44×27×30 мм, впереди, М-эхо 7 мм, правый яичник 40×43×38 мм с множеством анэхогенных включений 5–8 мм, левый яичник 45×40×39 мм аналогичной структуры. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Какая тактика лечения верная для данной пациентки?

А. Бигуаниды (метформин).

Б. Стимуляторы овуляции (кломифен).

В. Лечебная лапароскопия.

Г. КОК с антиандрогенным действием.

44. Пациентка 17 лет обратилась на прием гинеколога с жалобами на отсутствие менструаций. ИЗ АНАМНЕЗА: росла и развивалась быстрее сверстников, активно и успешно занимается спортом. Детские заболевания отрицает. Половой жизнью не живет. ОБЪЕКТИВНО: рост 158 см, вес 55 кг, широкие плечи, узкий таз, молочные железы гипоплазированы, рост терминальных волос на бедрах, спине, груди, по белой линии живота, в области подбородка, верхней губы. Пульс 72 удара в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. ОСМОТР НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ: развиты правильно, оволосение по мужскому типу. ПРИБУЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ: патологии со стороны гениталий не выявлено. Какой диагноз наиболее вероятен?

А. ВДКН классическая форма.

Б. ВДКН неклассическая форма.

В. Андрогенпродуцирующая опухоль яичников.

Г. Конституциональная гиперандрогения.

45. Пациентка 17 лет обратилась на прием гинеколога с жалобами на отсутствие менструаций. ИЗ АНАМНЕЗА: росла и развивалась быстрее сверстников, активно и успешно занимается спортом. Детские заболевания отрицает. Половой жизнью не живет. ОБЪЕКТИВНО: рост 158 см, вес 55 кг, широкие плечи, узкий таз, молочные железы гипоплазированы, рост терминальных волос на бедрах, спине, груди, по белой линии живота, в области подбородка, верхней губы. Пульс 72 удара в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. ОСМОТР НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ: развиты правильно, оволосение по мужскому типу. ПРИБУЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ: патологии со стороны гениталий не выявлено. Какие изменения гормонального статуса предполагаются у данной пациентки?

А. ЛГ/ФСГ > 2,5, повышен тестостерон.

Б. Повышены уровни 17-ОНП, ДГЭА-С, АКТГ, снижен кортизол.
В. Снижены уровни эстрадиола и прогестерона, повышены уровни ФСГ и ЛГ.

Г. Повышены уровни пролактина, ТТГ.

46. Пациентка 17 лет обратилась на прием гинеколога с жалобами на отсутствие менструаций. ИЗ АНАМНЕЗА: росла и развивалась быстрее сверстников, активно и успешно занимается спортом. Детские заболевания отрицает. Половой жизнью не живет. ОБЪЕКТИВНО: рост 158 см, вес 55 кг, широкие плечи, узкий таз, молочные железы гипоплазированы, рост терминальных волос на бедрах, спине, груди, по белой линии живота, в области подбородка, верхней губы. Пульс 72 удара в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. ОСМОТР НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ: развиты правильно, оволосение по мужскому типу. ПРИ РЕКТО-АБДОМИНАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: патологии со стороны гениталий не выявлено. Какое первоочередное лечение необходимо назначить данной пациентке?

А. ЗГТ эстроген-гестагенными препаратами.

Б. Стимуляторы овуляции (кломифен).

В. Лечебная лапароскопия.

Г. Дексаметазон.

47. Пациентка 28 лет пришла на прием к гинекологу с жалобами на отсутствие менструации в течение 2 лет после родов, отеки конечностей, лица, головные боли, общую слабость, сонливость. ИЗ АНАМНЕЗА: менархе в 13 лет, менструации до беременности по 4–5 дней, через 28 дней. Одни роды 2 года назад через естественные родовые пути с ранним гипотоническим кровотечением с переливанием компонентов крови. Грудью не кормила из-за отсутствия лактации. ОБЪЕКТИВНО: рост — 160 см, масса тела — 70 кг, за 2 года набрала 15 кг. Отеки голеней, кистей, лица. Пульс 76 уд/мин, АД 90/60 мм рт. ст. Молочные железы гипоплазированы. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: слизистая влагалища истончена, легко ранима, выделения слизистые скудные. Тело матки не увеличено, подвижно, безболезненно. Придатки с обеих сторон не пальпируются. В общем анализе крови эритроциты $2,36 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 88 г/л. Какой диагноз наиболее вероятен?

А. Послеродовой нейроэндокринный синдром.

Б. Синдром Шихана (послеродовой пангипопитуитаризм).

В. Синдром Ашермана.

Г. Синдром истощения яичников.

48. Пациентка 28 лет пришла на прием к гинекологу с жалобами на отсутствие менструации в течение 2 лет после родов, отеки конечностей, лица, головные боли, общую слабость, сонливость. ИЗ АНАМНЕЗА: менархе в 13 лет, менструации до беременности по 4–5 дней, через 28 дней. Одни роды 2 года назад через естественные родовые пути с ранним гипотоническим кровотечением с переливанием компонентов крови. Грудью не кормила из-за отсутствия лактации. ОБЪЕКТИВНО: рост — 160 см, масса тела — 70 кг, за 2 года набрала 15 кг. Отеки голеней, кистей, лица. Пульс 76 уд/мин, АД 90/60 мм рт. ст. Молочные железы гипоплазированы. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: слизистая влагалища истончена, легко ранима, выделения слизистые скудные. Тело матки не увеличено, подвижно, безболезненно. Придатки с обеих сторон не пальпируются. В общем анализе крови эритроциты $2,36 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 88 г/л. Какие изменения гормонального статуса предполагаются у данной пациентки?

А. Повышены уровни 17-ОНП, ДГЭА-С, АКТГ, снижен кортизол.

Б. Снижены уровни эстрадиола и прогестерона, повышены уровни

ФСГ и ЛГ.

В. Повышены уровни ТТГ, пролактина.

Г. Снижены уровни ФСГ, ЛГ, ТТГ, АКТГ, эстрадиола, Т4, Т3, кортизола.

49. Пациентка 28 лет пришла на прием к гинекологу с жалобами на отсутствие менструации в течение 2 лет после родов, отеки конечностей, лица, головные боли, общую слабость, сонливость. ИЗ АНАМНЕЗА: менархе в 13 лет, менструации до беременности по 4–5 дней, через 28 дней. Одни роды 2 года назад через естественные родовые пути с ранним гипотоническим кровотечением с переливанием компонентов крови. Грудью не кормила из-за отсутствия лактации. ОБЪЕКТИВНО: рост — 160 см, масса тела — 70 кг, за 2 года набрала 15 кг. Отеки голеней, кистей, лица. Пульс 76 уд/мин, АД 90/60 мм рт. ст. Молочные железы гипоплазированы. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: слизистая влагалища истончена, легко ранима, выделения слизистые скудные. Тело матки не увеличено, подвижно, безболезненно. Придатки с обеих сторон не пальпируются. В общем анализе крови эритроциты $2,36 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 88 г/л. Какое лечение необходимо назначить данной пациентке?

А. ЗГТ эстроген-гестагенными препаратами, препаратами ТТГ, глюкокортикоидами, препараты железа.

Б. ЗГТ эстроген-гестагенными препаратами, препараты железа.

В. А-ГнРГ, препараты ТТГ, АКТГ препараты железа.

Г. Препараты ФСГ, ЛГ, ХГ (меногон, прегнил), препараты железа.

50. На прием обратилась пациентка 50 лет с жалобами на приливы жара к лицу, шее по 15 раз в день, сердцебиение, раздражительность, плаксивость, нарушение сна, чувство «мурашек» по ночам в руках. ИЗ АНАМНЕЗА: последняя менструация 10 месяцев назад, до этого в течение года наблюдались задержки менструации до 3 месяцев. Из гинекологических заболеваний: миома матки малых размеров в течение 10 лет без роста узлов. ОБЪЕКТИВНО: вес 70 кг, рост 168 см. АД 140/100 мм рт. ст., постоянно принимает гипотензивные препараты. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: при исследовании в зеркалах шейка матки чистая; слизистая влагалища бледно-розовая, выделения слизистые скудные. При бимануальном исследовании: матка увеличена до 5 недель беременности, подвижна, безболезненна, придатки не определяются. К какому состоянию относятся симптомы, наблюдаемые у данной пациентки?

А. Возрастная норма.

Б. Средневременные симптомы климактерического синдрома тяжелой степени.

В. Артериальная гипертензия.

Г. Климактерический синдром средней степени тяжести.

51. На прием обратилась пациентка 50 лет с жалобами на приливы жара к лицу, шее по 15 раз в день, сердцебиение, раздражительность, плаксивость, нарушение сна, чувство «мурашек» по ночам в руках. ИЗ АНАМНЕЗА: последняя менструация 10 месяцев назад, до этого в течение года наблюдались задержки менструации до 3 месяцев. Из гинекологических заболеваний: миома матки малых размеров в течение 10 лет без роста узлов. ОБЪЕКТИВНО: вес 70 кг, рост 168 см. АД 140/100 мм рт. ст., постоянно принимает гипотензивные препараты. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: при исследовании в зеркалах шейка матки чистая; слизистая влагалища бледно-розовая, выделения слизистые скудные. При бимануальном исследовании: матка увеличена до 5 недель беременности, подвижна, безболезненна, придатки не определяются. Какое основное лечение необходимо назначить пациентке?

А. Коррекция гипотензивных препаратов и их дозы.

Б. Оперативное лечение миомы матки и последующее назначение МГТ.

В. МГТ эстроген-гестагенными препаратами.

Г. Седативные и транквилизаторы.

52. На прием обратилась пациентка 50 лет с жалобами на приливы жара к лицу, шее по 15 раз в день, сердцебиение, раздражительность, плаксивость, нарушение сна, чувство «мурашек» по ночам в руках. ИЗ АНАМНЕЗА: последняя менструация 10 месяцев назад, до этого в течение года наблюдались задержки менструации до 3 месяцев. Из гинекологических заболеваний: миома матки малых размеров в течение 10 лет без роста узлов. ОБЪЕКТИВНО: вес 70 кг, рост 168 см. АД 140/100 мм рт. ст., постоянно принимает гипотензивные препараты. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: при исследовании в зеркалах шейка матки чистая; слизистая влагалища бледно-розовая, выделения слизистые скудные. При бимануальном исследовании: матка увеличена до 5 недель беременности, подвижна, безболезненна, придатки не определяются. Какой оптимальный объем обследования необходимо провести перед лечением у данной пациентки?

А. Микроскопию мазков на флору и степень чистоты влагалища, УЗИ органов малого таза, печени, ОАК, маммографию и флюорографию.

Б. Онкоцитологическое исследование мазков из экзо- и эндоцервикса, комплексное уродинамическое исследование, УЗИ органов малого таза.

В. Онкоцитологическое исследование мазков из экзо- и эндоцервикса, УЗИ органов малого таза, маммографию.

Г. УЗИ органов малого таза, сердца, денситометрию, маммографию, ЭКГ.

53. Пациентка 62 лет обратилась с жалобами на боли в костях и суставах, позвоночнике, дважды за последний год были переломы конечностей. ИЗ АНАМНЕЗА: менопауза 11 лет. Страдает артериальной гипертензией III, риск 3, Н0. СПЕЦИАЛЬНОЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: при исследовании в зеркалах слизистая влагалища истончена, атрофична, выделения слизистые скудные. При бимануальном исследовании тело матки уменьшено в размерах, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не пальпируются, безболезненные. Своды влагалища свободные. К какому состоянию относятся симптомы, наблюдаемые у данной пациентки?

А. Возрастная норма.

Б. Средневременные симптомы климактерического синдрома тяжелой степени.

В. Поздние симптомы климактерического синдрома: постменопаузальный остеопороз

Г. Вторичный остеопороз.

54. Пациентка 62 лет обратилась с жалобами на боли в костях и суставах, позвоночнике, дважды за последний год были переломы конечностей. ИЗ АНАМНЕЗА: менопауза 11 лет. Страдает артериальной гипертензией III, риск 3, Н0. СПЕЦИАЛЬНОЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: при исследовании в зеркалах слизистая влагалища истончена, атрофична, выделения слизистые скудные. При бимануальном исследовании тело матки уменьшено в размерах, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не пальпируются, безболезненные. Своды влагалища свободные. Какое лечение назначить данной пациентке?

А. МГТ чистыми эстрогенами, препараты кальция и витамина Г.

Б. МГТ эстроген-гестагенными препаратами, бифосфонаты.

В. Седативные препараты и транквилизаторы, поливитамины.

Г. Препараты кальция и витамина Г, бифосфонаты.

55. Пациентка 38 лет пришла на прием к гинекологу с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, приливы жара к лицу, шее, интенсивное потоотделение. ИЗ АНАМНЕЗА: 2 месяца назад произведено хирургическое лечение по поводу двусторонних

воспалительных аднекстуморов с перфорацией и перитонитом. Произведена лапаротомия, двусторонняя аднексэктомия. Выписана на 12 сутки после операции в удовлетворительном состоянии. В анамнезе 2 родов, 3 медицинских аборта. ОБЪЕКТИВНО: пульс 80 уд/мин, АД 140/100 мм рт. ст. Менструаций после операции не было. ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ: шейка матки чистая, симптом зрачка отрицательный, выделения из половых путей слизистые, скудные. При бимануальном обследовании тело матки нормальных размеров, плотное, безболезненное, подвижность ограничена. Придатки с обеих сторон не определяются. Какой диагноз наиболее вероятен?

А. Климактерический синдром.
Б. Посткастрационный синдром.
В. Вторичная маточная аменорея.
Г. Нормальное течение послеоперационного периода.

56. Пациентка 38 лет пришла на прием к гинекологу с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, приливы жара к лицу, шее, интенсивное потоотделение. ИЗ АНАМНЕЗА: 2 месяца назад произведено хирургическое лечение по поводу двусторонних воспалительных аднекстуморов с перфорацией и перитонитом. Произведена лапаротомия, двусторонняя аднексэктомия. Выписана на 12 сутки после операции в удовлетворительном состоянии. В анамнезе 2 родов, 3 медицинских аборта. ОБЪЕКТИВНО: пульс 80 уд/мин, АД 140/100 мм рт. ст. Менструаций после операции не было. ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ: шейка матки чистая, симптом зрачка отрицательный, выделения из половых путей слизистые, скудные. При бимануальном обследовании тело матки нормальных размеров, плотное, безболезненное, подвижность ограничена. Придатки с обеих сторон не определяются. Какой гормональный статус предполагается у данной пациентки?

- А. Снижены уровни ФСГ, ЛГ, эстрадиола и прогестерона.
Б. Повышены уровни 17-ОНП, ДГЭА-С, АКТГ, снижен кортизол.
В. Снижены уровни эстрадиола и прогестерона, повышен уровень ФСГ.
Г. Снижены уровни ФСГ, ЛГ, ТТГ, АКТГ, эстрадиола, Т4, Т3, кортизола.

57. Пациентка 38 лет пришла на прием к гинекологу с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, приливы жара к лицу, шее, интенсивное потоотделение. ИЗ АНАМНЕЗА: 2 месяца назад произведено хирургическое лечение по поводу двусторонних воспалительных аднекстуморов с перфорацией и перитонитом. Произведена лапаротомия, двусторонняя аднексэктомия. Выписана на 12 сутки после операции в удовлетворительном состоянии. В анамнезе 2 родов, 3 медицинских аборта. ОБЪЕКТИВНО: пульс 80 уд/мин, АД 140/100 мм рт. ст. Менструаций после операции не было. ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ: шейка матки чистая, симптом зрачка отрицательный, выделения из половых путей слизистые, скудные. При бимануальном обследовании тело матки нормальных размеров, плотное, безболезненное, подвижность ограничена. Придатки с обеих сторон не определяются. Какое лечение назначить данной пациентке?

- А. МГТ чистыми эстрогенами.
Б. МГТ эстроген-гестагенными препаратами.
В. Седативные препараты и транквилизаторы.
Г. Диета, физиотерапия, адаптогены, витамины.

58. Пациентка 45 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на умеренные кровянистые выделения из половых путей, которые появились после задержки очередной менструации на 1,5 мес. ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: шейка матки не

эрозирована, матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная, придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненные, своды глубокие. Какой диагноз наиболее вероятен?

А. Прерывающаяся маточная беременность.

Б. АМК овуляторная дисфункция.

В. Миома матки

Г. Аденомиоз.

59. Пациентка 45 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на умеренные кровянистые выделения из половых путей, которые появились после задержки очередной менструации на 1,5 мес. ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: шейка матки не эрозирована, матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная, придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненные, своды глубокие. Необходимый объем обследований для уточнения диагноза?

А. ОАК с тромбоцитами, коагулограмма, УЗИ, гистероскопия, биопсия эндометрия.

Б. УЗИ с доплерометрией.

В. Трансвагинальное УЗИ, соногистерография, ОАК.

Г. ОАК с тромбоцитами, коагулограмма, УЗИ, гистероскопия, биопсия эндометрия, определение уровня половых гормонов.

60. Пациентка 45 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на умеренные кровянистые выделения из половых путей, которые появились после задержки очередной менструации на 1,5 мес. ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: шейка матки не эрозирована, матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная, придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненные, своды глубокие. Какое лечение назначить данной пациентке?

А. Депо-формы гестагенов.

Б. Здоровый образ жизни, диета, фитогомеопатическое лечение, при отсутствии атипической гиперплазии — гестагены в лютеиновую фазу или в непрерывном режиме.

В. Левоноргестрел содержащая-внутриматочная система (ЛНГ-ВМС).

Г. Здоровый образ жизни, диета, фитогомеопатическое лечение.

61. Пациентка 14 лет поступила в стационар в связи с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, которые появились после задержки очередной менструации на 4 месяца и продолжаются в течение 10 дней. В анамнезе детские инфекции, частые ОРВИ.

ОБЪЕКТИВНО: кожные покровы бледные, пульс 86 в 1 мин, ритмичный, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Нормального телосложения, вторичные половые признаки хорошо выражены, ИМТ 26,4. ОАК: уровень гемоглобина 100 г/л, гематокрит 30 %.

ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, девственная плева цела. При ректоабдоминальном исследовании: матка нормальных размеров, плотная, безболезненная придатки с обеих сторон не увеличены, выделения из половых путей кровянистые, умеренные. Какой диагноз наиболее вероятен?

А. Прерывающаяся маточная беременность.

Б. АМК: в ювенильном периоде.

В. АМК: нарушения коагуляции.

Г. АМК: аденомиоз.

62. Пациентка 14 лет поступила в стационар в связи с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, которые появились после задержки очередной менструации

на 4 месяца и продолжаются в течение 10 дней. В анамнезе детские инфекции, частые ОРВИ.

ОБЪЕКТИВНО: кожные покровы бледные, пульс 86 в 1 мин, ритмичный, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Нормального телосложения, вторичные половые признаки хорошо выражены, ИМТ 26,4. ОАК: уровень гемоглобина 100 г/л, гематокрит 30 %.

ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, девственная плева цела. При ректоабдоминальном исследовании: матка нормальных размеров, плотная, безболезненная придатки с обеих сторон не увеличены, выделения из половых путей кровянистые, умеренные.

Необходимый объем обследований для уточнения диагноза?

А. ОАК с тромбоцитами, коагулограмма, УЗИ, гистероскопия, биопсия эндометрия.

Б. УЗИ с доплерометрией.

В. Трансвагинальное УЗИ, соногистерография, ОАК.

Г. ОАК, коагулограмма, УЗИ.

63. Пациентка 14 лет поступила в стационар в связи с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, которые появились после задержки очередной менструации на 4 месяца и продолжаются в течение 10 дней. В анамнезе детские инфекции, частые ОРВИ.

ОБЪЕКТИВНО: кожные покровы бледные, пульс 86 в 1 мин, ритмичный, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Нормального телосложения, вторичные половые признаки хорошо выражены, ИМТ 26,4. ОАК: уровень гемоглобина 100 г/л, гематокрит 30 %.

ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, девственная плева цела. При ректоабдоминальном исследовании: матка нормальных размеров, плотная, безболезненная придатки с обеих сторон не увеличены, выделения из половых путей кровянистые, умеренные. Какой гемостаз назначить данной пациентке?

А. Симптоматический гемостаз (окситоцин и этамзилат).

Б. Комплексная гемостатическая терапия (антифибринолитики и гормональный гемостаз).

В. Хирургический гемостаз (раздельное диагностическое выскабливание).

Г. Хирургический гемостаз (гистерэктомия).

64. Пациентка, 30 лет, пришла на прием к гинекологу с жалобами на длительную обильную менструацию. Менструация началась 7 дней назад. Менструальный цикл регулярный, 28 дней. Из анамнеза известно, что в течение 2 недели принимает гризеофульвин по поводу онихомикоза. Со слов пациентки, 2 месяца назад при проведении ультразвукового исследования

органов малого таза патологии не выявлено. **ОБЪЕКТИВНО:** состояние

удовлетворительное. Рост — 165 см, масса тела — 66 кг, индекс массы тела — 24,2.

Кожные покровы обычной окраски. Пульс 68 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных свойств. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Физиологические отправления в норме. **ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ:** гинекологической патологии не выявлено. Какой диагноз наиболее вероятен?

А. АМК: коагулопатия.

Б. АМК: овуляторная дисфункция.

В. АМК: эндометриальное.

Г. АМК: ятрогенное.

65. Пациентка, 30 лет, пришла на прием к гинекологу с жалобами на длительную обильную менструацию. Менструация началась 7 дней назад. Менструальный цикл регулярный, 28 дней. Из анамнеза известно, что в течение 2 недели принимает гризеофульвин по поводу онихомикоза. Со слов пациентки, 2 месяца назад при проведении ультразвукового исследования органов малого таза патологии не выявлено. **ОБЪЕКТИВНО:** состояние удовлетворительное. Рост — 165 см, масса тела — 66 кг, индекс массы тела — 24,2. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 68 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных свойств. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Физиологические отправления в норме. **ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ:** гинекологической патологии не выявлено. Необходимый объем обследований для уточнения диагноза?

А. ОАК с тромбоцитами, коагулограмма, УЗИ, гистероскопия, биопсия эндометрия.

Б. УЗИ с доплерометрией.

В. Трансвагинальное УЗИ, соногистерография, ОАК.

Г. ОАК, коагулограмма, УЗИ, консультация дерматовенеролога.

66. Пациентка, 30 лет, пришла на прием к гинекологу с жалобами на длительную обильную менструацию. Менструация началась 7 дней назад. Менструальный цикл регулярный, 28 дней. Из анамнеза известно, что в течение 2 недели принимает гризеофульвин по поводу онихомикоза. Со слов пациентки, 2 месяца назад при проведении ультразвукового исследования органов малого таза патологии не выявлено. **ОБЪЕКТИВНО:** состояние удовлетворительное. Рост — 165 см, масса тела — 66 кг, индекс массы тела — 24,2. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 68 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных свойств. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Физиологические отправления в норме. **ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ:** гинекологической патологии не выявлено. Какое лечение назначить данной пациентке?

А. Дальнейший прием гризеофульвина не показан.

Б. Продолжить прием гризеофульвина, наблюдение у гинеколога.

В. Продолжить прием гризеофульвина, наблюдение у дерматовенеролога и гинеколога.

Г. Лечение КОК.

67. Пациентка 34 лет пришла на прием к гинекологу с жалобами на обильные длительные менструации. Менструальный цикл регулярный. **ОБЪЕКТИВНО:** состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 82 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных свойств. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Физиологические отправления в норме. **ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ:** влагалище и шейка матки не изменены. Тело матки увеличено в размерах до 6 недель беременности, шаровидной формы, плотное, подвижное, чувствительное при пальпации. Придатки с обеих сторон не изменены, своды свободные. Выделения светлые в незначительном количестве. **УЗИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА** на 7-й день менструального цикла: тело матки расположение в *anteflexio*, размер 54×62×53 мм, структура миометрия диффузно неоднородная, толщина передней стенки превышает толщину задней, объемные образования не визуализируются. М-эхо — 5 мм, однородное. Структура шейки матки без особенностей, цервикальный канал не расширен, яичники расположены в типичном месте, объем правого — 5,6 см³, левого — 4,9 см³. Какой диагноз наиболее вероятен?

А. АМК: коагулопатия.

Б. АМК: овуляторная дисфункция.

В. АМК: эндометриальное.

Г. АМК: аденомиоз.

68. Пациентка 34 лет пришла на прием к гинекологу с жалобами на обильные длительные менструации. Менструальный цикл регулярный. ОБЪЕКТИВНО: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 82 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных свойств. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Физиологические отправления в норме. ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: влагалище и шейка матки не изменены. Тело матки увеличено в размерах до 6 недель беременности, шаровидной формы, плотное, подвижное, чувствительное при пальпации. Придатки с обеих сторон не изменены, своды свободные. Выделения светлые в незначительном количестве. УЗИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА на 7-й день менструального цикла: тело матки расположение в anteflexio, размер 54×62×53 мм, структура миометрия диффузно неоднородная, толщина передней стенки превышает толщину задней, объемные образования не визуализируются. М-эхо — 5 мм, однородное. Структура шейки матки без особенностей, цервикальный канал не расширен, яичники расположены в типичном месте, объем правого — 5,6 см³, левого — 4,9 см³. Необходимый объем обследований для уточнения диагноза?

А. ОАК с тромбоцитами, коагулограмма, УЗИ, гистероскопия, биопсия эндометрия.

Б. УЗИ с доплерометрией.

В. Трансвагинальное УЗИ, соногистерография, ОАК.

Г. . ОАК с тромбоцитами, коагулограмма, УЗИ, гистероскопия, биопсия эндометрия, определение уровня половых гормонов.

. ОАК с тромбоцитами, коагулограмма, УЗИ, гистероскопия, биопсия эндометрия, определение уровня половых гормонов.

68. Пациентка 34 лет пришла на прием к гинекологу с жалобами на обильные длительные менструации. Менструальный цикл регулярный. ОБЪЕКТИВНО: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 82 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных свойств. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Физиологические отправления в норме. ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: влагалище и шейка матки не изменены. Тело матки увеличено в размерах до 6 недель беременности, шаровидной формы, плотное, подвижное, чувствительное при пальпации. Придатки с обеих сторон не изменены, своды свободные. Выделения светлые в незначительном количестве. УЗИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА на 7-й день менструального цикла: тело матки расположение в anteflexio, размер 54×62×53 мм, структура миометрия диффузно неоднородная, толщина передней стенки превышает толщину задней, объемные образования не визуализируются. М-эхо — 5 мм, однородное. Структура шейки матки без особенностей, цервикальный канал не расширен, яичники расположены в типичном месте, объем правого — 5,6 см³, левого — 4,9 см³.

Какое лечение назначить данной пациентке?

А. ЛНГ-ВМС.

Б. Диеногест (Визанна) в непрерывном режиме, гемостатическая терапия во время менструации.

В. Абляция эндометрия.

Г. Гистерэктомия.

69. Пациентка 23 лет предъявляет жалобы на задержку очередной менструации на 18 дней. Нарушение менструальной функции отмечает впервые. Половая жизнь регулярная, от беременности не предохраняется. ПРИ ОСМОТРЕ: состояние удовлетворительное, живот

мягкий, безболезненный. Пульс 72 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст. Тест на хорионический гонадотропин в моче положительный. Какой диагноз наиболее вероятен?

- А. Беременность
- Б. Трофобластическая болезнь
- В. Овуляторная дисфункция
- Г. Вторичная патологическая аменорея

70. Пациентка 23 лет предъявляет жалобы на задержку очередной менструации на 18 дней. Нарушение менструальной функции отмечает впервые. Половая жизнь регулярная, от беременности не предохраняется. ПРИ ОСМОТРЕ: состояние удовлетворительное, живот мягкий, безболезненный. Пульс 72 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст. Тест на хорионический гонадотропин в моче положительный. Необходимый объем обследований для уточнения диагноза?

- А. ОАК с тромбоцитами, коагулограмма, УЗИ, гистероскопия, биопсия эндометрия.
- Б. УЗИ.
- В. Трансвагинальное УЗИ, соногистерография, ОАК.
- Г. ОАК, коагулограмма, УЗИ.

71. Пациентка 23 лет предъявляет жалобы на задержку очередной менструации на 18 дней. Нарушение менструальной функции отмечает впервые. Половая жизнь регулярная, от беременности не предохраняется. ПРИ ОСМОТРЕ: состояние удовлетворительное, живот мягкий, безболезненный. Пульс 72 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст. Тест на хорионический гонадотропин в моче положительный. Какое лечение назначить данной пациентке?

- А. КОК для нормализации ритма менструаций.
- Б. Гестагены в течение 14 дней для исключения маточной аменореи.
- В. Диспансерное наблюдение по беременности.
- Г. Консультация эндокринолога.

72. Пациентка 47 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей в течение 14 дней. Кровотечение появилось на 12-й день менструального цикла. В анамнезе трое срочных родов и пять медицинских аборт.

ОБЪЕКТИВНО: состояние удовлетворительное, кожные покровы розовые, пульс 72 в 1 мин, АД 140/90 мм рт. ст. ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ патологии не выявлено. Какой диагноз наиболее вероятен?

- А. АМК: коагулопатия.
- Б. АМК: овуляторная дисфункция.
- В. АМК: эндометриальное.
- Г. АМК: аденомиоз.

73. Пациентка 47 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей в течение 14 дней. Кровотечение появилось на 12-й день менструального цикла. В анамнезе трое срочных родов и пять медицинских аборт.

ОБЪЕКТИВНО: состояние удовлетворительное, кожные покровы розовые, пульс 72 в 1 мин, АД 140/90 мм рт. ст. ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ патологии не выявлено. Необходимый объем обследований для уточнения диагноза?

- А. ОАК с тромбоцитами, коагулограмма, УЗИ, гистероскопия, кюретаж, гистологическое исследование.
- Б. УЗИ.
- В. Трансвагинальное УЗИ, соногистерография, ОАК.
- Г. ОАК, коагулограмма, УЗИ.

74. Пациентка 47 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей в течение 14 дней. Кровотечение появилось на 12-й день менструального цикла. В анамнезе трое срочных родов и пять медицинских абортов.

ОБЪЕКТИВНО: состояние удовлетворительное, кожные покровы розовые, пульс 72 в 1 мин, АД 140/90 мм рт. ст. ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ патологии не выявлено. Какой гемостаз назначить данной пациентке?

- А. Симптоматический гемостаз (окситоцин и этамзилат).
- Б. Комплексная гемостатическая терапия (антифибринолитики и гормональный гемостаз).
- В. Хирургический гемостаз (раздельное диагностическое выскабливание слизистой цервикального канала и полости матки).
- Г. Хирургический гемостаз (гистерэктомия).

75. Пациентка, 62 года, пришла на прием к гинекологу с жалобами на периодические мажущие кровянистые выделения. Менопауза в 52 года. ОБЪЕКТИВНО: состояние удовлетворительное. Рост — 168 см, масса тела — 88 кг, индекс массы тела — 31,2. ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: гинекологической патологии не выявлено. ПРИ УЗИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА: тело матки расположено в retroflexio, размер 45×52×43 мм, структура миометрия однородная, М-эхо —

10 мм, неоднородное. Структура шейки матки без особенностей, цервикальный канал не расширен, яичники расположены в типичном месте, объем правого — 1,5 см³, левого — 1,3 см³. Какой диагноз наиболее вероятен?

- А. Рак шейки матки.
- Б. Рак эндометрия.
- В. Подслизистая миома матки.
- Г. Рак яичников.

76. Пациентка, 62 года, пришла на прием к гинекологу с жалобами на периодические мажущие кровянистые выделения. Менопауза в 52 года. ОБЪЕКТИВНО: состояние удовлетворительное. Рост — 168 см, масса тела — 88 кг, индекс массы тела — 31,2. ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: гинекологической патологии не выявлено. ПРИ УЗИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА: тело матки расположено в retroflexio, размер 45×52×43 мм, структура миометрия однородная, М-эхо —

10 мм, неоднородное. Структура шейки матки без особенностей, цервикальный канал не расширен, яичники расположены в типичном месте, объем правого — 1,5 см³, левого — 1,3 см³. Необходимый объем обследований для уточнения диагноза?

- А. ОАК с тромбоцитами, коагулограмма, УЗИ, гистероскопия, кюретаж, гистологическое исследование.
- Б. ОАК с тромбоцитами, коагулограмма, УЗИ, гистероскопия, биопсия эндометрия, определение уровня половых гормонов.
- В. Трансвагинальное УЗИ, соногистерография, ОАК.
- Г. ОАК, коагулограмма, УЗИ.

77. ОАК с тромбоцитами, коагулограмма, УЗИ, гистероскопия, биопсия эндометрия, определение уровня половых гормонов. Какое лечение назначить данной пациентке?

- А. ЛНГ-ВМС.
- Б. Гемостатическая терапия при выделениях.
- В. Абляция эндометрия.
- Г. Гистерэктомия при гистологическом подтверждении рака эндометрия.

78. Пациентка, 32 года, пришла на прием к гинекологу с жалобами на обильные менструации, периодические межменструальные мажущие кровянистые выделения.

Менструальный цикл регулярный, 26–28 дней. ОБЪЕКТИВНО: состояние удовлетворительное, по органам и системам — без особенностей. Рост — 168 см, масса тела — 68 кг, индекс массы тела — 24. ПРИ УЗИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА на 6-й день менструального цикла: тело матки расположено в retroflexio, размеры 45×52×43 мм, структура миометрия однородная, М-эхо — 5,5 мм, неоднородное, по задней стенке визуализируется образование размером 8×9 мм. Структура шейки матки без особенностей, цервикальный канал не расширен, яичники расположены в типичном месте, объем правого 5,1 см³, левого — 4,9 см³. Какой диагноз наиболее вероятен?

А. АМК: коагулопатия.

Б. АМК: овуляторная дисфункция.

В. АМК: эндометриальное.

Г. АМК: полип.

79. Пациентка, 32 года, пришла на прием к гинекологу с жалобами на обильные менструации, периодические межменструальные мажущие кровянистые выделения. Менструальный цикл регулярный, 26–28 дней. ОБЪЕКТИВНО: состояние удовлетворительное, по органам и системам — без особенностей. Рост — 168 см, масса тела — 68 кг, индекс массы тела — 24. ПРИ УЗИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА на 6-й день менструального цикла: тело матки расположено в retroflexio, размеры 45×52×43 мм, структура миометрия однородная, М-эхо — 5,5 мм, неоднородное, по задней стенке визуализируется образование размером 8×9 мм. Структура шейки матки без особенностей, цервикальный канал не расширен, яичники расположены в типичном месте, объем правого 5,1 см³, левого — 4,9 см³. Необходимый объем обследований для уточнения диагноза?

А. ОАК с тромбоцитами, коагулограмма, УЗИ.

Б. ОАК с тромбоцитами, коагулограмма, УЗИ, гистероскопия, биопсия эндометрия, определение уровня половых гормонов.

В. Трансвагинальное УЗИ, соногистерография, гистероскопия.

Г. Биопсия эндометрия.

80. Пациентка, 32 года, пришла на прием к гинекологу с жалобами на обильные менструации, периодические межменструальные мажущие кровянистые выделения. Менструальный цикл регулярный, 26–28 дней. ОБЪЕКТИВНО: состояние удовлетворительное, по органам и системам — без особенностей. Рост — 168 см, масса тела — 68 кг, индекс массы тела — 24. ПРИ УЗИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА на 6-й день менструального цикла: тело матки расположено в retroflexio, размеры 45×52×43 мм, структура миометрия однородная, М-эхо — 5,5 мм, неоднородное, по задней стенке визуализируется образование размером 8×9 мм. Структура шейки матки без особенностей, цервикальный канал не расширен, яичники расположены в типичном месте, объем правого 5,1 см³, левого — 4,9 см³. Какое лечение назначить данной пациентке?

А. Абляция эндометрия

Б. Гистерэктомия

В. Полипэктомия

Г. ЛНГ-ВМС

81. Пациентка 17 лет доставлена в стационар с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, обильные кровянистые выделения из половых путей. Со слов пациентки, накануне вечером после задержки менструации на 3 недели почувствовала тянущие боли внизу живота и в пояснице, были мажущие кровянистые выделения из половых путей; утром боли приняли схваткообразный характер, выделения из половых путей стали обильными, появились сгустки.

ИЗ АНАМНЕЗА: менархе 12 лет, менструации регулярные через 28–29 дней по 5–6 дней. Пациентка живет половой жизнью, методы контрацепции не использует. ОБЪЕКТИВНО: общее состояние удовлетворительное, пульс 72 удара в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах, симптом Щеткина—Блюмберга отрицательный.

СПЕЦИАЛЬНОЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: цервикальный канал открыт, выделения кровянистые, обильные, со сгустками. Тело матки увеличено до размеров 6 недель беременности, размягченное, подвижное, чувствительное при пальпации. Придатки с обеих сторон не пальпируются, безболезненные. Своды влагалища свободные. Какой диагноз наиболее вероятен?

А. Беременность 7 недель. Аборт в ходу.

Б. АМК: пубертатного периода.

В. АМК: нарушения коагуляции.

Г. АМК: аденомиоз.

82. Пациентка 17 лет доставлена в стационар с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, обильные кровянистые выделения из половых путей. Со слов пациентки, накануне вечером после задержки менструации на 3 недели почувствовала тянущие боли внизу живота и в пояснице, были мажущие кровянистые выделения из половых путей; утром боли приняли схваткообразный характер, выделения из половых путей стали обильными, появились сгустки.

ИЗ АНАМНЕЗА: менархе 12 лет, менструации регулярные через 28–29 дней по 5–6 дней. Пациентка живет половой жизнью, методы контрацепции не использует. ОБЪЕКТИВНО: общее состояние удовлетворительное, пульс 72 удара в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах, симптом Щеткина—Блюмберга отрицательный.

СПЕЦИАЛЬНОЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: цервикальный канал открыт, выделения кровянистые, обильные, со сгустками. Тело матки увеличено до размеров 6 недель беременности, размягченное, подвижное, чувствительное при пальпации. Придатки с обеих сторон не пальпируются, безболезненные. Своды влагалища свободные. Необходимый объем обследований для уточнения диагноза?

А. ОАК с тромбоцитами, коагулограмма, группа крови и резуспринадлежность, УЗИ.

Б. ОАК с тромбоцитами, коагулограмма, УЗИ, гистероскопия, биопсия эндометрия, определение уровня половых гормонов.

В. Трансвагинальное УЗИ, соногистерография, гистероскопия.

Г. Биопсия эндометрия.

83. Пациентка 17 лет доставлена в стационар с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, обильные кровянистые выделения из половых путей. Со слов пациентки, накануне вечером после задержки менструации на 3 недели почувствовала тянущие боли внизу живота и в пояснице, были мажущие кровянистые выделения из половых путей; утром боли приняли схваткообразный характер, выделения из половых путей стали обильными, появились сгустки.

ИЗ АНАМНЕЗА: менархе 12 лет, менструации регулярные через 28–29 дней по 5–6 дней. Пациентка живет половой жизнью, методы контрацепции не использует. ОБЪЕКТИВНО: общее состояние удовлетворительное, пульс 72 удара в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Живот

при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах, симптом Щеткина—Блюмберга отрицательный.

СПЕЦИАЛЬНОЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: цервикальный канал открыт, выделения кровянистые, обильные, со сгустками. Тело матки увеличено до размеров 6 недель беременности, размягченное, подвижное, чувствительное при пальпации. Придатки с обеих сторон не пальпируются, безболезненные. Своды влагалища свободные. Какое лечение назначить данной пациентке?

А. Гормональный гемостаз.

Б. Медикаментозный гемостаз.

В. Кюретаж полости матки, лечение постгеморрагической анемии.

Г. Терапия по сохранению беременности.

83. Пациентка 15 лет пришла на прием к гинекологу с жалобами на обильные и длительные (до 10–14 дней) менструации. ИЗ АНАМНЕЗА: менструации регулярные через 28–29 дней. Отмечает 2–3 раза в месяц носовые кровотечения, частая кровоточивость десен. Половую жизнь отрицает.

ОБЪЕКТИВНО: состояние удовлетворительное. Рост — 164 см, масса тела — 58 кг, индекс массы тела — 21,5. **ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ:** девственная плева цела, бахромчатая. Выделения из половых путей слизистые умеренные. При ректоабдоминальном исследовании: матка нормальных размеров, плотная, безболезненная, придатки с обеих сторон не увеличены.

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ УЗИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА патологии не выявлено. Какой диагноз наиболее вероятен?

А. АМК: овуляторная дисфункция.

Б. АМК: полип.

В. АМК: нарушения коагуляции.

Г. АМК: аденомиоз.

84. Пациентка 15 лет пришла на прием к гинекологу с жалобами на обильные и длительные (до 10–14 дней) менструации. ИЗ АНАМНЕЗА: менструации регулярные через 28–29 дней. Отмечает 2–3 раза в месяц носовые кровотечения, частая кровоточивость десен. Половую жизнь отрицает.

ОБЪЕКТИВНО: состояние удовлетворительное. Рост — 164 см, масса тела — 58 кг, индекс массы тела — 21,5. **ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ:** девственная плева цела, бахромчатая. Выделения из половых путей слизистые умеренные. При ректоабдоминальном исследовании: матка нормальных размеров, плотная, безболезненная, придатки с обеих сторон не увеличены.

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ УЗИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА патологии не выявлено.

Необходимый объем обследований для уточнения диагноза?

А. ОАК с тромбоцитами, коагулограмма, агрегатограмма, группа крови и резус-принадлежность, УЗИ, консультация гематолога.

Б. ОАК с тромбоцитами, коагулограмма, УЗИ, гистероскопия, биопсия эндометрия, определение уровня половых гормонов.

В. Трансвагинальное УЗИ, соногистерография, гистероскопия.

Г. Биопсия эндометрия.

85. Пациентка 15 лет пришла на прием к гинекологу с жалобами на обильные и длительные (до 10–14 дней) менструации. ИЗ АНАМНЕЗА: менструации регулярные через 28–29 дней. Отмечает 2–3 раза в месяц носовые кровотечения, частая кровоточивость десен. Половую жизнь отрицает.

ОБЪЕКТИВНО: состояние удовлетворительное. Рост — 164 см, масса тела — 58 кг, индекс массы тела — 21,5. ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ: девственная плева цела, бахромчатая. Выделения из половых путей слизистые умеренные. При ректоабдоминальном исследовании: матка нормальных размеров, плотная, безболезненная, придатки с обеих сторон не увеличены.

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ УЗИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА патологии не выявлено. Какое лечение назначить данной пациентке?

А. Гормональный гемостаз.

Б. Лечение у гематолога и гинеколога (в дни менструации антифибринолитики, комбинированные эстроген-гестагенные низкодозированные оральные контрацептивы на 3–6 мес.).

В. Кюретаж полости матки, лечение постгеморрагической анемии.

Г. Гистерэктомия.

86. Выберите наиболее предпочтительный вариант гемостаза при АМК у пациенток молодого репродуктивного возраста:

а) комплексная гемостатическая терапия (антифибринолитики и гормональный гемостаз)

б) симптоматический гемостаз (окситоцин и этамзилат)

в) хирургический гемостаз (раздельное диагностическое выскабливание)

г) хирургический гемостаз (гистерэктомия)

87. Определите противопоказание к консервативно-хирургическим методам лечения АМК (абляция эндометрия):

а) рецидивирующих гиперпролиферативных процессах эндометрия

б) при наличии противопоказаний к гормонотерапии

в) при раке эндометрия

г) при наличии у пациентки коагулопатии

88. Действие эстрогенов на эндометрий приводит к:

а) пролиферации

б) секреторной трансформации

в) десквамации

г) развитию желез

89. Наиболее частой причиной кровянистых выделений из половых путей в постменопаузе является:

а) рак шейки матки

б) рак эндометрия

в) подслизистая миома матки

г) рак яичников

90. Аменорея — это ...

а) регулярные обильные длительные менструации

б) нерегулярные маточные кровотечения длительностью более 7 дней при кровопотере более 80 мл, ациклические маточные кровотечения, не связанные с менструальным циклом

в) отсутствие менструации в течение 6 месяцев у женщин репродуктивного периода вне беременности и лактации

г) отсутствие менструации в течение 3 месяцев у женщин репродуктивного периода вне беременности и лактации уменьшение продолжительности менструаций до 1–2 дней

д) редкие и скудные менструации

91. Укажите анатомическое образование не относящееся к нижнему отделу генитального тракта:

- а) влагалище
- б) шейка матки
- в) малые половые губы
- г) тело матки;

92. Оценивая анамнез, доктор обращает внимание на:

- а) перенесенные заболевания
- б) цвет кожных покровов
- в) уровень гемоглобина в анализе крови
- г) характеристики шейки матки

93. Снижение секреторной функции слизистой влагалища наблюдается при:

- а) воспалительных процессах влагалища, матки
- б) влагалищном дисбиозе
- в) гипофункции яичников
- г) эндометриозе шейки матки

94. Повышение секреторной функции слизистой влагалища наблюдается при:

- а) воспалительных процессах влагалища, матки
- б) внематочной беременности
- в) гипофункции яичников
- г) в постменопаузальном периоде

95. Для женского морфотипа характерны:

- а) широкий таз
- б) хорошо выраженная мускулатура
- в) широкий плечевой пояс
- г) длинные конечности

96. С целью диагностики гинекологических заболеваний материал для бактериоскопического исследования берется из:

- а) прямой кишки
- б) уретры, цервикального канала шейки матки, заднего свода влагалища
- в) переднее-бокового свода влагалища
- г) слизистой оболочки щеки

97. Забор материала для бактериоскопического исследования осуществляется:

- а) шпателем
- б) маточным зондом
- в) корнцангом
- г) ложечкой Фолькмана

98. Забор материала для бактериоскопического исследования осуществляется:

- а) после проведения ректо-абдоминального исследования
- б) до вагинального исследования
- в) после проведения кольпоскопии
- г) после обработки влагалища раствором антисептика

99. Слизистая оболочка влагалища представлена следующими слоями клеток:

- а) базальный, парабазальный, промежуточный, поверхностный
- б) базальный, зернистый
- в) мерцательный эпителий
- г) базальный, парабазальный, шиповидный, поверхностный ороговевающий.

100. Выберите метод, не относящийся к тестам функциональной диагностики не относятся:

- а) базальная температура

б) кульдоцентез

в) симптом зрачка

г) симптом натяжения шеечной слизи

101. Где измеряют Базальную температуру?:

а) во влагалище

б) в паховом сгибе

в) в подмышечной впадине

г) в прямой кишке

102. К моменту овуляции КПИ равен:

а) 70–80 %

б) 25–30 %

в) 15–20 %

г) 5–10 %

103. УЗИ в гинекологии не используется для:

а) определения положения матки

б) определения структуры яичников

в) определения выраженности фимбрий маточных труб

г) определения размеров тела и шейки матки

104. К инструментальным методам диагностики относятся:

а) гистероскопия

б) гинекологические мазки

в) полимеразная цепная реакция

г) иммуноферментный анализ

105. Длина нормальной матки по зонду составляет:

а) 3–4 см

б) 5–6 см

в) 7–8 см

г) 9–10 см

106. Укажите материал, который не используется для цитологического исследования:

а) аспирационной биопсии из полости матки

б) биопсии шейки матки

в) мазке отпечатке из эндо- и экзоцервикса

г) кульдоцентезе

107. Гормональное исследование в репродуктивном периоде проводят:

а) на 2–3 и 22–24 день цикла

б) на 5–6, 13–14 и 22 день менструального цикла

в) независимо от фазы цикла

г) на 19–21 день

108. Положительная прогестероновая проба говорит о:

а) выраженном дефиците эстрогенов

б) маточной форме аменореи

в) снижении продукции рилизинг-гормонов

г) отсутствии маточной формы аменореи

109. Отрицательная проба с эстрогеном и прогестероном свидетельствует о:

а) нарушении функции гипофиза

б) маточной форме аменореи (аномалии развития, синехии)

в) снижении количества андрогенов

г) нарушении функции гипоталамуса

110. Функциональную пробу с дексаметазоном проводят для:

- а) выявления гиперэстрогении
- б) диагностики ановуляции
- в) диагностики типичной формы дисгенезии гонад
- г) уточнения генеза гиперандрогении

111. Осложнение хронического сальпингоофрита:

- а) тромбоз вен малого таза
- б) эрозивный эктропион
- в) эндоцервицит
- г) спаечный процесс в малом тазу;

112. Центральное место в лечении воспалительных заболеваний половых органов принадлежит:

Варианты ответа:

- а) антибактериальной терапии;
- б) витаминотерапии;
- в) физиотерапии;
- г) инфузионной терапии;

113. Для лечения атрофического вагинита применяют:

- а) фарматекс
- б) полижинакс
- в) ваготил
- г) тержинал
- д) овестин

114. 10. Пусковым моментом при септическом шоке является:

- а) ангиоспазм;
- б) действие экзо- и эндотоксинов;
- в) гипоксия головного мозга;
- г) острая почечная недостаточность.

115. Наиболее эффективным методом диагностики гонококковой инфекции является:

- а) иммуноферментный анализ
- б) культуральный
- в) бактериоскопический
- г) иммунофлюоресцентный

116. Продолжите суждение-Хламидийная инфекция:

- а) может быть причиной бесплодия
- б) диагностируется при бактериоскопии отделяемого заднего свода влагалища
- в) диагностируется по характерным признакам на гистеросальпингограммах
- г) поражает слизистую влагалища;

117. Для лечения хламидиной инфекции не применяется:

- а) доксицилин;
- б) джозамицин;
- в) офлоксацин;
- г) амоксицилин;

118. Повышение ректальной температуры тела во вторую фазу овуляторного менструального цикла обусловлено:

- а) действием прогестерона яичника на центр терморегуляции в гипоталамусе
- б) действием прогестерона, который снижает теплоотдачу

- в) интенсификацией биохимических процессов в матке
- г) транзиторной гипертермической реакцией под влиянием прогестерона

119. Показанием для кульдоцентеза является:

- а) бесплодие
- б) маточная беременность
- в) АМК
- г) необходимость цитологической оценки асцита

120. Раздельное диагностическое выскабливание слизистой тела матки и цервикального канала проводится:

- а) для диагностики патологии эндометрия
- б) для уточнения формы бесплодия
- в) фолликулярных кистах яичника
- г) при прогрессирующей внематочной беременности

121. На профилактический осмотр детского гинеколога обратилась пациентка 11 лет. Жалоб не предъявляет. ИЗ АНАМНЕЗА: первый ребенок в семье от срочных родов через естественные родовые пути. Росла и развивалась согласно возрасту, соматически здорова. Данные гинекологического исследования: наружные половые органы развиты правильно, соответственно возрасту. Девственная плева кольцевидной формы, не нарушена. РЕКТАЛЬНО: тело матки в antepositio, соответствует возрастной норме, плотное, безболезненное. Придатки не определяются. В мазке из заднего свода влагалища определяются лейкоциты 4–5 в поле зрения, флора кокковая. Каким методом произведено исследование мазка?

- А. Бактериоскопическим.
- Б. ПЦР.
- В. Бактериологическим.
- Г. ИФА.

122. На профилактический осмотр детского гинеколога обратилась пациентка 11 лет. Жалоб не предъявляет. ИЗ АНАМНЕЗА: первый ребенок в семье от срочных родов через естественные родовые пути. Росла и развивалась согласно возрасту, соматически здорова. Данные гинекологического исследования: наружные половые органы развиты правильно, соответственно возрасту. Девственная плева кольцевидной формы, не нарушена. РЕКТАЛЬНО: тело матки в antepositio, соответствует возрастной норме, плотное, безболезненное. Придатки не определяются. В мазке из заднего свода влагалища определяются лейкоциты 4–5 в поле зрения, флора кокковая. Данный мазок соответствует:

- А. Дисбиозу влагалища.
- Б. Вагиниту неспецифическому.
- В. Возрастной норме.
- Г. Переходный тип мазка.

123. На профилактический осмотр детского гинеколога обратилась пациентка 11 лет. Жалоб не предъявляет. ИЗ АНАМНЕЗА: первый ребенок в семье от срочных родов через естественные родовые пути. Росла и развивалась согласно возрасту, соматически здорова. Данные гинекологического исследования: наружные половые органы развиты правильно, соответственно возрасту. Девственная плева кольцевидной формы, не нарушена. РЕКТАЛЬНО: тело матки в antepositio, соответствует возрастной норме, плотное, безболезненное. Придатки не определяются. В мазке из заднего свода влагалища определяются лейкоциты 4–5 в поле зрения, флора кокковая. Чем обусловлена у данной пациентки кокковая микрофлора влагалища?

- А. Материнская микрофлора, приобретенная интранатально.

- Б. Патогенная микрофлора в результате патологического процесса.
- В. Эстрогенной недостаточностью, предшествующей периоду полового созревания.
- Г. Иммуными нарушениями.

124. На прием гинеколога обратилась пациентка 23 лет. Жалобы на периодический зуд, жжение в области наружных половых органов, обильные выделения, по поводу чего трижды за последние 6 месяцев получала лечение в виде местных противогрибковых препаратов с временным эффектом. ИЗ АНАМНЕЗА: не замужем, половой партнер постоянный. С целью контрацепции применяет регулон 12 месяцев. Менструальная функция не нарушена. Страдает частыми вирусными заболеваниями респираторного тракта, запорами. ОБЪЕКТИВНО: состояние удовлетворительное, пульс 72 в 1 мин, ритмичный, живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. При осмотре в зеркалах уретра не инфильтрирована, слизистая влагалища, шейки матки бледнорозового цвета, выделения обильные, серого цвета с неприятным запахом. При бимануальном исследовании: матка не увеличена, безболезненная при пальпации, придатки с обеих сторон не определяются, своды глубокие. ПРИ БАКТЕРИОСКОПИИ мазков из уретры и канала шейки матки лейкоциты 6–10 в поле зрения, микрофлора кокковая, обнаружены «ключевые» клетки. Ваш диагноз?

- А. Вульвовагинальный кандидоз, рецидивирующее течение.
- Б. Бактериальный вагиноз, рецидивирующее течение.
- В. Хронический вульвовагинит.
- Г. Неспецифический подострый вагинит, цервицит.

125. На прием гинеколога обратилась пациентка 23 лет. Жалобы на периодический зуд, жжение в области наружных половых органов, обильные выделения, по поводу чего трижды за последние 6 месяцев получала лечение в виде местных противогрибковых препаратов с временным эффектом. ИЗ АНАМНЕЗА: не замужем, половой партнер постоянный. С целью контрацепции применяет регулон 12 месяцев. Менструальная функция не нарушена. Страдает частыми вирусными заболеваниями респираторного тракта, запорами. ОБЪЕКТИВНО: состояние удовлетворительное, пульс 72 в 1 мин, ритмичный, живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. При осмотре в зеркалах уретра не инфильтрирована, слизистая влагалища, шейки матки бледнорозового цвета, выделения обильные, серого цвета с неприятным запахом. При бимануальном исследовании: матка не увеличена, безболезненная при пальпации, придатки с обеих сторон не определяются, своды глубокие. ПРИ БАКТЕРИОСКОПИИ мазков из уретры и канала шейки матки лейкоциты 6–10 в поле зрения, микрофлора кокковая, обнаружены «ключевые» клетки. Чем обусловлены повторные эпизоды заболевания?

- А. Изменением гормонального фона при приеме КОК.
- Б. Нарушением дефекации

В. Все ответы неверны

Г. Все ответы верны

126. На прием гинеколога обратилась пациентка 23 лет. Жалобы на периодический зуд, жжение в области наружных половых органов, обильные выделения, по поводу чего трижды за последние 6 месяцев получала лечение в виде местных противогрибковых препаратов с временным эффектом. ИЗ АНАМНЕЗА: не замужем, половой партнер постоянный. С целью контрацепции применяет регулон 12 месяцев. Менструальная функция не нарушена. Страдает частыми вирусными заболеваниями респираторного тракта, запорами. ОБЪЕКТИВНО: состояние удовлетворительное, пульс 72 в 1 мин,

ритмичный, живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. При осмотре в зеркалах уретра не инфильтрирована, слизистая влагалища, шейки матки бледнорозового цвета, выделения обильные, серого цвета с неприятным запахом. При бимануальном исследовании: матка не увеличена, безболезненная при пальпации, придатки с обеих сторон не определяются, своды глубокие. ПРИ БАКТЕРИОСКОПИИ мазков из уретры и канала шейки матки лейкоциты 6–10 в поле зрения, микрофлора кокковая, обнаружены «ключевые» клетки. Какое исследование позволяет более детально оценить биоценоз влагалища?

А. Бактериологический

Б. ИФА

В. Качественная ПЦР

Г. ПЦР-РТ, «Фемофлор-16»

127. Пациентка, 37 лет, обратилась на прием к гинекологу с жалобами на длительные обильные менструации в течение 3-х циклов. ИЗ АНАМНЕЗА: менструальный цикл регулярный, 28–29 дней, длительность менструации последние 3 месяца составила 7–10 дней. Беременностей 4: родов 2 через естественные родовые пути, 2 — медицинских аборта путем выскабливания, без осложнений. Последний раз на приеме у гинеколога была 1 год назад — без патологии. ОБЪЕКТИВНО: кожные покровы бледно-розовой окраски. Пульс 78 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных свойств. АД 120/80 мм рт. ст. В общем анализе крови гемоглобин 96 г/л. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Физиологические отправления в норме. ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: тело матки увеличено до 7–8 недель беременности, плотное безболезненное бугристое, подвижное. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Какая причина нарушения менструальной функции наиболее вероятна?

А. Аденомиоз

Б. Овуляторная дисфункция

В. Миома матки

Г. Коагулопатия

128. Укажите признак, не характерный для герпесвирусной инфекции половых органов :

а) высокой контагиозности

б) полового пути инфицирования

в) преимущественного поражения маточных труб

г) рецидивирующего течения

129. Для лечения генитального герпеса применяют:

а) далацин С

б) полижинакс

в) ацикловир

г) золадекс

130. На прием по бесплодию обратилась пациентка 30 лет с жалобами на отсутствие беременности в течение 4 лет. ИЗ АНАМНЕЗА: менструальная функция не нарушена, гинекологические заболевания отрицает. Замужем 6 лет, 2 года принимала трирегол с целью контрацепции, 4 года не предохраняется, беременностей не было. Неоднократно проходила гормональное обследование, УЗИ органов малого таза. Патологии не выявлено. Посткоитальный тест положительный. Спермограмма мужа в норме. ОБЪЕКТИВНО: общее состояние удовлетворительное, вес 60 кг, рост 167 см. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: влагалище без особенностей, шейка матки чистая, наружный зев точечный, матка в ретрофлексии, не увеличена, безболезненная. Придатки с обеих сторон не

определяются. Какой фактор бесплодия у данной пациентки с помощью проведенных исследований не исключен?

А. Трубно-перитонеальный.

Б. Эндокринный.

В. Маточный.

Г. Иммунный.

131. На прием по бесплодию обратилась пациентка 30 лет с жалобами на отсутствие беременности в течение 4 лет. ИЗ АНАМНЕЗА: менструальная функция не нарушена, гинекологические заболевания отрицает. Замужем 6 лет, 2 года принимала трирегол с целью контрацепции, 4 года не предохраняется, беременностей не было. Неоднократно проходила гормональное обследование, УЗИ органов малого таза. Патологии не выявлено. Посткоитальный тест положительный. Спермограмма мужа в норме. ОБЪЕКТИВНО: общее состояние удовлетворительное, вес 60 кг, рост 167 см. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: влагалище без особенностей, шейка матки чистая, наружный зев точечный, матка в ретрофлексии, не увеличена, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются. Назначение какого метода исследования является целесообразным данной пациентке?

А. Рентгеновская МСГ

Б. Соногистеросальпингография

В. Лапароскопия, хромосальпингография

Г. Гидротубации

132. На прием по бесплодию обратилась пациентка 30 лет с жалобами на отсутствие беременности в течение 4 лет. ИЗ АНАМНЕЗА: менструальная функция не нарушена, гинекологические заболевания отрицает. Замужем 6 лет, 2 года принимала трирегол с целью контрацепции, 4 года не предохраняется, беременностей не было. Неоднократно проходила гормональное обследование, УЗИ органов малого таза. Патологии не выявлено. Посткоитальный тест положительный. Спермограмма мужа в норме. ОБЪЕКТИВНО: общее состояние удовлетворительное, вес 60 кг, рост 167 см. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: влагалище без особенностей, шейка матки чистая, наружный зев точечный, матка в ретрофлексии, не увеличена, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются. В какой период менструального цикла предпочтительно для проверки проходимости маточных труб у данной пациентки?

А. С началом менструации (1-й день менструального цикла)

Б. Фолликулярная фаза (6–10-й день цикла)

В. Овуляторный период.

Г. Период имплантационного окна (21–24 день цикла)

133. На прием к гинекологу обратилась пациентка 18 лет с жалобами на болезненные менструации. ИЗ АНАМНЕЗА: менструации с 13 лет по 5–6 дней через 28–30 дней, умеренные, болезненные с периода менархе. Половой жизнью не живет. ОСМОТР НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ: развиты правильно. Девственная плева фестончатой формы. РЕКТАЛЬНО: матка в позиции retroflexio, не увеличена, плотная, безболезненная. Придатки не определяются. Какой предварительный диагноз наиболее вероятен?

А. Отсутствие патологического состояния

Б. Предменструальный синдром

В. Хронический сальпингит

Г. Дисменорея

134. На прием к гинекологу обратилась пациентка 18 лет с жалобами на болезненные менструации. ИЗ АНАМНЕЗА: менструации с 13 лет по 5–6 дней через 28–30 дней,

умеренные, болезненные с периода менархе. Половой жизнью не живет. **ОСМОТР НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ:** развиты правильно. Девственная плева фестончатой формы. **РЕКТАЛЬНО:** матка в позиции retroflexio, не увеличена, плотная, безболезненная. Какова вероятная причина болезненных менструаций у данной пациентки?

А. Аденомиоз

Б. Стеноз цервикального канала

В. Аномалия положения матки

Г. Врожденная аномалия развития гениталий с нарушением оттока менструальной крови

135. На прием к гинекологу обратилась пациентка 18 лет с жалобами на болезненные менструации. **ИЗ АНАМНЕЗА:** менструации с 13 лет по 5–6 дней через 28–30 дней, умеренные, болезненные с периода менархе. Половой жизнью не живет. **ОСМОТР НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ:** развиты правильно. Девственная плева фестончатой формы. **РЕКТАЛЬНО:** матка в позиции retroflexio, не увеличена, плотная, безболезненная. Какие методы обследования необходимо применить для уточнения диагноза?

А. УЗИ органов малого таза.

Б. Комплексное обследование на ИППП.

В. Гистероскопию.

Г. Зондирование цервикального канала и полости матки.

136. На прием обратилась пациентка 55 лет с жалобами на сухость во влагалище, периодические жжение, зуд, недержание мочи. **ИЗ АНАМНЕЗА:** менопауза 6 лет, родов — 2 через естественные родовые пути. Из гинекологических заболеваний:

диатермоконизация шейки матки по поводу умеренной дисплазии 15 лет назад.

ОБЪЕКТИВНО: состояние удовлетворительное, вес 70 кг, рост 168 см. АД 150/100 мм рт. ст., постоянно принимает гипотензивные препараты. **ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС:** при исследовании в зеркалах шейка матки конизирована; слизистая влагалища истончена, гиперемирована, легко ранима, выделения слизистые скудные. При бимануальном исследовании: матка уменьшена в размерах, подвижна, безболезненна, придатки не определяются. В каком возрастном периоде находится данная пациентка?

А. Перименопаузальном

Б. Менопаузе

В. Пременопаузальном

Г. Постменопаузальном

137. На прием обратилась пациентка 55 лет с жалобами на сухость во влагалище, периодические жжение, зуд, недержание мочи. **ИЗ АНАМНЕЗА:** менопауза 6 лет, родов — 2 через естественные родовые пути. Из гинекологических заболеваний:

диатермоконизация шейки матки по поводу умеренной дисплазии 15 лет назад.

ОБЪЕКТИВНО: состояние удовлетворительное, вес 70 кг, рост 168 см. АД 150/100 мм рт. ст., постоянно принимает гипотензивные препараты. **ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС:** при исследовании в зеркалах шейка матки конизирована; слизистая влагалища истончена, гиперемирована, легко ранима, выделения слизистые скудные. При бимануальном исследовании: матка уменьшена в размерах, подвижна, безболезненна, придатки не определяются. Для какого состояния характерны симптомы, наблюдаемые у данной пациентки?

А. Возрастная норма.

Б. Пролапс гениталий.

В. Ранние симптомы климактерического синдрома.

Г. Средневременные симптомы климактерического синдрома.

138. Пациентка 17 лет обратилась на прием гинеколога с жалобами на редкие менструации, повышенный рост волос на теле. ИЗ АНАМНЕЗА: росла и развивалась соответственно возрастным нормам. Соматически здорова. Менархе в 15 лет, менструации через 45–60 дней по 2–3 дня. Половой жизнью не живет. ОБЪЕКТИВНО: рост 154 см, вес 56 кг, кожа жирная, угревая сыпь на лице, спине. Рост терминальных волос на верхней губе, подбородке, в области грудины. Молочные железы гипопластичны. ОСМОТР НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ: развиты правильно, оволосение по мужскому типу, девственная плева не нарушена. РЕКТАЛЬНО: тело матки в antepositio, соответствует возрастной норме, плотное, безболезненное. Придатки не определяются. Какова вероятная причина гипоменструального синдрома?

А. Яичниковая гиперандрогения

Б. Надпочечниковая гиперандрогения

В. Гипогонадизм

Г. Гипоплазия матки

139. В структуре генитального туберкулеза первое место по частоте занимает:

а) туберкулез маточных труб

б) туберкулез эндометрия

в) туберкулез влагалища

г) туберкулез преддверия влагалища

140. Пациентка 17 лет обратилась на прием гинеколога с жалобами на редкие менструации, повышенный рост волос на теле. ИЗ АНАМНЕЗА: росла и развивалась соответственно возрастным нормам. Соматически здорова. Менархе в 15 лет, менструации через 45–60 дней по 2–3 дня. Половой жизнью не живет. ОБЪЕКТИВНО: рост 154 см, вес 56 кг, кожа жирная, угревая сыпь на лице, спине. Рост терминальных волос на верхней губе, подбородке, в области грудины. Молочные железы гипопластичны. ОСМОТР НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ: развиты правильно, оволосение по мужскому типу, девственная плева не нарушена. РЕКТАЛЬНО: тело матки в antepositio, соответствует возрастной норме, плотное, безболезненное. Придатки не определяются. Какие гормоны необходимо определить для уточнения источника избыточной продукции андрогенов?

А. Эстрадиола, ФСГ, ЛГ

Б. Прогестерона во 2-ю фазу менструального цикла

В. Тестостерона

Г. Тестостерона, ДГЭА-С, 17-ОП, кортизола

141. На прием к гинекологу обратилась пациентка 24 лет после самопроизвольного аборта 1 месяц назад с целью дообследования. ИЗ АНАМНЕЗА: родилась недоношенной, перенесла корь, краснуху. Менархе в 15 лет, менструальный цикл через 35–40 дней, менструации по

3–4 дня, умеренные. Забеременела через 2 года от начала половой жизни

без предохранения. На 5–6 неделе беременности появились схваткообразные боли, началось кровотечение, произошел неполный выкидыш. Выполнено выскабливание полости матки. Часто простудные заболевания. ОБЪЕКТИВНО: астеничного телосложения, рост 158 см, вес 45 кг. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: шейка матки эрозирована, конической формы. Выделения из влагалища умеренные, слизистые. БИМАНУАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: тело матки резко отклонено кпереди, несколько уменьшено в размерах, плотное, безболезненное. Придатки не определяются. Какой диагноз наиболее вероятен?

А. Задержка полового развития.

Б. Аномалия развития матки: гипоплазия матки.

В. Привычное невынашивание беременности неуточненного генеза.

Г. Неклассическая форма врожденной дисфункции коры надпочечников.

142. На прием к гинекологу обратилась пациентка 24 лет после самопроизвольного аборта 1 месяц назад с целью дообследования. ИЗ АНАМНЕЗА: родилась недоношенной, перенесла корь, краснуху. Менархе в 15 лет, менструальный цикл через 35–40 дней, менструации по 3–4 дня, умеренные. Забеременела через 2 года от начала половой жизни без предохранения. На 5–6 неделе беременности появились схваткообразные боли, началось кровотечение, произошел неполный выкидыш. Выполнено выскабливание полости матки. Часто простудные заболевания. ОБЪЕКТИВНО: астеничного телосложения, рост 158 см, вес 45 кг. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: шейка матки эрозирована, конической формы. Выделения из влагалища умеренные, слизистые. БИМАНУАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: тело матки резко отклонено кпереди, несколько уменьшено в размерах, плотное, безболезненное. Какое исследование позволит уточнить диагноз?

А. Гормональное исследование: ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон.

Б. УЗИ органов малого таза.

В. Гистероскопия.

Г. Диагностическая лапароскопия.

143. Лечение генитального туберкулеза проводят в:

а) пульмонологическом отделении

б) в поликлинике по месту жительства

в) в противотуберкулезном стационаре

г) в гинекологическом отделении областной больницы

144. На специализированный прием гинеколога-эндокринолога обратилась пациентка 25 лет с жалобами на отсутствие менструации в течение 2-х лет. ИЗ АНАМНЕЗА: росла и развивалась согласно возрасту, менархе в 12 лет. Два года назад без видимой причины прекратились менструации, не замужем, не было ни одной беременности. ОБЪЕКТИВНО: состояние удовлетворительное, рост 164 см, вес 58 кг. В последнее время отмечает ухудшение зрения, головные боли. Фенотип женский. Концентрация ФСГ в сыворотке крови 0,3 мМЕ/мл (норма 2–20), пролактин — 160 нг/мл (норма 2–25). Проба с гестагенами и эстрогенами положительная. Какая форма аменореи наиболее вероятна?

А. Стрессовая.

Б. Гипофизарная.

В. Яичниковая.

Г. Маточная.

145. На специализированный прием гинеколога-эндокринолога обратилась пациентка 25 лет с жалобами на отсутствие менструации в течение 2-х лет. ИЗ АНАМНЕЗА: росла и развивалась согласно возрасту, менархе в 12 лет. Два года назад без видимой причины прекратились менструации, не замужем, не было ни одной беременности. ОБЪЕКТИВНО: состояние удовлетворительное, рост 164 см, вес 58 кг. В последнее время отмечает ухудшение зрения, головные боли. Фенотип женский. Концентрация ФСГ в сыворотке крови 0,3 мМЕ/мл (норма 2–20), пролактин — 160 нг/мл (норма 2–25). Проба с гестагенами и эстрогенами положительная. Основное дополнительное исследование для уточнения диагноза у данной пациентки?

А. УЗИ органов малого таза

Б. Исследование глазного дна и полей зрения

В. Гистероскопия

Г. МРТ гипофиза

146. При выявлении патологических изменений на МРТ гипофиза какой специалист определяет дальнейшую тактику?

А. Акушер-гинеколог

Б. Нейрохирург

В. Невролог

Г. Эндокринолог

147. Пациентка 30 лет доставлена в стационар с жалобами на острые боли внизу живота, головокружение. Из анамнеза: менструальная функция не нарушена, 24-й день менструального цикла. Замужем, 1-е роды через естественные родовые пути. От беременности не предохранялась. ОБЪЕКТИВНО: пульс 100 ударов в минуту, АД 100/60 мм рт. ст, температура тела 36,8 °С. Живот резко болезненный в правой подвздошной области, где определяется притупление перкуторного звука, определяется напряжение мышц передней брюшной стенки. Симптомы раздражения брюшины сомнительные. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС. При осмотре в зеркалах шейка матки чистая, выделения молочные умеренные. При бимануальном исследовании из-за резкой болезненности детальный осмотр матки и придатков затруднен. Задний свод влагалища нависает, движения за шейку матки резко болезненные. Какой диагноз наиболее вероятен?

А. Нарушенная трубная беременность.

Б. Апоплексия яичника.

В. Перекрут ножки опухоли яичника.

Г. Некроз субсерозного миоматозного узла.

148. Пациентка 30 лет доставлена в стационар с жалобами на острые боли внизу живота, головокружение. ИЗ АНАМНЕЗА: менструальная функция не нарушена, 24-й день менструального цикла. Замужем, 1-е роды через естественные родовые пути. От беременности не предохранялась. ОБЪЕКТИВНО: пульс 100 ударов в минуту, АД 100/60 мм рт. ст, температура тела 36,8 °С. Живот резко болезненный в правой подвздошной области, где определяется притупление перкуторного звука, определяется напряжение мышц передней брюшной стенки. Симптомы раздражения брюшины сомнительные. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС. При осмотре в зеркалах шейка матки чистая, выделения молочные умеренные. При бимануальном исследовании из-за резкой болезненности детальный осмотр матки и придатков затруднен. Задний свод влагалища нависает, движения за шейку матки резко болезненные. Какое исследование малоинформативное для дифференциальной диагностики в данном случае?

А. Общий анализ крови.

Б. УЗИ органов малого таза.

В. Кульдоцентез.

Г. РДВ

149. Пациентка 30 лет доставлена в стационар с жалобами на острые боли внизу живота, головокружение. ИЗ АНАМНЕЗА: менструальная функция не нарушена, 24-й день менструального цикла. Замужем, 1-е роды через естественные родовые пути. От беременности не предохранялась. ОБЪЕКТИВНО: пульс 100 ударов в минуту, АД 100/60 мм рт. ст, температура тела 36,8 °С. Живот резко болезненный в правой подвздошной области, где определяется притупление перкуторного звука, определяется напряжение мышц передней брюшной стенки. Симптомы раздражения брюшины сомнительные. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС. При осмотре в зеркалах шейка матки

чистая, выделения молочные умеренные. При бимануальном исследовании из-за резкой болезненности детальный осмотр матки и придатков затруднен. Задний свод влагалища нависает, движения за шейку матки резко болезненные. Данные какого метода исследования не соответствуют с клинической картиной у данной пациентки?

А. При кульдоцентезе получено около 20 мл мутной серозной жидкости.

Б. При УЗИ визуализируется значительное количество свободной жидкости в брюшной полости.

В. При лапароскопии определяется кровоизлияние в правый яичник с разрывом его белочной оболочки и продолжающимся кровотечением.

Г. В общем анализе крови: гемоглобин 90 г/л, эритроциты $2,8 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $8,8 \times 10^9/л$, лейкоцитарная формула: п-5, э-1, с-75, м-4, л-16.

150. К специфической профилактике туберкулеза относят :

а) вакцинации БЦЖ

б) улучшения условий труда

в) улучшения условий жизни

г) общеоздоровительных мероприятий

151. Обнаружение при расширенной кольпоскопии мелкоочечных вкраплений в виде «манной крупы» является симптомом:

а) вагинального кандидоза

б) генитального туберкулеза

в) хламидийной инфекции

г) цервицита

152. Для лечения трихомониаза применяется:

а) доксицилин;

б) метронидазол;

в) амоксициллин;

г) эритромицин;

153. Основным клиническим симптомом бактериального вагиноза является:

а) зуд наружных половых органов и промежности

б) диспареуния

в) обильные бели с неприятным запахом

г) дизурия

154. Пациентка 46 лет поступила в стационар в связи с жалобами на сильные боли внизу живота, тошноту, однократную рвоту, повышение температуры тела до $39,5^{\circ}\text{C}$. ИЗ АНАМНЕЗА: менструальная функция не нарушена, 10-й день менструального цикла. В анамнезе двое срочных родов и три медицинских аборта без осложнений. В течение последних 10 лет с целью контрацепции использует ВМК. Заболела 7 дней назад, когда появились тянущие боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку, температура тела повысилась до $37,5^{\circ}\text{C}$. К врачу не обращалась, принимала баралгетас, кетарол без эффекта. В связи с резким ухудшением самочувствия вызвала карету скорой медицинской помощи. ОБЪЕКТИВНО: состояние средней тяжести, пульс 120 в 1 минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, резко болезненен во всех отделах, в правом и левом боковых каналах определяется притупление перкуторного звука, симптом Щеткина—Блюмберга резко положительный. ИССЛЕДОВАНИЕ В ЗЕРКАЛАХ: шейка матки эрозирована, видны нити ВМК, выделения обильные гноевидные. БИМАНУАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: в малом тазе пальпируется резко болезненный, неподвижный конгломерат, общими размерами $10 \times 15 \times 15$ см; отдельно

матку и придатки пальпировать не удается; задний свод влагалища нависает, резко болезненный. Какой диагноз наиболее вероятен?

А. Эндометрит на фоне применения ВМК; нагноение кисты яичника.

Б. Эндометрит на фоне применения ВМК, острый двусторонний сальпингит; пельвиоперитонит.

В. Эндометрит на фоне применения ВМК; перфорация tuboовариального абсцесса; разлитой перитонит.

Г. Миома матки с некрозом одного из узлов; острый гнойный сальпингит; разлитой перитонит.

155. Пациентка 46 лет поступила в стационар в связи с жалобами на сильные боли внизу живота, тошноту, однократную рвоту, повышение температуры тела до 39,5 °С. ИЗ АНАМНЕЗА: менструальная функция не нарушена, 10-й день менструального цикла. В анамнезе двое срочных родов и три медицинских аборта без осложнений. В течение последних 10 лет с целью контрацепции использует ВМК. Заболела 7 дней назад, когда появились тянущие боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку, температура тела повысилась до 37,5 °С. К врачу не обращалась, принимала баралгетас, кетарол без эффекта. В связи с резким ухудшением самочувствия вызвала карету скорой медицинской помощи. ОБЪЕКТИВНО: состояние средней тяжести, пульс 120 в 1 минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, резко болезненен во всех отделах, в правом и левом боковых каналах определяется притупление перкуторного звука, симптом Щеткина—Блюмберга резко положительный. ИССЛЕДОВАНИЕ В ЗЕРКАЛАХ: шейка матки эрозирована, видны нити ВМК, выделения обильные гнойные. БИМАНУАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: в малом тазе пальпируется резко болезненный, неподвижный конгломерат, общими размерами 10×15×15 см; отдельно матку и придатки пальпировать не удается; задний свод влагалища нависает, резко болезненный. Врачебная тактика и объем оперативного вмешательства?

А. Удаление ВМК с последующей комбинированной антибактериальной и инфузионно-трансфузионной терапией в течение 7 дней. В случае отсутствия эффекта — лапаротомия по Пфанненштилю, двусторонняя аднексэктомия

Б. Дренирование патологического образования под контролем трансвагинальной эхографии с последующей антибактериальной и инфузионной терапией

В. Экстренная лапаротомия по Джоэлу—Кохену; надвлагалищная ампутация матки с маточными трубами; оментэктомия

Г. Экстренное чревосечение; нижнесрединная лапаротомия; экстирпация матки с придатками; дренирование брюшной полости

156. Пациентка 24 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры тела до 37,5 °С, гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании. ИЗ АНАМНЕЗА: менструальная функция без особенностей. Половая жизнь с 17 лет, вне брака, от беременности предохраняется календарным методом, беременностей не было. Заболела остро, на 7-й день менструального цикла, когда появились указанные выше симптомы. ОБЪЕКТИВНО: состояние удовлетворительное, пульс 96 в 1 минуту, ритмичный, живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: уретра инфильтрирована, шейка матки гиперемирована, отечна, с обширной эрозией, из шеечного канала обильные слизисто-гнойные выделения. Матка не увеличена, болезненная при пальпации, придатки с обеих сторон утолщены, болезненны, своды глубокие. ПРИ БАКТЕРИОСКОПИИ мазков из уретры и канала шейки матки обнаружены диплококки, располагающиеся вне- и

внутриклеточно. Какой из нижеперечисленных диагнозов наиболее вероятен у данной пациентки?

А. Свежая острая гонорея нижнего отдела мочеполовых органов.

Б. Свежая острая восходящая гонорея.

В. Подострая восходящая гонорея.

Г. Хроническая гонорея нижнего отдела мочеполовых органов.

157. Пациентка 24 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры тела до 37,5 °С, гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании. ИЗ АНАМНЕЗА: менструальная функция без особенностей. Половая жизнь с 17 лет, вне брака, от беременности предохраняется календарным методом, беременностей не было. Заболела остро, на 7-й день менструального цикла, когда появились указанные выше симптомы. ОБЪЕКТИВНО: состояние удовлетворительное, пульс 96 в 1 минуту, ритмичный, живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: уретра инфильтрирована, шейка матки гиперемирована, отечна, с обширной эрозией, из шеечного канала обильные слизисто-гнойные выделения. Матка не увеличена, болезненная при пальпации, придатки с обеих сторон утолщены, болезненны, своды глубокие. ПРИ БАКТЕРИОСКОПИИ мазков из уретры и канала шейки матки обнаружены диплококки, располагающиеся вне- и внутриклеточно. Определите тактику ведения данной пациентки

А. Назначить амбулаторно курс антибактериальной терапии.

Б. Направить пациентку в кожно-венерологический диспансер для углубленного обследования и лечения.

В. Госпитализировать пациентку в гинекологический стационар для обследования и лечения.

Г. Госпитализация в кожно-венерологическую клинику.

158. Пациентка 26 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на редкие, скудные менструации, отсутствие беременности в течение 5 лет, вялость, быструю утомляемость, повышенную потливость. ИЗ АНАМНЕЗА: менструации с 16 лет, нерегулярные, длительность цикла 35-60 дней, скудные. Половая жизнь с 19 лет, в браке, от беременности не предохранялась. В анамнезе частые острые респираторные вирусные инфекции, неоднократное воспаление легких, экссудативный плеврит. ОБЪЕКТИВНО: больная астенического телосложения, рост 162 см, вес 46 кг, кожные покровы бледные, температура тела 37,2°С, пульс 78 в 1 мин, ритмичный; живот мягкий, безболезненный. БИМАНУАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: матка уменьшена в размере, ограничено подвижная, безболезненная; с обеих сторон от матки определяются образования плотной консистенции неправильной формы размером 4×6 и 5×7 см, чувствительные при пальпации; своды глубокие, свободные. Какой диагноз наиболее вероятен?

А. Опухоль Крукенберга.

Б. Болезнь поликистозных яичников (синдром Штейна—Левенталья).

В. Наружный генитальный эндометриоз.

Г. Туберкулез половых органов.

159. Пациентка 28 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на периодически возникающие боли внизу живота, больше слева. ИЗ АНАМНЕЗА: менструальная функция не нарушена. В анамнезе двое срочных родов и два медицинских аборта без осложнений. В анамнезе хронический сальпингоофорит около 15 лет, с обострениями 1–2 раза в год. При обострениях получает амбулаторное лечение. ИССЛЕДОВАНИЕ В ЗЕРКАЛАХ: влагалище свободное, слизистые бледно-розовые, шейка матки цилиндрической формы не эрозирована, наружный зев щелевидный, выделения слизистые. БИМАНУАЛЬНОЕ

ИССЛЕДОВАНИЕ: матка в anteversio-flexio, не увеличена, безболезненная; справа придатки не определяются, слева пальпируется овоидной формы образование размером 8×10 см с гладкой поверхностью, тугоэластической консистенции, подвижное, безболезненное; своды глубокие. Какой диагноз наиболее вероятен?

А. Обострение хронического сальпингоофорита с tuboовариальным образованием слева.

Б. Миома матки с подбрюшинным расположением одного из узлов.

В. Киста левого яичника.

Г. Эндометриоидная киста левого яичника.

160. Пациентка 28 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на периодически возникающие боли внизу живота, больше слева. ИЗ АНАМНЕЗА: менструальная функция не нарушена. В анамнезе двое срочных родов и два медицинских аборта без осложнений. В анамнезе хронический сальпингоофорит около 15 лет, с обострениями 1–2 раза в год. При обострениях получает амбулаторное лечение.

ИССЛЕДОВАНИЕ В ЗЕРКАЛАХ: влагалище свободное, слизистые бледно-розовые, шейка матки цилиндрической формы не эрозирована, наружный зев щелевидный, выделения слизистые. БИМАНУАЛЬНОЕ

ИССЛЕДОВАНИЕ: матка в anteversio-flexio, не увеличена, безболезненная; справа придатки не определяются, слева пальпируется овоидной формы образование размером 8×10 см с гладкой поверхностью, тугоэластической консистенции, подвижное, безболезненное; своды глубокие. Какова тактика ведения больной на данном этапе?

А. Плановая госпитализация больной для хирургического лечения

Б. Поставить больную на диспансерный учет, рекомендовать повторный осмотр через 1 месяц.

В. Провести курс антибактериальной терапии, в случае отсутствия эффекта — госпитализация.

Г. Экстренно госпитализировать больную для выполнения оперативного вмешательства.

161. Пациентка 24 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли в области наружных половых органов, повышение температуры тела до 37,8 °С, в течение 3 дней. ИЗ АНАМНЕЗА: менструальная функция не нарушена. В анамнезе 1 роды, 1 медицинский аборт. Гинекологические заболевания отрицает. ОБЪЕКТИВНО: общее состояние удовлетворительное, пульс 84 в минуту, АД 110/70 мм. рт. ст. При осмотре в области левой большой половой губы определяется опухолевидное образование размером 3,0×3,5 см, кожа над ним гиперемирована. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: влагалище без особенностей, шейка матки чистая, наружный зев щелевидный, матка в антефлексии, не увеличена, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются. Какой диагноз наиболее вероятен?

А. Вульвовагинит.

Б. Бартолинит.

В. Эндометрит.

Г. Острый сальпингоофорит.

162. Пациентка 24 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли в области наружных половых органов, повышение температуры тела до 37,8 °С, в течение 3 дней. ИЗ АНАМНЕЗА: менструальная функция не нарушена. В анамнезе 1 роды, 1 медицинский аборт. Гинекологические заболевания отрицает. ОБЪЕКТИВНО: общее состояние удовлетворительное, пульс 84 в минуту, АД 110/70 мм. рт. ст. При осмотре в области левой большой половой губы определяется опухолевидное образование размером 3,0×3,5 см, кожа над ним гиперемирована. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: влагалище без особенностей, шейка матки чистая, наружный зев щелевидный, матка в антефлексии,

не увеличена, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются. Определите врачебную тактику и объем оперативного вмешательства?

А. Хирургическое лечение.

Б. Экстренное чревосечение.

В. Лечебно-диагностическая лапароскопия.

Г. Антибактериальная терапия с учетом чувствительности возбудителя, симптоматическое лечение.

163. Определите врачебную тактику в случае образования абсцесса бартолиновой железы?

А. Продолжить антибактериальную терапию.

Б. Вскрытие абсцесса с формированием искусственного протока.

В. Промывание влагалища раствором трав.

Г. Обследование полового партнера.

164. Пациентка 26 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли в области наружных половых органов, повышение температуры тела до 38,0 °С, в течение 4 дней. В течение последних суток состояние резко ухудшилось, температура тела повысилась до 39,0 °С, боли в области наружных половых органов усилились, стали резкими, пульсирующими. ИЗ АНАМНЕЗА: Менструальная функция не нарушена. В анамнезе 1 роды. Гинекологические заболевания отрицает. ОБЪЕКТИВНО: Общее состояние удовлетворительное, пульс 88 в минуту, АД 110/70 мм. рт. ст. При осмотре в области правой большой половой губы определяется опухолевидное образование размером 3×4 см, закрывающее вход во влагалище, кожа над ним гиперемирована, определяется флюктуация, пальпация образования резко болезненна. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: влагалище без особенностей, шейка матки чистая, наружный зев щелевидный, матка в антефлексии, не увеличена, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются. Какой диагноз наиболее вероятен?

А. Абсцесс бартолиновой железы.

Б. Бартолинит.

В. Эндометрит.

Г. Острый сальпингоофорит.

165. Пациентка 26 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли в области наружных половых органов, повышение температуры тела до 38,0 °С, в течение 4 дней. В течение последних суток состояние резко ухудшилось, температура тела повысилась до 39,0 °С, боли в области наружных половых органов усилились, стали резкими, пульсирующими. ИЗ АНАМНЕЗА: Менструальная функция не нарушена. В анамнезе 1 роды. Гинекологические заболевания отрицает. ОБЪЕКТИВНО: Общее состояние удовлетворительное, пульс 88 в минуту, АД 110/70 мм. рт. ст. При осмотре в области правой большой половой губы определяется опухолевидное образование размером 3×4 см, закрывающее вход во влагалище, кожа над ним гиперемирована, определяется флюктуация, пальпация образования резко болезненна. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: влагалище без особенностей, шейка матки чистая, наружный зев щелевидный, матка в антефлексии, не увеличена, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются. Определите врачебную тактику и объем оперативного вмешательства у данной пациентки?

А. Хирургическое лечение-вскрытие абсцесса, формирование абсцесса с формированием искусственного протока.

Б. Экстренное чревосечение.

В. Лечебно-диагностическая лапароскопия.

Г. Антибактериальная терапия с учетом чувствительности возбудителя, симптоматическое лечение.

166. Определите врачебную тактику в послеоперационном периоде после вскрытия абсцесса бартолиновой железы ?

А. Лечение не требуется.

Б. Обработка швов антисептиками, антибактериальная терапия.

В. Наркотические анальгетики.

Г. Спазмолитические препараты.

166. Пациентка 28 лет обратилась к гинекологу с жалобами на зуд наружных половых органов, чувство жжения при мочеиспускании. Заболела 4 дня назад. Неделю назад перенесла ангину, в течение 7 дней получала антибактериальную терапию амоксициллином. ИЗ АНАМНЕЗА: гинекологические заболевания отрицает. Соматически здорова. ОБЪЕКТИВНО: общее состояние удовлетворительное. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: шейка матки и стенки влагалища гиперемированы, покрыты белым творожистым налетом, которые легко снимаются пинцетом. Матка не увеличена, безболезненная при пальпации, придатки с обеих сторон не определяются. ПРИ КОЛЬПОСКОПИИ: на стенках влагалища определяются мелкоочечные вкрапления в виде «манной крупы» с выраженным сосудистым рисунком. Какой диагноз наиболее вероятен?

А. Гонорея.

Б. Трихомониаз.

В. Неспецифический вульвовагинит.

Г. Кандидозный вульвовагинит.

167. Пациентка 28 лет обратилась к гинекологу с жалобами на зуд наружных половых органов, чувство жжения при мочеиспускании. Заболела 4 дня назад. Неделю назад перенесла ангину, в течение 7 дней получала антибактериальную терапию амоксициллином. ИЗ АНАМНЕЗА: гинекологические заболевания отрицает. Соматически здорова. ОБЪЕКТИВНО: общее состояние удовлетворительное. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: шейка матки и стенки влагалища гиперемированы, покрыты белым творожистым налетом, которые легко снимаются пинцетом. Матка не увеличена, безболезненная при пальпации, придатки с обеих сторон не определяются. ПРИ КОЛЬПОСКОПИИ: на стенках влагалища определяются мелкоочечные вкрапления в виде «манной крупы» с выраженным сосудистым рисунком. Какое дополнительное обследование целесообразно провести у данной пациентки?

А. УЗИ внутренних половых органов. Кольпоскопия, Аминовы тест.

Б. Гистологическое исследование. Кольпоскопия, Аминовы тест.

В. Кольпоскопия, Аминовы тест.

Г. Бактериоскопическое, бактериологическое исследование, исследование микробиоценоза кишечника, обследование на ИППП, гликемический профиль.

168. Пациентка 28 лет обратилась к гинекологу с жалобами на зуд наружных половых органов, чувство жжения при мочеиспускании. Заболела 4 дня назад. Неделю назад перенесла ангину, в течение 7 дней получала антибактериальную терапию амоксициллином. ИЗ АНАМНЕЗА: гинекологические заболевания отрицает. Соматически здорова. ОБЪЕКТИВНО: общее состояние удовлетворительное. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: шейка матки и стенки влагалища гиперемированы, покрыты белым творожистым налетом, которые легко снимаются пинцетом. Матка не увеличена, безболезненная при пальпации, придатки с обеих сторон не определяются. ПРИ КОЛЬПОСКОПИИ: на стенках влагалища определяются мелкоочечные вкрапления в

виде «манной крупы» с выраженным сосудистым рисунком. Какие препараты не целесообразно назначить пациентке:

А. Клотримазол.

Б. Тержинал.

В. Гино-форт.

Г. Офлоксацин.

169. Больная 28 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на обильные пенистые выделения из половых путей, зуд и жжение во влагалище, частые позывы на мочеиспускание. Заболела 1 неделю назад. ИЗ АНАМНЕЗА: половая жизнь с 17 лет, вне брака. Соматически здорова. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: слизистая оболочка вульвы, влагалища и шейка матки гиперемированы, отечны, с точечными кровоизлияниями. Выделения из половых путей обильные, пенистые, серо-желтого цвета. Матка не увеличена, безболезненная при пальпации, придатки с обеих сторон не определяются. Какой диагноз наиболее вероятен?

А. Острый трихомониаз.

Б. Кандидозный вульвовагинит.

В. Хламидийный цервицит.

Г. Бактериальный вагиноз

170. Больная 28 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на обильные пенистые выделения из половых путей, зуд и жжение во влагалище, частые позывы на мочеиспускание. Заболела 1 неделю назад. ИЗ АНАМНЕЗА: половая жизнь с 17 лет, вне брака. Соматически здорова. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: слизистая оболочка вульвы, влагалища и шейка матки гиперемированы, отечны, с точечными кровоизлияниями. Выделения из половых путей обильные, пенистые, серо-желтого цвета. Матка не увеличена, безболезненная при пальпации, придатки с обеих сторон не определяются. Какой метод диагностики возбудителя целесообразно назначить данной пациентке?

А. Бактериоскопическое исследование.

Б. Люминесцентная микроскопия.

В. Полимеразная цепная реакция.

Г. Все перечисленное выше.

171. Больная 28 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на обильные пенистые выделения из половых путей, зуд и жжение во влагалище, частые позывы на мочеиспускание. Заболела 1 неделю назад. ИЗ АНАМНЕЗА: половая жизнь с 17 лет, вне брака. Соматически здорова. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: слизистая оболочка вульвы, влагалища и шейка матки гиперемированы, отечны, с точечными кровоизлияниями. Выделения из половых путей обильные, пенистые, серо-желтого цвета. Матка не увеличена, безболезненная при пальпации, придатки с обеих сторон не определяются. Какие препараты целесообразно назначить пациентке:

А. Метронидазол.

Б. Орнидазол.

В. Тинидазол.

Г. Все перечисленное выше.

172. Больная 32 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на обильные выделения из половых путей. ИЗ АНАМНЕЗА: половая жизнь с 19 лет, в браке, для контрацепции использует комбинированные оральные контрацептивы. Соматически здорова. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: слизистая оболочка вульвы, влагалища и шейка матки бледно-розового цвета. Выделения из половых путей обильные, однородные,

с неприятным «рыбным» запахом. Матка не увеличена, безболезненная при пальпации, придатки с обеих сторон не определяются. Какой диагноз наиболее вероятен?

А. Кандидозный вульвовагинит.

Б. Атрофический кольпит.

В. Бактериальный вагиноз.

Г. Острый трихомоноз.

173. Определите диагностические критерии бактериального вагиноза?

А. Специфические вагинальные выделения.

Б. Обнаружение «ключевых» клеток во влагалищном мазке.

В. рН влагалищного отделяемого $>4,5$.

Г. Все перечисленное верно.

174. Больная 32 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на обильные выделения из половых путей. ИЗ АНАМНЕЗА: половая жизнь с 19 лет, в браке, для контрацепции использует комбинированные оральные контрацептивы. Соматически здорова. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: слизистая оболочка вульвы, влагалища и шейка матки бледно-розового цвета. Выделения из половых путей обильные, однородные, с неприятным «рыбным» запахом. Матка не увеличена, безболезненная при пальпации, придатки с обеих сторон не определяются. Какие препараты целесообразно назначить пациентке?

А. Метронидазол

Б. Амоксициллин

В. Пимафуцин

Г. Офлоксацин

175. Пациентка 27 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на отсутствие беременности в течение 3 лет в браке. ИЗ АНАМНЕЗА: менструальная функция не нарушена. В анамнезе эндоцервицит. Получала местное лечение. ИССЛЕДОВАНИЕ В ЗЕРКАЛАХ: влагалище свободное, слизистые бледно-розовые, шейка матки цилиндрической формы не эрозирована, наружный зев точечной формы, выделения слизистые. БИМАНУАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: матка в anteversio-flexio, не увеличена, безболезненная; придатки не определяются, своды глубокие. Обследована на ИППП: выявлена ДНК Ch. trachomatis. Какой из нижеперечисленных диагнозов наиболее вероятен в данном случае?

А. Хламидийная инфекция половых органов

Б. Микоплазменная инфекция

В. Трахома

Г. Трихомоноз

176. Пациентка 27 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на отсутствие беременности в течение 3 лет в браке. ИЗ АНАМНЕЗА: менструальная функция не нарушена. В анамнезе эндоцервицит. Получала местное лечение. ИССЛЕДОВАНИЕ В ЗЕРКАЛАХ: влагалище свободное, слизистые бледно-розовые, шейка матки цилиндрической формы не эрозирована, наружный зев точечной формы, выделения слизистые. БИМАНУАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: матка в anteversio-flexio, не увеличена, безболезненная; придатки не определяются, своды глубокие. Обследована на ИППП: выявлена ДНК Ch. trachomatis. Какое дополнительное обследование целесообразно провести?

А. Общий анализ мочи

Б. Обследование супруга

В. Общий анализ крови

Г. Рентгенография легких

177. Пациентка 27 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на отсутствие беременности в течение 3 лет в браке. ИЗ АНАМНЕЗА: менструальная функция не нарушена. В анамнезе эндоцервицит. Получала местное лечение. ИССЛЕДОВАНИЕ В ЗЕРКАЛАХ: влагалище свободное, слизистые бледно-розовые, шейка матки цилиндрической формы не эрозирована, наружный зев точечной формы, выделения слизистые. БИМАНУАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: матка в anteversio-flexio, не увеличена, безболезненная; придатки не определяются, своды глубокие. Обследована на ИППП: выявлена ДНК Ch. trachomatis Какой фактор бесплодия чаще всего встречается у пациенток с данной инфекцией?

- А. Эндокринное бесплодие.
- Б. Трубно-перитонеальное бесплодие.
- В. Мужское бесплодие.
- Г. Сочетание факторов бесплодия.

178. Какой из вышеперечисленных патологических процессов нельзя уточнить при помощи УЗИ органов малого таза?

- А. Аденомиоз
- Б. Овуляторная дисфункция.
- В. Миома матки.
- Г. Коагулопатия

179. Какой метод исследования наиболее информативен с целью уточнения состояния эндометрия?

- А. УЗИ.
- Б. Гистологическое исследование соскоба из полости матки.
- В. Зондирование полости матки.
- Г. Гистероскопия

180. Расширенная кольпоскопия включает в себя:

- а) пробу с КОН
- б) пробу с 9 % уксусной кислотой
- в) пробу Шиллера с раствором Люголя
- г) пробу с кломифеном

181. Наиболее частая локализация плодного яйца при эктопической беременности:

- а) трубная
- б) яичниковая
- в) брюшная
- г) шеечная

182. Наиболее часто плодное яйцо имплантируется в отделе маточной трубы:

- а) ампулярном
- б) истмическом
- в) интерстициальном (интрамуральном)
- г) во всех отделах трубы с одинаковой частотой

183. Для прогрессирующей трубной беременности не характерно

- а) картина «острого живота»
- б) сомнительные и вероятные признаки беременности
- в) титр β -субъединицы хорионического гонадотропина не соответствует предполагаемому сроку беременности

г) на УЗИ органов малого таза между маткой и яичником может визуализироваться гетерогенное по эхоструктуре образование с нечеткими контурами или плодное яйцо с эмбрионом

184. При осмотре в зеркалах и гинекологическом исследовании для трубного аборта не характерно:

- а) цианоз слизистой оболочки влагалища и шейки матки, темные скудные кровяные выделения из цервикального канала;
- б) шейка матки размягчена, цервикальный канал сомкнут, тракции за шейку болезненны;
- в) тело матки размягчено, увеличено согласно сроку беременности;
- г) тело матки размягчено, меньше, чем должно быть в соответствии со сроком задержки менструации;

185. Абсолютным ультразвуковым признаком эктопической беременности является:

- а) обнаружение плодного яйца с эмбрионом рядом с телом матки
- б) М-эхо утолщено (без плодного яйца)
- в) визуализируется скопление жидкости в позадиматочном пространстве (кровь)
- г) гетерогенное по эхоструктуре образование с нечеткими контурами в проекции придатков матки

186. Прогрессирующая трубная беременность может быть достоверно диагностирована с помощью:

- а) пункции заднего свода влагалища
- б) лапароскопии
- в) выскабливания полости матки
- г) метросальпингографии

187. При прогрессирующей трубной беременности показано:

- а) консервативное противовоспалительное лечение
- б) оперативное лечение
- в) гемотрансфузия
- г) физиотерапия

188. Для прервавшейся трубной беременности не характерно:

- а) на фоне полного благополучия появляется резкая, внезапная боль внизу живота (чаще на стороне «беременной» трубы);
- б) боль иррадирует в прямую кишку, правую ключицу (френикус симптом);
- в) появляются обильные кровянистые выделения из половых путей
- г) симптомы геморрагического шока при большой кровопотере

189. При двуручном гинекологическом исследовании для прервавшейся трубной беременности не характерно:

- а) шейка матки размягчена, тракции за шейку матки резко болезненны (симптом «крик Дугласа»)
- б) тело матки чрезмерно подвижно (симптом «плавающей матки»), размягчено, увеличено, не соответствует сроку беременности по задержке менструации
- в) в области придатков пальпируется болезненное образование с четкими контурами
- г) выраженная болезненность области придатков матки со стороны поражения или образование без четких контуров, болезненное при пальпации

190. Дифференциальную диагностику прервавшейся трубной беременности проводят с:

- а) апоплексией яичников
- б) острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости
- в) прерывающейся маточной беременностью

г) все верно

191. Какой из нижеперечисленных операций нецелесообразны при трубной беременности :

- а) удаления маточной трубы (тубэктомия)
- б) выдавливания плодного яйца «milking» (при его локализации в ампулярном отделе)
- в) гистерэктомии с трубами
- г) резекции сегмента маточной трубы

192. Во время операции по поводу прервавшейся трубной беременности с массивным кровотечением не проводят:

- а) инфузионную терапию кристаллоидами и коллоидными растворами для возмещения ОЦК;
- б) трансфузию компонентов донорской крови;
- в) аппаратную реинфузию собственной крови;
- г) переливание цельной крови;

193. Для применения медикаментозного лечения при трубной беременности необходимы условия:

- а) обнаружение внематочной локализации плодного яйца при УЗИ
- б) стабильность гемодинамических показателей пациентки, отсутствие клинических признаков прерывания беременности
- в) отсутствие противопоказаний к применению метотрексата
- г) все верно

194. Определите назначения, которые нецелесообразны для реабилитации после операции по поводу трубной беременности:

- а) антибактериальной терапии, препаратов железа для лечения анемии
- б) введение в полость матки ВМК с контрацептивной целью
- в) физиотерапевтических процедур (уменьшают возможность образования спаек в малом тазу)
- г) комбинированных оральных контрацептивов в течение 6 месяцев

195. Возможным источником кровотечения из яичника при его апоплексии является:

- а) фолликул
- б) желтое тело
- в) фолликулярная киста яичника;
- г) все перечисленное.

196. Укажите на нехарактерный для апоплексии яичника признак:

- а) боли внизу живота, возникающих на фоне полного благополучия
- б) отсутствия наружного кровотечения
- в) отрицательных биологических реакций на беременность
- г) резко выраженного нарастания числа лейкоцитов в крови

197. Клиническая картина при апоплексии яичника зависит от:

- а) характера кровотечения, от выраженности болевого синдрома
- б) причины апоплексии
- в) наличия сопутствующих заболеваний
- г) возраста больной

198. При значительном кровотечении в брюшную полость у пациентки с апоплексией яичника показано:

- а) коагуляция места разрыва, резекция яичника, ушивание разрыва яичника
- б) консервативная гемостатическая терапия
- в) наблюдение дежурного врача за динамикой симптомов, по показаниям гемотрансфузия
- г) консервативная терапия: покой, холод на низ живота, общеукрепляющая терапия

в) окончательно определяют объем оперативного вмешательства после визуального осмотра макропрепарата или после срочного гистологического исследования

г) всегда проводят аднексэктомию

207. Факторы риска перфорации матки при выскабливании:

а) в анамнезе множественные аборты

б) эндометрит, пузырьный занос

в) опухоли, рубцы на матке

г) все перечисленные факторы

208. При перфорации матки необходимо обязательно произвести лапаротомию, если:

а) перфорация матки произведена зондом

б) состояние больной удовлетворительное

в) признаки кровотечения в брюшную полость не выражены, нет симптомов раздражения брюшины

г) все неверно

209. Какая тактика врача нецелесообразна при перфорации передней стенки матки зондом:

а) надвлагалищной ампутации матки

б) ушивания перфорационного отверстия

в) ревизии органов малого таза

г) ревизии кишечника, прилежащего к матке

210. Пациентка 25 лет доставлена в стационар с жалобами на острые боли внизу живота, больше справа, которые возникли внезапно при подъеме с постели, тошноту и однократную рвоту. Менструальная функция не нарушена, задержки менструации не отмечает. Готовилась на лапароскопическую операцию по поводу кисты правого яичника, диагностированной

3 месяца назад при УЗИ. ОБЪЕКТИВНО: живот умеренно вздут, резко болезненный в правой

подвздошной области, симптом Щеткина—Блюмберга положительный. Пульс 90 ударов в 1 минуту, температура тела 37,2 °С. ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ:

влагалище, шейка матки без особенностей, тело матки плотное, не увеличено, подвижное, безболезненное. Справа от матки в области придатков определяется округлое образование, тугоэластической консистенции, резко болезненное при исследовании, ограниченно подвижное, размерами до 6 см в диаметре. Слева придатки не определяются, своды свободны, выделения слизистые. Какой диагноз наиболее вероятен?

А. Кишечная непроходимость.

Б. Почечная колика.

В. Апоплексия яичника.

Г. Перекрут ножки опухоли яичника.

211. Пациентка 25 лет доставлена в стационар с жалобами на острые боли внизу живота, больше справа, которые возникли внезапно при подъеме с постели, тошноту и однократную рвоту. Менструальная функция не нарушена, задержки менструации не отмечает. Готовилась на лапароскопическую операцию по поводу кисты правого яичника, диагностированной

3 месяца назад при УЗИ. ОБЪЕКТИВНО: живот умеренно вздут, резко болезненный в правой

подвздошной области, симптом Щеткина—Блюмберга положительный. Пульс 90 ударов в 1 минуту, температура тела 37,2 °С. ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ:

влагалище, шейка матки без особенностей, тело матки плотное, не увеличено, подвижное, безболезненное. Справа от матки в области придатков определяется округлое образование,

тугоэластической консистенции, резко болезненное при исследовании, ограниченно подвижное, размерами до 6 см в диаметре. Слева придатки не определяются, своды свободны, выделения слизистые. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?

А. Рентгенотелевизионную гистеросальпингографию.

Б. Экскреторную урографию.

В. Трансвагинальную эхографию, лапароскопию.

Г. Пункцию брюшной полости через задний свод влагалища.

212. Пациентка 25 лет доставлена в стационар с жалобами на острые боли внизу живота, больше справа, которые возникли внезапно при подъеме с постели, тошноту и однократную рвоту. Менструальная функция не нарушена, задержки менструации не отмечает. Готовилась на лапароскопическую операцию по поводу кисты правого яичника, диагностированной

3 месяца назад при УЗИ. ОБЪЕКТИВНО: живот умеренно вздут, резко болезненный в правой

подвздошной области, симптом Щеткина—Блюмберга положительный. Пульс 90 ударов в 1 минуту, температура тела 37,2 °С. ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ:

влагалище, шейка матки без особенностей, тело матки плотное, не увеличено, подвижное, безболезненное. Справа от матки в области придатков определяется округлое образование, тугоэластической консистенции, резко болезненное при исследовании, ограниченно подвижное, размерами до 6 см в диаметре. Слева придатки не определяются, своды свободны, выделения слизистые. Какова наиболее рациональная тактика лечения больной?

А. Экстренное оперативное лечение. Правосторонняя аднексэктомия.

Б. Экстренное оперативное лечение. Объем оперативного вмешательства определяют после визуального осмотра макропрепарата.

В. Экстренное оперативное лечение, резекция правого яичника.

Г. Холод на живот, антибактериальная, инфузионная, спазмолитическая терапия.

Лапаротомия в плановом порядке в случае отсутствия эффекта от консервативной терапии.

213. Пациентка 24 лет доставлена в стационар бригадой скорой помощи в связи с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, обильные, со сгустками кровянистые выделения из половых путей, слабость. ОБЪЕКТИВНО: АД 100/60 мм рт. ст., пульс 90 в 1 минуту, температура тела 37 °С. Последняя нормальная менструация 2 месяца назад. ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: шейка матки не эрозирована, цианотична, симптом «зрачка» отрицательный, наружный зев пропускает палец. Матка увеличена до 6 недель беременности, безболезненная.

Придатки с обеих сторон не определяются. Своды глубокие, безболезненные.

Какой диагноз наиболее вероятен?

А. Аномальное маточное кровотечение, овуляторная дисфункция

Б. Нарушенная внематочная беременность

В. Беременность 8 недель, неполный аборт

Г. Миома матки

214. Пациентка 24 лет доставлена в стационар бригадой скорой помощи в связи с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, обильные, со сгустками кровянистые выделения из половых путей, слабость. ОБЪЕКТИВНО: АД 100/60 мм рт. ст., пульс 90 в 1 минуту, температура тела 37 °С. Последняя нормальная менструация 2 месяца назад. ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: шейка матки не эрозирована, цианотична, симптом «зрачка» отрицательный, наружный зев пропускает палец. Матка увеличена до 6 недель беременности, безболезненная.

Придатки с обеих сторон не определяются. Своды глубокие, безболезненные. Выберите оптимальный объем неотложной медицинской помощи?

- А. Экстренная лапаротомия, тубэктомия, инфузионно-трансфузионная терапия.
- Б. Гормональный гемостаз эстроген-гестагенными препаратами, инфузионно-трансфузионная и утеротоническая терапия.
- В. Экстренное чревосечение, надвлагалищная ампутация матки, гемотрансфузия.
- Г. Инструментальное удаление остатков плодного яйца на фоне комплексной гемостатической терапии, лечение геморрагического шока и постгеморрагической анемии.

215. Пациентка 20 лет предъявляет жалобы на задержку очередной менструации на 10 дней. Нарушение менструальной функции отмечает впервые. Половая жизнь регулярная, от беременности не предохраняется. ОБЪЕКТИВНО: состояние удовлетворительное, живот мягкий, безболезненный, АД 120/80 мм рт. ст., пульс 72 в 1 минуту. ПРИ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ ЭХОГРАФИИ: заподозрена прогрессирующая трубная беременность. Какова оптимальная тактика ведения пациентки на данном этапе?

- А. Экстренно госпитализировать больную для уточнения диагноза и решения вопроса о тактике лечения.
- Б. Выдать больничный лист и направить больную для определения титра ХГ в крови или моче. Рекомендовать повторно явиться в женскую консультацию после получения результатов исследования.
- В. Рекомендовать повторно явиться через неделю для контрольного УЗИ.
- Г. Произвести пункцию брюшной полости через задний свод влагалища. В случае отсутствия пунктата выдать больничный лист и рекомендовать повторную явку в женскую консультацию через 5 дней.

216. Пациентка 20 лет предъявляет жалобы на задержку очередной менструации на 10 дней. Нарушение менструальной функции отмечает впервые. Половая жизнь регулярная, от беременности не предохраняется. ОБЪЕКТИВНО: состояние удовлетворительное, живот мягкий, безболезненный, АД 120/80 мм рт. ст., пульс 72 в 1 минуту. ПРИ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ ЭХОГРАФИИ: заподозрена прогрессирующая трубная беременность. Какова оптимальная тактика врача в условиях стационара?

- А. Лечебно-диагностическая лапароскопия.
- Б. Экстренная лапаротомия.
- В. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища под контролем УЗ-датчика.
- Г. Гистероскопия с последующим исследованием соскоба эндометрия.

217. Пациентка 20 лет предъявляет жалобы на задержку очередной менструации на 10 дней. Нарушение менструальной функции отмечает впервые. Половая жизнь регулярная, от беременности не предохраняется. ОБЪЕКТИВНО: состояние удовлетворительное, живот мягкий, безболезненный, АД 120/80 мм рт. ст., пульс 72 в 1 минуту. ПРИ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ ЭХОГРАФИИ: заподозрена прогрессирующая трубная беременность. Какая операция не показана больной?

- А. Удаление маточной трубы (тубэктомия).
- Б. выдавливание плодного яйца «milking» (при его локализации в ампулярном отделе).
- В. Гистерэктомия с трубами.
- Г. Туботомия — разрез маточной трубы в месте расположения плодного яйца с последующим его удалением (при небольших размерах плодного яйца).

218. Пациентка 26 лет доставлена в стационар бригадой скорой помощи с жалобами на резкие боли схваткообразного характера больше в правой подвздошной области, иррадиирующие в правое плечо, рвоту, головокружение, обморок. Последняя нормальная

менструация 2 месяца назад, от беременности не предохраняется. В анамнезе хронический двусторонний

сальпингоофорит, тубэктомия слева по поводу трубной беременности. ОБЪЕКТИВНО: кожные покровы бледные, пульс 108 в 1 минуту, АД 90/60 мм рт. ст., температура тела 37 °С. Живот вздут, болезненный при пальпации, особенно в правой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины слабоположительные, при перкуссии отмечается притупление перкуторного звука в отлогих местах живота. ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: матка несколько увеличена в размерах, размягчена, «плавающая», болезненная при смещении. В области правых придатков пальпируется мягкоэластической консистенции болезненное образование 5×4 см, левые придатки не определяются, смещения шейки матки резко болезненные, задний свод влагалища нависает, выделения из половых путей темно-коричневые скудные. ПРИ УЗИ — большое количество свободной жидкости в брюшной полости. Какой диагноз наиболее вероятен?

- А. Аномальное маточное кровотечение, овуляторная дисфункция.
- Б. Нарушенная правосторонняя трубная беременность. Геморрагический шок.
- В. Острый правосторонний сальпингоофорит, пельвиоперитонит.
- Г. Аномальное маточное кровотечение, миома матки.

219. Пациентка 26 лет доставлена в стационар бригадой скорой помощи с жалобами на резкие боли схваткообразного характера больше в правой подвздошной области, иррадиирующие в правое плечо, рвоту, головокружение, обморок. Последняя нормальная менструация 2 месяца назад, от беременности не предохраняется. В анамнезе хронический двусторонний

сальпингоофорит, тубэктомия слева по поводу трубной беременности. ОБЪЕКТИВНО: кожные покровы бледные, пульс 108 в 1 минуту, АД 90/60 мм рт. ст., температура тела 37 °С. Живот вздут, болезненный при пальпации, особенно в правой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины слабоположительные, при перкуссии отмечается притупление перкуторного звука в отлогих местах живота. ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: матка несколько увеличена в размерах, размягчена, «плавающая», болезненная при смещении. В области правых придатков пальпируется мягкоэластической консистенции болезненное образование 5×4 см, левые придатки не определяются, смещения шейки матки резко болезненные, задний свод влагалища нависает, выделения из половых путей темно-коричневые скудные. ПРИ УЗИ — большое количество свободной жидкости в брюшной полости. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?

- А. Трансвагинальную эхографию.
- Б. ОАК, коагулограмма, группа крови и резус-принадлежность, пункцию брюшной полости через задний свод влагалища.
- В. ОАК, коагулограмма, группа крови и резус-принадлежность.
- Г. Для постановки диагноза достаточно клинических данных.

220. Пациентка 26 лет доставлена в стационар бригадой скорой помощи с жалобами на резкие боли схваткообразного характера больше в правой подвздошной области, иррадиирующие в правое плечо, рвоту, головокружение, обморок. Последняя нормальная менструация 2 месяца назад, от беременности не предохраняется. В анамнезе хронический двусторонний

сальпингоофорит, тубэктомия слева по поводу трубной беременности. ОБЪЕКТИВНО: кожные покровы бледные, пульс 108 в 1 минуту, АД 90/60 мм рт. ст., температура тела 37 °С. Живот вздут, болезненный при пальпации, особенно в правой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины слабоположительные, при перкуссии отмечается

притупление перкуторного звука в отлогих местах живота. ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: матка несколько увеличена в размерах, размягчена, «плавающая», болезненная при смещении. В области правых придатков пальпируется мягкоэластической консистенции болезненное образование 5×4 см, левые придатки не определяются, смещения шейки матки резко болезненные, задний свод влагалища нависает, выделения из половых путей темно-коричневые скудные. ПРИ УЗИ — большое количество свободной жидкости в брюшной полости. Какова наиболее рациональная тактика лечения больной?

- А. Экстренное оперативное лечение.
- Б. Динамическое наблюдение.
- В. Консервативная гемостатическая терапия.
- Г. Раздельное диагностическое выскабливание.

221. У повторнобеременной пациентки при выполнении медицинского аборта хирургическим путем на сроке беременности 9 недель кюретка ушла за пределы полости матки в области ее дна.

ОБЪЕКТИВНО: кожные покровы розовые, пульс 86 в минуту, удовлетворительных свойств, ритмичный, АД 110/70 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий во всех отделах. Пациентка находится под общим наркозом. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?

- А. Лапароскопия.
- Б. Кульдоцентез.
- В. Зондирование полости матки.
- Г. Сонография.

222. У повторнобеременной пациентки при выполнении медицинского аборта хирургическим путем на сроке беременности 9 недель кюретка ушла за пределы полости матки в области ее дна.

ОБЪЕКТИВНО: кожные покровы розовые, пульс 86 в минуту, удовлетворительных свойств, ритмичный, АД 110/70 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий во всех отделах. Пациентка находится под общим наркозом. Какова наиболее рациональная тактика лечения больной?

- А. Опорожнение матки через перфорационное отверстие во время лапароскопии.
- Б. Ушивание перфорационного отверстия.
- В. Ревизия органов малого таза, ревизия кишечника, прилежащего к матке.
- Г. Верно А, Б, В.
- Д. Проводить консервативное лечение под динамическим наблюдением за пациенткой.

223. Какие пациентки относятся к группе высокого риска по развитию перфорации матки при выполнении медицинского аборта?

- А. С множественными абортами и родами в анамнезе
- Б. С хроническим эндометритом
- В. С оперированной маткой
- Г. Все верно

224. Пациентке 27 лет произведена лапароскопия. ИНТРАОПЕРАЦИОННО ОБНАРУЖЕНО: в брюшной полости около 400 мл темной крови со сгустками. Органы брюшной полости визуально не изменены. Тело матки в срединном положении не увеличено, серозный покров розовый. Левые придатки визуально не изменены. Правый яичник увеличен — 6×7 см за счет образования желтого цвета 5 см с сосудистым рисунком на поверхности и линейным разрывом до 3 см, из которого подтекает алая кровь. Какой диагноз наиболее вероятен?

определяется опухолевидное образование багрово-цианотичной окраски до 7 см в диаметре без признаков некроза с частичным перекрутом ножки опухоли. Какова наиболее рациональная тактика лечения больной?

- А. Раскручивание ножки опухоли, удаление кисты яичника с экспресс-биопсией
- Б. Удаление правых придатков матки
- В. Удаление правого яичника
- Г. Удаление правой маточной трубы

230. В гинекологическое отделение доставлена пациентка 45 лет с жалобами на резкие схваткообразные боли внизу живота и обильные кровянистые выделения из половых путей.

ИЗ АНАМНЕЗА: состоит на диспансерном наблюдении у гинеколога по поводу миомы матки в течение 5 лет. Менструации последний год обильные, длительные, со сгустками.

От беременности предохраняется с помощью барьерных методов. ОБЪЕКТИВНО:

состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные Пульс 110 в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, живот

мягкий, чувствительный при пальпации в гипогастральной области. Стул, мочеиспускание

не нарушены. ПРИ ОСМОТРЕ В ЗЕРКАЛАХ: визуализируется нижний полюс объемного образования багровой окраски, исходящего из цервикального канала. ПРИ

БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: шейка матки резко укорочена, цервикальный канал приоткрыт, в нем пальпируется нижний полюс объемного образования плотноватой консистенции, уходящего в полость матки. Тело матки увеличено до 6–7 недель беременности, плотное, чувствительное при пальпации. Выделения кровянистые, обильные. Какой диагноз наиболее вероятен?

- А. Прерывающаяся маточная беременность малого срока
- Б. Аномальное маточное кровотечение — аденомиоз
- В. Рождающийся субмукозный миоматозный узел
- Г. Аномальное маточное кровотечение — овуляторная дисфункция

231. В гинекологическое отделение доставлена пациентка 45 лет с жалобами на резкие схваткообразные боли внизу живота и обильные кровянистые выделения из половых путей.

ИЗ АНАМНЕЗА: состоит на диспансерном наблюдении у гинеколога по поводу миомы матки в течение 5 лет. Менструации последний год обильные, длительные, со сгустками.

От беременности предохраняется с помощью барьерных методов. ОБЪЕКТИВНО:

состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные Пульс 110 в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, живот

мягкий, чувствительный при пальпации в гипогастральной области. Стул, мочеиспускание

не нарушены. ПРИ ОСМОТРЕ В ЗЕРКАЛАХ: визуализируется нижний полюс объемного образования багровой окраски, исходящего из цервикального канала. ПРИ

БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: шейка матки резко укорочена, цервикальный канал приоткрыт, в нем пальпируется нижний полюс объемного образования плотноватой консистенции, уходящего в полость матки. Тело матки увеличено до 6–7 недель беременности, плотное, чувствительное при пальпации. Выделения кровянистые, обильные. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?

- А. Лапароскопия, Сонография
- Б. Кульдоцентез, Сонография
- В. Зондирование полости матки.
- Г. Трансвагинальное УЗИ, лечебно-диагностическая гистероскопия.

232. В гинекологическое отделение доставлена пациентка 45 лет с жалобами на резкие схваткообразные боли внизу живота и обильные кровянистые выделения из половых путей.

ИЗ АНАМНЕЗА: состоит на диспансерном наблюдении у гинеколога по поводу миомы матки в течение 5 лет. Менструации последний год обильные, длительные, со сгустками. От беременности предохраняется с помощью барьерных методов. ОБЪЕКТИВНО: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные Пульс 110 в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, живот

мягкий, чувствительный при пальпации в гипогастриальной области. Стул, мочеиспускание не нарушены. ПРИ ОСМОТРЕ В ЗЕРКАЛАХ: визуализируется нижний полюс объемного образования багровой окраски, исходящего из цервикального канала. ПРИ

БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: шейка матки резко укорочена, цервикальный канал приоткрыт, в нем пальпируется нижний полюс объемного образования плотноватой консистенции, уходящего в полость матки. Тело матки увеличено до 6–7 недель беременности, плотное, чувствительное при пальпации. Выделения кровянистые, обильные. Какова наиболее рациональная тактика лечения больной?

А. Экстренное оперативное лечение — консервативная миомэктомия вагинальным доступом с гистероскопическим контролем.

Б. Надвлагалищная ампутация матки без придатков.

В. Консервативная гемостатическая терапия.

Г. Раздельное диагностическое выскабливание.

233. У пациентки 32 лет, предохраняющейся от беременности с помощью ВМК, после 20 дневной задержки менструации появились схваткообразные боли внизу живота и незначительные кровянистые выделения из половых путей. Отмечает обморочные состояния с холодным потом. Было произведено удаление ВМК, выскабливание матки, после которого кровянистые выделения из матки временно прекратились, но через день вновь появились. ОБЪЕКТИВНО: кожные покровы бледные, пульс 120 ударов в минуту. АД 100/60 мм. рт. ст. ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: наружный зев шейки матки закрыт. Матка незначительно увеличена, размягчена, ее смещение вызывает боль. Слева придатки матки без особенностей, а справа пальпируется болезненная опухоль без четких контуров. Какой диагноз наиболее вероятен?

А. Острое воспаление придатков матки с tuboовариальным образованием справа

Б. Перекрут ножки опухоли правого яичника

В. Правосторонняя трубная беременность прерывающаяся по типу трубного аборта

Г. Геморрагическая форма апоплексии яичника

234. У пациентки 32 лет, предохраняющейся от беременности с помощью ВМК, после 20 дневной задержки менструации появились схваткообразные боли внизу живота и незначительные кровянистые выделения из половых путей. Отмечает обморочные состояния с холодным потом. Было произведено удаление ВМК, выскабливание матки, после которого кровянистые выделения из матки временно прекратились, но через день вновь появились. ОБЪЕКТИВНО: кожные покровы бледные, пульс 120 ударов в минуту. АД 100/60 мм. рт. ст. ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: наружный зев шейки матки закрыт. Матка незначительно увеличена, размягчена, ее смещение вызывает боль. Слева придатки матки без особенностей, а справа пальпируется болезненная опухоль без четких контуров. Какая наиболее вероятная причина данного состояния у данной пациентки?

А. Воспалительные процессы в придатках матки

Б. Перенесенные операции на органах брюшной полости

В. Реконструктивные операции на маточных трубах.

Г. ВМК

235. У пациентки 32 лет, предохраняющейся от беременности с помощью ВМК, после 20 дневной задержки менструации появились схваткообразные боли внизу живота и незначительные кровянистые выделения из половых путей. Отмечает обморочные состояния с холодным потом. Было произведено удаление ВМК, выскабливание матки, после которого кровянистые выделения из матки временно прекратились, но через день вновь появились. ОБЪЕКТИВНО: кожные покровы бледные, пульс 120 ударов в минуту. АД 100/60 мм. рт. ст. ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: наружный зев шейки матки закрыт. Матка незначительно увеличена, размягчена, ее смещение вызывает боль. Слева придатки матки без особенностей, а справа пальпируется болезненная опухоль без четких контуров. Какая операция не показана в данной ситуации?

А. Аднексэктомия справа, санация брюшной полости

Б. Туботомия справа, санация брюшной полости

В. Тубэктомия справа, санация брюшной полости

Г. Выдавливание плодного яйца из правой трубы, санация брюшной полости

236. Пациентка 20 лет поступила в стационар с жалобами на резкие боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку, озноб, тошноту, однократную рвоту, повышение температуры тела до 38,5 °С, диарею до 3 раз в сутки. Менструальная функция не нарушена, половая жизнь нерегулярная, с частой сменой половых партнеров. В анамнезе один медицинский аборт

без осложнений. Заболела остро на 5-й день менструального цикла, когда появились указанные выше симптомы. ОБЪЕКТИВНО: общее состояние средней тяжести, пульс 110–112 в 1 минуту, АД 125/70 мм рт. ст., язык сухой, обложен белым налетом, живот умеренно вздут, резко болезненный в гипогастриальной области, где определяется положительный симптом Щеткина—Блюмберга. ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: шейка матки с явлениями эндоцервицита. Тело матки и придатки пальпировать не удается из-за резкого напряжения мышц передней брюшной стенки, задний свод влагалища нависает, резко болезненный. Какой диагноз наиболее вероятен?

А. Острый пельвиоперитонит, абсцесс дугласова пространства.

Б. Перекрут ножки опухоли правого яичника.

В. Правосторонняя трубная беременность прерывающаяся по типу трубного аборта.

Г. Острый аппендицит.

237. Пациентка 20 лет поступила в стационар с жалобами на резкие боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку, озноб, тошноту, однократную рвоту, повышение температуры тела до 38,5 °С, диарею до 3 раз в сутки. Менструальная функция не нарушена, половая жизнь нерегулярная, с частой сменой половых партнеров. В анамнезе один медицинский аборт

без осложнений. Заболела остро на 5-й день менструального цикла, когда появились указанные выше симптомы. ОБЪЕКТИВНО: общее состояние средней тяжести, пульс 110–112 в 1 минуту, АД 125/70 мм рт. ст., язык сухой, обложен белым налетом, живот умеренно вздут, резко болезненный в гипогастриальной области, где определяется положительный симптом Щеткина—Блюмберга. ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: шейка матки с явлениями эндоцервицита. Тело матки и придатки пальпировать не удается из-за резкого напряжения мышц передней брюшной стенки, задний свод влагалища нависает, резко

болезненный. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?

- А. Лапароскопия.
- Б. Кульдоцентез.
- В. Зондирование полости матки.
- Г. Сонография.

238. Пациентка 20 лет поступила в стационар с жалобами на резкие боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку, озноб, тошноту, однократную рвоту, повышение температуры тела до 38,5 °С, диарею до 3 раз в сутки. Менструальная функция не нарушена, половая жизнь нерегулярная, с частой сменой половых партнеров. В анамнезе один медицинский аборт без осложнений. Заболела остро на 5-й день менструального цикла, когда появились указанные выше симптомы. ОБЪЕКТИВНО: общее состояние средней тяжести, пульс 110–112 в 1 минуту, АД 125/70 мм рт. ст., язык сухой, обложен белым налетом, живот умеренно вздут, резко болезненный в гипогастриальной области, где определяется положительный симптом Щеткина—Блюмберга. ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: шейка матки с явлениями эндоцервицита. Тело матки и придатки пальпировать не удается из-за резкого напряжения мышц передней брюшной стенки, задний свод влагалища нависает, резко болезненный. Какова наиболее рациональная тактика лечения больной?

- А. Антибиотикотерапия, Иммунокорректирующее лечение
- Б. Инфузионная дезинтоксикационная терапия.
- В. Нестероидные противовоспалительные препараты.
- Г. Все верно

239. При помощи гистерорезектоскопии производится:

- а) резекция яичника
- б) абляция эндометрия
- в) забор асцитической жидкости
- г) сальпингоовариолизис

240. Лапароскопия позволяет диагностировать:

- а) субсерозную миому матки
- б) врожденную дисфункцию коры надпочечников
- в) субмукозную миому матки
- г) синдром Ашермана

241. Укажите какая операция не производится при помощи лапароскопии:

- а) резекции яичника
- б) абляции эндометрия
- в) тотальной гистерэктомии
- г) сальпингоовариолизиса

242. Укажите какая операция не производится при помощи лапароскопии:

- а) резекции яичника
- б) абляции эндометрия
- в) тотальной гистерэктомии
- г) сальпингоовариолизиса

243. Какую патологию не позволяет диагностировать Метросальпингография:

- а) аденомиоза
- б) субмукозной миомы матки
- в) параовариальной кисты яичника
- г) трубно-перитонеального бесплодия

244. Гистероскопия позволяет диагностировать:

- а) субсерозную миому матки
- б) субмукозную миому матки
- в) трубно-перитониальное бесплодие
- г) синдром Штейна—Левинтала

245. Пациентка 43 лет поступила в гинекологический стационар с жалобами на обильные, длительные менструации, учащенное мочеиспускание. ИЗ АНАМНЕЗА: двое родов, последний год беспокоят обильные менструации. Состоит на диспансерном учете по миоме матки 2 года.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: шейка матки гипертрофирована, деформирована; тело матки увеличено до 12 недель беременности, плотное, безболезненное, придатки с обеих сторон не изменены; выделения слизистые. Какой диагноз наиболее вероятен? Какой метод лечения необходимо выбрать для данной пациентки?

А. Миома матки с интерстициальным ростом узлов. Лапаротомия, экстирпация матки без придатков после медикаментозной предоперационной подготовки

Б. Миома матки с субсерозным ростом узлов. А-ГнРГ на 3 месяца

В. Миома матки с субмукозным ростом узлов. Гистерорезектоскопия

Г. Миома матки с шеечным ростом узлов. Лапаротомия, консервативная миомэктомия.

246. Пациентка 58 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на кровянистые выделения из половых путей. ИЗ АНАМНЕЗА: менопауза 5 лет. Из соматической патологии АГ, хронический гастрит. ОБЪЕКТИВНО: масса тела 92 кг, рост 150 см, АД 150/90 мм рт. ст.

СПЕЦИАЛЬНОЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: наружные половые органы и влагалище с явлениями возрастной инволюции; слизистая оболочка влагалища легко ранима; шейка матки не эрозирована, симптом «зрачка» отрицательный. Из канала шейки матки скудные кровянистые выделения; матка увеличена до 15 недель беременности, ограничено подвижна, опухолевидно изменена, плотная. Придатки не определяются; параметрии свободны. Предварительный диагноз- Саркома матки. Какой метод исследования имеет первоочередное значение для установки диагноза? Какой метод лечения необходимо выбрать для данной пациентки?

А. Гистологический. Лапаротомия, экстирпация матки с придатками.

Б. Цитологический. Лапаротомия, консервативная миомэктомия.

В. КТ. Лапаротомия, экстирпация матки без придатков после медикаментозной предоперационной подготовки

Г. Определение онкомаркеров. А-ГнРГ на 3 месяца

247. Пациентка 40 лет обратилась в женскую консультацию для профосмотра. Жалоб не предъявляет. АНАМНЕЗ: двое срочных родов, три медицинских аборта без осложнений. ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: шейка матки цилиндрической формы, тело матки опухолевидно изменено, плотное, бугристое, увеличено до 13–14 недель беременности. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Своды глубокие, свободные. Данные УЗИ: Миома матки с интерстициальным ростом узлов. Какой метод лечения необходимо выбрать для данной пациентки?

А. Лапаротомия, консервативная миомэктомия Б. Лапаротомия, экстирпация матки без придатков после медикаментозной предоперационной подготовки.

В. Гистерорезектоскопия.

Г. Лапаротомия, экстирпация матки без придатков.

248. Через несколько часов после надвлагалищной ампутации матки по поводу интралигаментарной миомы справа у больной возникли и нарастают боли в правой подвздошной области, появились симптомы раздражения брюшины. При в/в введении раствора индигокармина послеоперационная наклейка окрасилась в синий цвет. При экскреторной урографии функция почек не нарушена, левый мочеточник прослеживается на всем протяжении, справа в малом тазу видно бесформенное затекание контрастного вещества. Какое осложнение возникло?

- А. Внутривнутрибрюшное кровотечение
- Б. Тромбоэмболия легочной артерии
- В. Рассечение мочеточника во время операции
- Г. Травма мочевого пузыря во время операции

249. Через несколько часов после надвлагалищной ампутации матки по поводу интралигаментарной миомы справа у больной возникли и нарастают боли в правой подвздошной области, появились симптомы раздражения брюшины. При в/в введении раствора индигокармина послеоперационная наклейка окрасилась в синий цвет. При экскреторной урографии функция почек не нарушена, левый мочеточник прослеживается на всем протяжении, справа в малом тазу видно бесформенное затекание контрастного вещества. Как следует поступить в данной ситуации?

- А. Динамическое наблюдение за состоянием больной с оценкой ОАК через 2 часа
- Б. УЗИ органов брюшной полости и почек в экстренном порядке
- В. Диагностическая лапароскопия
- Г. Релапаротомия с участием уролога

250. Через несколько часов после надвлагалищной ампутации матки по поводу интралигаментарной миомы справа у больной возникли и нарастают боли в правой подвздошной области, появились симптомы раздражения брюшины. При в/в введении раствора индигокармина послеоперационная наклейка окрасилась в синий цвет. При экскреторной урографии функция почек не нарушена, левый мочеточник прослеживается на всем протяжении, справа в малом тазу видно бесформенное затекание контрастного вещества. Какой объем оперативного лечения необходимо выполнить?

- А. Ревизия и санация брюшной полости.
- Б. Ушивание мочеточника с установкой мочеточникового катетера.
- В. Ушивание мочеточника без установки катетера.
- Г. Нефростомия.

251. Пациентка 32 лет обратилась к гинекологу с жалобами на периодически возникающие тянущие боли внизу живота, больше слева. ИЗ АНАМНЕЗА: менструальная функция не нарушена. В анамнезе 2 срочных родов и 2 медицинских аборта без осложнений. СПЕЦИАЛЬНОЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: слизистая оболочка влагалища и шейки матки без особенностей, матка отклонена кпереди, нормальных размеров, безболезненная. В области левых придатков матки пальпируется образование размером 10×15 см с гладкой поверхностью, тугоэластической консистенции, подвижное, безболезненное. Своды глубокие, выделения слизистые. Какой диагноз наиболее вероятен?

- А. Киста яичника
- Б. Субсерозная миома матки
- В. Рак яичника

Г. Гидросальпинкс

252. Пациентка 32 лет обратилась к гинекологу с жалобами на периодически возникающие тянущие боли внизу живота, больше слева. ИЗ АНАМНЕЗА: менструальная функция не нарушена. В анамнезе 2 срочных родов и 2 медицинских аборта без осложнений.

СПЕЦИАЛЬНОЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: слизистая оболочка влагалища и шейки матки без особенностей, матка отклонена кпереди, нормальных размеров, безболезненная. В области левых придатков матки пальпируется образование размером 10×15 см с гладкой поверхностью, тугоэластической консистенции, подвижное, безболезненное. Своды глубокие, выделения слизистые. Какое лечение необходимо предложить женщине?

А. Комбинированные низкодозированные контрацептивы на 3 месяца с контролем УЗИ после лечения.

Б. Противовоспалительная терапия.

В. Лапароскопия, резекция яичника со срочным гистологическим исследованием.

Г. Лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, резекция яичника со срочным гистологическим исследованием.

253. Пациентка 57 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на слабость, тянущие боли внизу живота. АНАМНЕЗ: постменопауза 8 года. В анамнезе одни роды и два аборта, хронический сальпингоофорит. ОБЪЕКТИВНО: масса тела 50 кг, рост 163 см, отмечается увеличение размеров живота, притупление перкуторного звука в боковых отделах.

ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ: матка маленькая, смещена вправо, безболезненная. Слева и кзади от тела матки пальпируется бугристое, безболезненное, малоподвижное образование плотной консистенции размером 10×13 см. Какой диагноз наиболее вероятен?

А. Киста яичника.

Б. Субсерозная миома матки.

В. Рак яичника.

Г. Гидросальпинкс.

254. Пациентка 57 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на слабость, тянущие боли внизу живота. АНАМНЕЗ: постменопауза 8 года. В анамнезе одни роды и два аборта, хронический сальпингоофорит. ОБЪЕКТИВНО: масса тела 50 кг, рост 163 см, отмечается увеличение размеров живота, притупление перкуторного звука в боковых отделах.

ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ: матка маленькая, смещена вправо, безболезненная. Слева и кзади от тела матки пальпируется бугристое, безболезненное, малоподвижное образование плотной консистенции размером 10×13 см. Какое лечение необходимо предложить женщине?

А. А-ГнРГ на 3 месяца с контролем УЗИ после лечения.

Б. Противовоспалительная терапия.

В. Лапароскопия, резекция яичника со срочным гистологическим исследованием.

Г. Лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, экстирпация матки с придатками, резекция большого сальника.

255. Пациентка 42 лет обратилась к врачу женской консультации с жалобами на слабость, головокружение, обильные длительные менструации в течение последнего года.

АНАМНЕЗ: двое срочных родов, три медицинских аборта без осложнений. Два года назад при профосмотре была обнаружена миома матки размерами до 6 недель беременности.

ОБЪЕКТИВНО: кожный покров бледно-розовый, пульс 78 ударов в 1 мин,

АД 125/80 мм рт. ст. В общем анализе крови уровень гемоглобина 87 г/л.

ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ: шейка матки гипертрофирована, тело матки соответствует 7 неделям беременности, подвижное, плотное, безболезненное.

Придатки с обеих сторон не пальпируются. Какой метод исследования имеет первоочередное значение для установки диагноза?

А. Гистероскопия.

Б. Гидросонография.

В. КТ.

Г. Метросальпингография.

256. Пациентка 42 лет обратилась к врачу женской консультации с жалобами на слабость, головокружение, обильные длительные менструации в течение последнего года.

АНАМНЕЗ: двое срочных родов, три медицинских аборта без осложнений. Два года назад при профосмотре была обнаружена миома матки размерами до 6 недель беременности.

ОБЪЕКТИВНО: кожный покров бледно-розовый, пульс 78 ударов в 1 мин,

АД 125/80 мм рт. ст. В общем анализе крови уровень гемоглобина 87 г/л.

ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ: шейка матки гипертрофирована, тело матки соответствует 7 неделям беременности, подвижное, плотное, безболезненное.

Придатки с обеих сторон не пальпируются. Какой метод лечения необходимо выбрать для данной пациентки?

А. Лапаротомия, консервативная миомэктомия

Б. Лапаротомия, экстирпация матки без придатков после медикаментозной предоперационной подготовки

В. Гистерорезектоскопическая миомэктомия

Г. Лапаротомия, экстирпация матки без придатков

257. Пациентка 48 лет поступила в терапевтическое отделение с жалобами на общую слабость, недомогание, тошноту, изжогу, боли в эпигастральной области. ИЗ АНАМНЕЗА: считает себя больной около 4 месяцев, когда впервые появились жалобы, отмечает снижение веса за этот период на 7 кг. К гинекологу последний раз обращалась год назад для профилактического

осмотра. Патологии выявлено не было. СПЕЦИАЛЬНОЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: матка

в anteflexio, не увеличена, подвижна, безболезненна. В области придатков с обеих сторон от матки обнаружены два опухолевидных образования размерами 6×7×8 и 5×6×10 см, плотные, подвижные, безболезненные. Параметральная клетчатка мягкая. Какой диагноз наиболее вероятен?

А. Эндометриоидные кисты яичников

Б. Субсерозная миома матки

В. Рак яичника

Г. Рак желудка

258. Пациентка 48 лет поступила в терапевтическое отделение с жалобами на общую слабость, недомогание, тошноту, изжогу, боли в эпигастральной области. ИЗ АНАМНЕЗА: считает себя больной около 4 месяцев, когда впервые появились жалобы, отмечает снижение веса за этот период на 7 кг. К гинекологу последний раз обращалась год назад для профилактического

осмотра. Патологии выявлено не было. СПЕЦИАЛЬНОЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: матка

в anteflexio, не увеличена, подвижна, безболезненна. В области придатков с обеих сторон от матки обнаружены два опухолевидных образования размерами 6×7×8 и 5×6×10 см,

плотные, подвижные, безболезненные. Параметральная клетчатка мягкая. Какой диагноз наиболее вероятен? Какое лечение необходимо предложить женщине?

А. Субсерозная миома матки КОК на 3 месяца с контролем УЗИ после лечения.

Б. Двусторонний гидросальпинкс. Противовоспалительная терапия.

В. Рак яичника. ЛС резекция яичника со срочным гистологическим исследованием.

Г. Рак желудка. Лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, субтотальная резекция желудка, аднексэктомия.

259. В женскую консультацию обратилась 23-летняя женщина с жалобами на обильные длительные менструации. ИЗ АНАМНЕЗА: менструации с 13 лет, установились в течение 2-х лет, менструальная функция до 21 года нарушена не была. На протяжении

последних 2-х лет отмечает удлинение менструального кровотечения до 7 дней, обильные выделения в первые 5 дней. 3 месяца назад в связи с маточным кровотечением произведено РДВ. Гистологическое исследование: простая гиперплазия эндометрия без атипии. Беременностей не было. ОБЪЕКТИВНО: правильного телосложения, АД 120/80 мм рт. ст., пульс 70 ударов в минуту.

СПЕЦИАЛЬНОЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: половые органы развиты правильно. Матка, придатки пальпаторно не изменены. УЗИ: в области правого яичника выявлено округлое образование диаметром 4 см с эхопозитивным внутренним строением и эхонегативными

включениями. При ЦДК визуализируются множественные зоны васкуляризации. Какой диагноз наиболее вероятен? Какое лечение необходимо предложить женщине?

А. Киста яичника. КОК на 3 месяца с контролем УЗИ после лечения.

Б. Гранулезоклеточная опухоль яичника. Лапароскопия, аднексэктомия справа, биопсия яичника слева.

В. Субсерозная миома матки. Лапароскопия, резекция правого яичника.

Г. Рак яичника. Лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, экстирпация матки, аднексэктомия, резекция большого сальника.

260. Пациентка 26 лет обратилась на прием гинеколога в связи с отсутствием беременности в течение 2 лет. ИЗ АНАМНЕЗА: менструации с 13 лет, регулярные через 26–28 дней.

В последние 2 месяца стали более обильными, болезненными, длительностью по 8–9 дней. Год назад на профилактическом осмотре впервые выявлена миома матки, в виде единичного узла по передней стенке матки размерами 22×32 мм. Врач разрешил планировать беременность. Беременностей не было. СПЕЦИАЛЬНОЕ

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: половые органы развиты правильно. Матка увеличена до 7–8 недель беременности, плотная подвижная безболезненная; придатки пальпаторно не изменены. УЗИ на 6 день менструального цикла: матка отклонена кпереди, размеры 76×60×80 мм, по передней стенке в области правого угла матки

определяется узел 55×50 мм с центрипитальным ростом, деформирующий полость матки. Эндометрий 7 мм, соответствует первой фазе цикла. Яичники обычной структуры, фолликулярный аппарат выражен. Жидкости в малом тазу нет. Какой диагноз наиболее вероятен? Какое лечение необходимо предложить женщине?

А. Аденомиоз. Надвлагалищная ампутация матки без придатков

Б. Субсерозная миома матки. Гистероскопия, миомэктомия.

В. Интерстициальная миома матки с геморрагическим синдромом. Экстирпация матки с придатками

Г. Интерстициально-субмукозная миома матки. Первичное бесплодие. Лапаротомия, консервативная миомэктомия, метропластика

261. Когда родилась Луиза Браун - первый в мире ребёнок "из пробирки"?

А) 7 февраля 1986 года

Б) 25 июля 1978 года

В) 14 февраля 1969 года

Г) 20 мая 1958 года

262. Когда родился первый ребёнок, зачатый благодаря процедуре ИКСИ?

А) 1978г.

Б) 1982г.

В) 1992г.

Г) 2002г.

263. Первый ребёнок "из пробирки" в СССР родился:

А) В 1986г в Петербурге, в Институте акушерства и гинекологии АМН СССР (А.И.Никтин, Э.М.Китаев)

Б) В 1986г в Москве, во Всесоюзном Научно -Исследовательском; Центре охраны здоровья матери и ребёнка МЗ СССР (Б. В. Леонов, Е. А. Калинина, В.А.Лукин)

В) В 1986г на кафедре акушерства и гинекологии Харьковского медицинского института, в лаборатории репродукции человека института проблем криобиологии и криомедицины

АН УССР (В. И. Грищенко, Ф. В. Дахно)

Г) В 1986г в г.Фрунзе (Киргизская ССР, Центре охраны здоровья матери и ребёнка)

264. К какому классу помещений относится эмбриологическая лаборатория?

А) Особо чистые

Б) Чистые

В) Условно-чистые

Г) Грязные

265. Первичные половые клетки - это клетки:

А) из которых происходит образование яйцеклеток

Б) из которых происходит образование сперматозоидов

В) которые являются предшественниками половых клеток –яйцеклеток и сперматозоидов

Г) которые несут Y-хромосому

266. Развитие яйцеклеток характеризуется:

а) очень коротким периодом созревания

б) очень длинным многолетним периодом созревания с остановкой в мейозе

в) очень коротким периодом созревания с остановкой в митозе

г) отсутствием смерти клеток-предшественников

267. Развитие сперматозоидов характеризуется:

а) очень длинным многолетним периодом созревания с остановкой в мейозе

б) отсутствием остановки в мейозе и возможностью развития в течение всей репродуктивной жизни

в) тем, что один предшественник приводит к появлению всего одного сперматозоида

г) строго ограниченным количеством клеток-предшественников

268. В какой ситуации рекомендовано проведение ЭКО

А. 2-х сторонняя тубэктомия/ криптозооспермия

Б. 2-х сторонняя тубэктомия/ азооспермия

В. 2-х сторонняя тубэктомия/ нормозооспермия

Г. 2-х сторонняя тубэктомия/тератогзооспермия(морфологически нормальных сперматозоидов менее 4%)

269. Что такое морула?

- а) Блестящая оболочка вокруг эмбриона
- б) Эмбрион, состоящий из внутренней клеточной массы и трофэктодермы
- в) Эмбрион до момента активации транскрипции зиготического генома
- г) Эмбрион 4го дня развития, прошедший стадию компактизации, состоящий из 16-20 клеток

270. Какие методы ВРТ применяют для сохранения фертильности женщин с онкологическими заболеваниями?

- а) Витрификация ооцитов и эмбрионов
- б) Криоконсервация ткани яичника
- в) Криоконсервация ооцитов, эмбрионов, ткани яичника
- г) ИКСИ

271. Кто принимает решение, какой метод сохранения фертильности будет самый эффективный для конкретной пациентки?

- а) Коллективно репродуктолог и онколог
- б) Эмбриолог
- в) Репродуктолог
- г) Онколог

272. Показателем успешного оплодотворения считается:

- а) наличие двух пронуклеусов через 16-22ч после оплодотворения
- б) наличие двух и более пронуклеусов на следующие сутки после оплодотворения
- в) начавшееся дробление эмбриона
- г) начавшийся ранний токсикоз беременной

273. Какой метод криоконсервации ооцитов признан наиболее эффективным?

- а) Медленное замораживание
- б) Витрификация
- в) Эффективность применения одинакова у обоих методов
- г) Ни один метод криоконсервации не позволяет эффективно замораживать ооциты

274. Основная причина гибели клеток при криоконсервации

- а) формирование внутриклеточных кристаллов льда
- б) формирование внеклеточных кристаллов льда
- в) замедление метаболических процессов
- г) причина не установлена

275. Какое максимальное количество эмбрионов допускается переносить пациенткам в соответствии с 107 Приказом Минздрава РФ?

- а) Один
- б) Два
- в) Три
- г) Четыре

276. Каким образом, согласно рекомендациям ВОЗ 2010г, измеряется объём эякулата?

- а) методом взвешивания
- б) с помощью пробирки
- г) с помощью градуированной пипетки
- д) с помощью подсчета клеток

277. Выберите верное утверждение:

- а) Нативный эякулят до начала его обработки следует хранить при 37 градусах во избежание снижения подвижности сперматозоидов
- б) Нативный эякулят следует обрабатывать как можно скорее во избежание фрагментации ДНК сперматозоидов. До начала обработки эякулят необходимо хранить при комнатной температуре
- в) Обработанный эякулят необходимо хранить при 37 градусах во избежание снижения подвижности сперматозоидов
- г) Обработанный эякулят необходимо хранить при 37 градусах во избежание гибели сперматозоидов

278. В случае, когда мужской фактор бесплодия отсутствует, проведение ИКСИ ...

- а) увеличивает результативность цикла по сравнению с оплодотворением методом ЭКО
- б) не увеличивает результативности цикла по сравнению с оплодотворением методом ЭКО
- в) увеличивает результативность цикла по сравнению сооплодотворением методом ЭКО только в случае-возраст пациентки старше 37 лет, число ооцитов менее 7
- г) противопоказан

279. Согласно пятому изданию руководства ВОЗ по исследованию и обработке эякулята человека, минимальное референсное значение доли прогрессивно подвижных сперматозоидов составляет

- а) 32 (31-34)%
- б) 32%
- в) 40%
- г) 40 (38-42)%

280. Какое генетическое обследование нужно в первую очередь пройти пациентам, у которых было несколько замерших беременностей раннего срока, при этом кариотип ворсин хориона не исследовался?

- а) Кариотипирование родителей
- б) Анализ на микроделеции локусов AZF у отца
- в) Полноэкзомное секвенирование методом NGS
- г) Анализ на микроделеции локусов AZF у матери

281. В чем заключается основное преимущество проведения ПГТ-А?

- а) Это гарантия наступления беременности
- б) Это гарантия рождения здорового ребенка
- в) Это снижение частоты прерывания беременности и многоплодной беременности
- г) Это профилактика гибели гамет

282. Какая реакция лежит в основе технологии ПЦР?

- а) Рестрикция
- б) Репликация
- в) Гибридизация
- г) Лигирование

283. Противопоказанием к криоконсервации и последующей трансплантации овариальной ткани является:

- а) Предстоящая химиотерапия с использованием малкилирующих агентов
- б) Онкологическое заболевание с высокой вероятностью метастазирования в яичники
- в) Хороший овариальный резерв
- г) Скучный овариальный резерв

284. ЭКО показано при наличии:

- а) ановуляторных менструальных циклов

- b) отсутствия маточных труб
- c) мужского фактора бесплодия
- d) частых обострений воспалительного процесса придатков матки

285. К этапам процедуры ЭКО не относятся:

- a) индукция суперовуляции
- b) пункция фолликулов и аспирация ооцитов
- c) перенос эмбрионов в полость матки
- d) предимплантационная диагностика

286. Вторичным называют бесплодие

- a) длительностью не менее чем в два года
- b) у женщин, имевших в анамнезе беременность
- c) у женщин, имевших в анамнезе роды
- d) у женщин, имевших в анамнезе искусственный аборт

287. Вспомогательные репродуктивные технологии — это:

- a) манипуляции с зародышевым материалом, используемым для преодоления бесплодия
- б) хирургическое восстановление проходимости маточных труб, коррекция пороков развития половых органов
- в) суррогатное материнство;
- г) мероприятия, направленные на стимуляцию овуляции и сперматогенеза

288. Искусственная инсеминация — это:

- a) введение в матку нативной или криоконсервированной спермы
- б) перенос ооцитов и сперматозоидов в полость малого таза;
- в) перенос оплодотворенных яйцеклеток в маточные трубы
- г) использование спермы донора

289. Какой вид ВРТ необходимо применить для получения генетически своего ребенка для женщин с отсутствующей маткой или с выраженной экстрагенитальной патологией, когда вынашивание беременности невозможно или противопоказано

- А) искусственная инсеминация
- Б) экстракорпоральное оплодотворение
- В) интрациоплазматическая инъекция сперматозоидов - ИКСИ (ICSI)
- Г) «суррогатное» материнство

290. Абсолютные показания к ЭКО:

- a) отсутствие маточных труб или непроходимость обеих труб
- б) эндометриоз при отсутствии эффекта от консервативного и хирургического лечения в течение 6-12 мес.
- в) отсутствие матки
- г) бесплодие

291. Какое кол-во эмбрионов рекомендуется переносить в полость матки

- А.1
- Б. 2
- В.4
- Г. 5

292. Какой вид ВРТ необходимо применить для получения потомства мужчинам с тяжелыми

формами бесплодия (олиго, астено, тератозооспермиями тяжелых степеней)

- А) искусственная инсеминация
- Б) экстракорпоральное оплодотворение
- В) интрациоплазматическая инъекция сперматозоидов - ИКСИ (ICSI)

- Г) криоконсервация ооцитов и эмбрионов
293. К осложнениям процедуры ЭКО относится:
- А) синдром поликистозных яичников
 - Б) синдром истощенных яичников
 - В) синдром гиперстимуляции яичников
 - Г) синдром резистентных яичников
294. Какие параметры эякулята учитываются при выборе метода его обработки.
- А. подвижность +объем эякулята+АСАТ+агломинация
 - Б. общее кол-во сперматозоидов+объем эякулята+АСАТ+ агломинация.
 - В. Кол-во морфологически нормальных сперматозоидов+ объем эякулята+ АСАТ+ агломинация.
 - Г. Подвижность сперматозоидов+кол-во сперматозоидов в эякуляте
296. При каких параметрах эякулята используется метод высокоскоростного центрифугирования и промывания
- А. олигозооспермия
 - Б. астенотератозооспермия.
 - В. Олигоспермия.
 - Г. Криптозооспермия
297. В какой ситуации может быть проведена криоконсервация эмбрионов без последующего переноса в проведенном цикле ЭКО.
- А. кол-во эмбрионов менее трех
 - Б. криптозооспермия у мужа
 - В. Гиперстимуляция тяжелой степени у женщины после пункции фолликулов
 - Г. Фрагментация эмбрионов
299. Какой из методов искусственного оплодотворенияф приближен к условиям естественного зачатия
- А. ЭКО
 - Б. ВМИ
 - В. ИКСИ
 - Г. ПИКСИ
300. На какие сутки после пункции фолликулов осуществляют перенос эмбрионов в полость матки?
- А. 1-2
 - Б. 3-5
 - В. 7-8
 - Г. 10-12