

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Владимирский филиал ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

ГИНЕКОЛОГИЯ

Направление подготовки (специальность): 31.05.01 Лечебное дело

Кафедра акушерства и гинекологии

Форма обучения: Очная

Владимир
2023

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине/практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Гинекология» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Гинекология». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

(Фонды оценочных средств позволяют оценить достижение запланированных результатов, заявленных в образовательной программе.

Оценочные средства – фонд контрольных заданий, а также описание форм и процедур, предназначенных для определения качества освоения обучающимися учебного материала.)

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине/практике используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Индивидуальный опрос	Средство контроля, позволяющий оценить степень раскрытия материала	Перечень вопросов
3	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции*	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8	Текущий,	Раздел 1 Организация акушерско-гинекологической помощи женскому населению. Анатомо-физиологические особенности репродуктивной системы. Методы исследования в гинекологии. Раздел 2 Эндокринные нарушения в гинекологии. Бесплодный брак. Раздел 3 ВЗОМТ Раздел 4 Неотложные состояния в гинекологии. Раздел 5 Онкогинекология. Гиперпластические заболевания	<i>Тест</i> <i>Индивидуальный опрос</i> <i>Ситуационная задача</i>

		половых органов. Неправильные положения половых органов. Нарушения развития половых органов.	
УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8	Промежуточные	Раздел 1 Организация акушерско-гинекологической помощи женскому населению. Анатомо-физиологические особенности репродуктивной системы. Методы исследования в гинекологии. Раздел 2 Эндокринные нарушения в гинекологии. Бесплодный брак. Раздел 3 ВЗОМТ Раздел 4 Неотложные состояния в гинекологии. Раздел 5 Онкогинекология. Гиперпластические заболевания половых органов. Неправильные положения половых органов. Нарушения развития половых органов.	Индивидуальный опрос

* - не предусмотрены для программ аспирантуры

4. Содержание оценочных средств входного, текущего контроля

Входной/текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: *теста, индивидуального опроса, решения ситуационной задачи*
Оценочные средства для текущего контроля.

Тест

1. <https://sdo.pimunn.net/question/edit.php?courseid=3044&category=769%2C81&qbshowtext=0&qbshowtext=1&recurse=0&showhidden=0&showhidden=1>

4.1. Перечень вопросов для индивидуального опроса для оценки компетенций:

Вопрос	Компетенции
1. Организация работы гинекологического стационара. Методы обследования в гинекологии. 2. Нормальный менструальный цикл и его регуляция. 3. Нарушения менструальной функции. Аменорея, гипоменструальный синдром. АМК 4. Нейроэндокринные синдромы. Климактерический, предменструальный, синдром поликистозных яичников, посткастрационный и постгистерэктомический синдромы. 5. Бесплодный брак 6. Доброкачественные опухоли матки. Миома матки. 7. Доброкачественные и злокачественные новообразования яичников. 8. Эндометриоз. 9. Гиперпластические процессы эндометрия, предрак эндометрия 10. Доброкачественные заболевания шейки матки. Рак шейки матки 11. ВЗОМТ. 12. Аборт: самопроизвольный и искусственный. Экстренная помощь с осложнениями внебольничного аборта. Бактериально-токсический шок. Послабортный сепсис. Лечение и профилактика. 13. Трофобластическая болезнь.	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8

14. Неправильные положения половых органов. Нарушения развития половых органов. 15. Планирование семьи, современные методы контрацепции. 16. Острый живот в гинекологии. Внематочная беременность, апоплексия яичника. 17. Проллапс гениталий.	
---	--

4.2. Задачи для оценки компетенции:

№	Задачи	Компетенция
1	На прием к акушеру-гинекологу обратилась пациентка М., 55 л., с жалобами на сухость во влагалище, периодические жжение, зуд, недержание мочи, частые «приливы» жара, бессонницу. Характер менструальной функции: постменопауза длительностью 6 лет; менархе – в 14 лет, менструации установились сразу, ранее были регулярными, умеренными, безболезненными, по 5 дней, длительность менструального цикла составляла 30 дней. Характер половой функции: половая жизнь с 20-и лет, первый брак, третий половой партнёр. Акушерско-гинекологический анамнез: было 2 беременности, которые завершились своевременными родами через естественные родовые пути без осложнений 30 и 20 лет назад. Отмечает дисплазию шейки матки II степени тяжести, по поводу которой была произведена диатермоконизация шейки матки и ЛДВ цервикального канала 15 лет назад. Из числа соматических заболеваний выявлены ГБ II ст., риск 4, СД 2 типа, инсулинонезависимый, компенсированный, ожирение I – II ст. Пациентка на регулярной основе принимает гипотензивные и гипогликемические препараты, назначенные терапевтом и эндокринологом, диету соблюдает периодически (со слов, исключила из рациона мучные изделия). Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, физиологической окраски, сниженного тургора; рост = 168 см, вес = 100 кг; температура тела = 36,7 °С; АД = 150/100 мм. рт. ст., пульс = 84 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. При пальпации живот мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания; перитонеальные симптомы отрицательные; выражено абдоминальное ожирение. При осмотре молочные железы округлой формы, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные, выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса: при гинекологическом осмотре наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при исследовании в зеркалах влагалищная порция шейки матки выражена незначительно, наружный зев точечный, закрыт; слизистая влагалища истончена, гиперемирована, легко ранима, складчатость влагалища не выражена, выделения отсутствуют; при бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании матка в позиции retroversio-flexio, уменьшена в размерах, нормальной консистенции, подвижная, безболезненная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрированы; параметральная клетчатка свободная. Вопросы: 1. Укажите возрастной период, специфичный для данной пациентки. 2. Укажите состояние, для которого характерны симптомы, наблюдаемые у данной пациентки. 3. Определите методы обследования, которые необходимо провести данной пациентке.	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8
2	Пациентка В., 30 л., пришла на прием к врачу акушеру-гинекологу с жалобами на длительную, обильную менструацию, которая началась своевременно 9 дней назад. Из анамнеза известно, что в течение 2-ой недели, согласно рекомендации дерматовенеролога, принимает гризеофульвин с целью лечения онихомикоза. Акушерско-гинекологический анамнез: менархе – в 12 лет, ранее менструации были регулярными, умеренными, безболезненными, по 5 дней, длительность менструального цикла составляла 28 – 30 дней. Половая жизнь с 22-х лет, в браке, один половой партнёр, в течение пяти лет до родов регулярно принимала КОК «Ярина +», согласно инструкции, последний год метод контрацепции – прерванный половой акт (ППА). Была 1 беременность, которая завершилась своевременными родами через естественные родовые пути без осложнений 2 года назад. Объективно: состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, физиологической окраски;	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8

	рост = 165 см, вес = 66 кг; температура тела = 36,7 ° C; АД = 120/80 мм. рт. ст., пульс = 68 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. При пальпации живот мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания; перитонеальные симптомы отрицательные. При осмотре молочные железы округлой формы, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные; выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса: при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки цилиндрической формы, чистая, наружный зев щелевидный, закрыт; влагалище ёмкое, складчатость выражена, слизистая не гиперемирована; выделения из влагалища кровянистые, умеренные; при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> матка в позиции anteversio-flexio, нормальной величины, плотная, правильной формы, подвижная, безболезненная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрированы; параметральная клетчатка свободная. Со слов пациентки, 2 месяца назад при проведении УЗИ органов малого таза патологии выявлено не было. Вопросы: 1. Сформулируйте клинический диагноз. 2. Укажите дополнительные методы обследования пациентки. 3. Определите тактику ведения больной.	
3	Пациентка И., 28 л., обратилась в дежурный гинекологический стационар с жалобами на интенсивные боли в нижних отделах живота без чёткой локализации, тошноту, повышение температуры тела до 38,5 ° C, озноб. Из анамнеза известно, что неделю назад после полового акта имели место зуд, жжение, рези в области уретры при мочеиспускании, учащённое мочеиспускание до 15-и раз в сутки, взвесь в моче. Данные симптомы беспокоили пациентку в течение трёх дней. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно медикаменты не принимала. Характер менструальной функции: менархе – в 12 лет, менструации скудные, безболезненные, по 5 дней, в среднем длительность менструального цикла составляет 28 – 30 дней, отмечает периодические задержки менструаций по 7 дней (по поводу нарушения менструального цикла у гинеколога не наблюдается, гормонотерапия КОК проведена не была). День менструального цикла на момент обращения – 3-ий. Характер половой функции: половая жизнь с 16-и лет, вне брака, точное количество половых партнёров назвать не может, периодически применяет барьерный метод контрацепции (презерватив) в сочетании с прерванным половым актом. Акушерско-гинекологический анамнез: было 3 беременности, каждая из которых завершилась медицинскими абортами до 12 недель по гестации по желанию женщины без осложнений. Объективно: состояние средней степени тяжести; сознание ясное; кожные покровы гиперемированы; язык суховат, обложен беловатым налётом; рост = 165 см, вес = 59 кг; температура тела = 38,7 ° C; АД = 120/67 мм. рт. ст., пульс = 110 уд./мин., ритмичный, d = s, ЧДД = 19 в мин. Данные ОАК: Hb = 115 г/л, лейкоциты = 12,3 * 10⁹/л, СОЭ = 25 мм/ч. При пальпации живот вздут, ограниченно принимает участие в акте дыхания, резко болезненный в гипогастрии, где также определяется мышечное напряжение и положительные перитонеальные симптомы; газы не отходят. При перкуссии живота отмечается притупление перкуторного звука в отлогах местах. При осмотре молочные железы округлой формы, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные; выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса: при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; оволосение по женскому типу; область ануса, бартолиновых желёз не изменена, уретра отёчная, гиперемированная; при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки конической формы, с выраженным нарушением эпителиального покрова по обеим губам, при контакте с зеркалом кровоточит, наружный зев точечный, закрыт; влагалище узкое, складчатость выражена, слизистая ярко гиперемирована; выделения гнойно-кровянистые с характерным запахом, умеренные; при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> движения за шейку матки резко болезненные; влагалищные своды сглажены, задний свод нависает, его пальпация болезненная; матку и придатки с обеих сторон контурировать не удаётся по причине значительного мышечного напряжения передней брюшной стенки; параметральная клетчатка свободная. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите тактику ведения больной.	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8
4	Пациентка Ж., 28 л., поступила в гинекологическое отделение многопрофильного стационара с целью дообследования в связи с жалобами на увеличение живота в размерах,	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7,

	постоянные тянущие боли внизу живота умеренной интенсивности, потерю аппетита, слабость, снижение работоспособности, периодически возникающую тошноту. Из анамнеза известно, что выраженная слабость беспокоит около полугода, увеличение живота в размерах стала отмечать месяц назад. Обратилась в поликлинику, где было проведено лабораторное и инструментальное обследование: 1) по данным ОАК выявлено снижение Hb до 70 г/л, повышение СОЭ до 42 мм/ч, лейкоцитарная формула – без особенностей, ОАМ – без изменений; 2) рентгенограмма грудной клетки и брюшной полости – без особенностей. Акушерско-гинекологический анамнез: менархе – в 14 лет, менструации установились сразу, регулярные, умеренные, безболезненные, по 5 дней при длительности менструального цикла в 30 дней; нарушения менструального цикла отрицает. Последняя менструация наступила своевременно 2 недели назад. Половая жизнь с 18-и лет, в браке, один половой партнёр, в качестве метода контрацепции в течение 2-х лет применяет негормональную ВМС «Юнона» «Juno Gold». Было 3 беременности, первая из которых завершились своевременными родами через естественные родовые пути без осложнений 8 лет назад, 2 другие – медицинскими абортami на сроках 8 – 10 недель по гестации по желанию женщины без осложнений 6 и 5 лет назад. Соматический анамнез, со слов, не отягощён, у терапевта и узких специалистов не наблюдается. Объективно: состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, бледные; рост = 165 см, вес = 55 кг; температура тела = 37,3 ° С; тоны сердца ясные, ритмичные, кардиальных шумов нет; АД = 127/80 мм. рт. ст., пульс = 84 уд./мин., ритмичный, d = s, ЧДД = 22 в мин; Живот увеличен в объёме, при пальпации умеренно болезненный в эпигастрии, напряжённый, неравномерно участвует в акте дыхания, перитонеальные симптомы отрицательные. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 2 см. При перкуссии живота в брюшной полости определяется свободная жидкость в значительном количестве. При осмотре молочные железы округлые, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные; выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса: при гинекологическом осмотре наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при исследовании в зеркалах шейка матки цилиндрической формы, чистая, наружный зев щелевидный, закрыт, из наружного зева визуализируются контрольные нити ВМС; влагалище ёмкое, складчатость выражена, слизистая не гиперемирована; выделения из влагалища слизистые, скудные; при бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании матка в позиции anteversio-flexio, не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная при пальпации; справа от матки пальпируется плотная, подвижная, крупнобугристая опухоль овальной формы размерами 10 x 12 см, слева определяются аналогичного характера опухоль размерами 16 x 18 см; задний влагалищный свод несколько уплощён, его пальпация чувствительная; параметральная клетчатка свободная. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите тактику ведения больной.	ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8
5	Пациентка Т., 52 г., обратилась к врачу акушеру-гинекологу в рамках проведения периодического медицинского осмотра. Жалобы активно не предъявляет. Акушерско-гинекологический анамнез: менархе – в 14 лет, менструации установились через 1,5 года, ранее были регулярными, умеренными, безболезненными, по 7 дней при длительности менструального цикла в 30 дней. В течение последнего года отмечает периодические задержки менструаций от 3-х до 5-и месяцев, оскудение менструаций; последняя нормальная менструация наступила 4 месяца назад. Половая жизнь с 24-х лет, первый брак, второй половой партнёр, методы контрацепции в настоящее время не применяют. Было 5 беременностей, 3 из которых завершились самопроизвольными выкидышами в первом триместре гестации, одна – поздним индуцированным выкидышем на сроке 21 неделя беременности в связи с ВПР (синдромом Дауна) плода (по поводу привычного невынашивания не обследовалась), последняя беременность, наступившая 12 лет назад, оказалась эктопической, завершилась левосторонней тубэктомией. Из числа соматических заболеваний отмечает ГБ II ст., риск 4, СД 2 типа, инсулинонезависимый, компенсированный, ожирение II ст. Пациентка на регулярной основе принимает гипотензивные и гипогликемические препараты, назначенные терапевтом и эндокринологом, диету практически не соблюдает. Объективно: состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, физиологической окраски; рост = 172 см, вес = 110 кг; температура тела = 36,7 ° С; АД = 137/86 мм. рт. ст., пульс = 93 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. При пальпации живот мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания; перитонеальные симптомы отрицательные; выражено абдоминальное ожирение. При осмотре молочные железы округлой формы, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные, выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса:	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8

	при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки конической формы, чистая, наружный зев точечный, закрыт; влагалище узкое, складчатость не выражена, слизистая не гиперемирована, истончена, легко ранима; выделения из влагалища слизистые, крайне скудные; при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> матка в срединном положении, увеличена до 20-и недель беременности, плотная, бугристая, ограниченно подвижная, безболезненная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их области безболезненные; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрированы; параметральная клетчатка свободная. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите тактику ведения больной.	
6	Пациентка О., 48 л., обратилась к врачу акушеру-гинекологу в рамках проведения диспансеризации. <u>Жалобы активно не предъявляет.</u> Из анамнеза известно, что состоит на диспансерном учёте в женской консультации на протяжении 5-и лет по поводу миомы матки; при постановке на учёт по данному заболеванию размер матки соответствовал 7-и неделям беременности, полгода назад величина матки составляла 11-12 недель беременности. От проведения гормонотерапии отказалась. Акушерско-гинекологический анамнез: менархе – в 12 лет, менструации установились через год, ранее были регулярными, умеренными, безболезненными, по 5 – 7 дней при длительности менструального цикла в 28 – 30 дней. В течение последнего года отмечает периодические задержки менструаций по 2 – 3 месяца, последняя нормальная менструация наступила 2,5 месяца назад. Половая жизнь с 27-и лет, первый брак, второй половой партнёр, применяет барьерный метод контрацепции (презерватив). Была одна беременность, которая завершилась своевременными через естественные родовые пути, осложнёнными задержкой частей последа в полости матки, в результате чего производилось ручное обследование полости матки, удаление остатков плацентарной ткани 11 лет назад. Из числа соматических заболеваний отмечает МКБ вне обострения, хронический гастродуоденит вне обострения. Объективно: состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, физиологической окраски; рост = 172 см, вес = 64 кг; температура тела = 36,7 °С; АД = 128/76 мм. рт. ст., пульс = 83 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. При пальпации живот мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания; перитонеальные симптомы отрицательные; на 6 см выше лона пальпируется верхний полюс плотного образования. При осмотре молочные железы округлой формы, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные, выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса: при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки цилиндрической формы, выражен эктропион по обеим губам, наружный зев щелевидный, закрыт; влагалище ёмкое, складчатость выражена незначительно, слизистая не гиперемирована; выделения из влагалища слизистые, скудные; при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> матка в срединном положении, увеличена до 16-и недель беременности, плотная, бугристая, ограниченно подвижная, безболезненная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их области безболезненные; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрированы; параметральная клетчатка свободная. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите тактику ведения больной.	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8
7	Пациентка П., 32 г., обратилась к врачу акушеру-гинекологу женской консультации с жалобами на тянущие, распирающие боли в области послеоперационного шва на передней брюшной стенке, кровянистые выделения из него во время менструации на протяжении года. Акушерско-гинекологический анамнез: менархе – в 12 лет, менструации установились сразу, регулярные, умеренные, незначительно болезненные, по 5 – 6 дней, при длительности менструального цикла в 28 – 30 дней. Пациентка пришла на приём на 4-ый день менструального цикла. Половая жизнь с 20-и лет, первый брак, первый половой партнёр, в качестве метода контрацепции применяет негормональную ВМС «Юнона» «Juno Gold» в течение двух лет. Было 2 беременности, которые завершились оперативными родами путём операции кесарево сечение (КС) в плановом порядке (показание для первых плановых оперативных родов – крупный плод при тазовом предлежании, для вторых – рубец на матке после предыдущего КС) 10 и 6 лет назад. Объективно: состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, бледноватые; рост = 162 см, вес = 57 кг; температура тела = 36,7 °С; АД = 120/77 мм. рт. ст., пульс = 78 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. Данные ОАК: Hb = 115 г/л, эритроциты = $3,7 \cdot 10^{12}/л$, ЦП = 0,83.	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8

	При пальпации живот мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, перитонеальные симптомы отрицательные. Локальный статус: послеоперационный рубец после лапаротомии по Пфанненштилю цианотичного цвета, в толще тканей по направлению от рубца к пупку пальпируется плотный, болезненный, несмещаемый инфильтрат без четких контуров около 8 см в диаметре, состоящий из множества узелков разного размера; в средней трети рубца из данного инфильтрата – отделяемое кровянистого характера. При осмотре молочные железы округлой формы, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные, выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса: при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки конической формы, чистая, наружный зев точечный, закрыт; влагалище узкое, складчатость выражена, слизистая не гиперемирована; выделения из влагалища слизистые, умеренные; при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> матка в позиции anteversio-flexio, нормальной величины, плотная, подвижная, безболезненная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрированы; параметральная клетчатка свободная. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите тактику ведения больной.	
8	Пациентка М., 32 лет, доставлена в дежурный гинекологический стационар бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на интенсивные тянущие боли внизу живота, пояснице, учащённое мочеиспускание, чувство жара, сменяющееся ознобом, слабость, недомогание. Данные симптомы беспокоят больную в течение 3-х дней. Акушерско-гинекологический анамнез: из числа гинекологических заболеваний отмечает хронический аднексит с частыми рецидивами (в течение 5-и лет неоднократно было проведено лечение в стационаре), очередное обострение наступило через 2 дня после окончания менструации. Характер менструальной функции: менархе – в 13 лет, менструации установились сразу, регулярные, умеренные, безболезненные, по 7 дней при длительности менструального цикла в 28 дней. Нарушения менструального цикла отрицает. Половая жизнь с 17-и лет, вне брака, пятый половой партнёр; применяет барьерный метод контрацепции (презерватив) в сочетании с календарным. Было 4 беременности, первая из которых завершилась своевременными родами через естественные родовые пути без осложнений 10 лет назад, 3 последние – медицинскими абортами на сроках 9 – 10 недель по гестации по желанию женщины без осложнений. Объективно: состояние средней степени тяжести; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, бледноватые, гиперемированы в щёчных областях; язык сухой, обложен белым налетом. рост = 167 см, вес = 62 кг; температура тела = 38,8 °С; АД = 100/65 мм. рт. ст., пульс = 115 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. Данные ОАК: Hb = 110 г/л, лейкоциты = 16,0 x 10⁹/л, отмечается сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ = 36 мм/ч. При пальпации живот болезненный во всех отделах, умеренно вздут, в акте дыхания не участвует, отмечается напряжение прямых мышц живота и признаки раздражения брюшины во всех отделах. При осмотре молочные железы округлой формы, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные, выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса: при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки цилиндрической формы, с выраженным нарушением эпителиального покрова по обеим губам, наружный зев щелевидный, закрыт; влагалище ёмкое, складчатость выражена; выделения из половых путей гнойные, обильные, с характерным запахом; при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> движения за шейку матки резко болезненные; влагалищные своды свободные, не инфильтрированы, задний свод нависает, его пальпация резко болезненная; параметральная клетчатка свободная; матку и придатки контурировать не удаётся по причине значительного мышечного напряжения передней брюшной стенки. Проведено УЗИ органов малого таза: матка не увеличена, левый яичник размерами 75 x 85 мм, правый – 70 x 90 мм, оба яичника содержат полость с гипоэхогенным содержимым, стенки камер утолщены, неровные; в полости малого таза и в брюшной полости лоцируется уровень жидкости. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите тактику ведения больной.	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8
9	Пациентка П., 74 г., обратилась к врачу акушеру-гинекологу женской консультации с жалобами на периодические кровянистые выделения из половых путей мажущего характера в течение последних 6-и месяцев. Из анамнеза известно, что у гинеколога наблюдается нерегулярно (предыдущая явка	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8

	зарегистрирована 24 года назад). Акушерско-гинекологический анамнез: постменопауза 24 года; менархе – в 13 лет, менструации установились через 1 год, ранее были регулярными, умеренными, безболезненными, по 4 дня, длительность менструального цикла составляла 25 дней. Половая жизнь с 17-и лет, второй брак, было 7 половых партнёров, не вступает в половые отношения в течение 14-и лет. Было 8 беременностей, 3 из которых завершились своевременными родами через естественные родовые пути без осложнений 54 года, 50 и 45 лет назад, остальные 5 – медицинскими абортами в первом триместре беременности по желанию женщины без осложнений. Гинекологические и соматические заболевания отрицает, старается вести здоровый образ жизни. Наследственный анамнез, со слов, не отягощён. Объективно: состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, физиологической окраски; рост = 173 см, вес = 68 кг; температура тела = 36,7 °С; АД = 128/82 мм. рт. ст., пульс = 80 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. При пальпации живот мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, перитонеальные симптомы отрицательные. При осмотре молочные железы дряблые, гипоплазированы, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные, выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса: при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки практически не выражена, конической формы, чистая, наружный зев точечный, закрыт; влагалище узкое, складчатость не выражена, слизистая не гиперемирована, истончена, легко ранима; выделения из влагалища кровянистые, крайне скудные; при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> матка в позиции retroversio-flexio, соответствует возрастной норме, нормальной консистенции, подвижная, безболезненная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрированы; параметральная клетчатка свободная. Пациентке было выдано направление на экстренную госпитализацию в дежурный гинекологический стационар, где было произведено раздельное лечебно-диагностическое выскабливание (РЛДВ) цервикального канала и полости матки: результат гистологического исследования соскоба эндометрия – низкодифференцированная аденокарцинома эндометрия. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите тактику ведения больной.	
10	Пациентка О., 70 л., доставлена в дежурный гинекологический стационар бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на периодические кровянистые выделения из половых путей в течение 3-х месяцев. Акушерско-гинекологический анамнез: постменопауза 17 лет; менархе – в 16 лет, менструации установились через 1 год, ранее были регулярными, умеренными, безболезненными, по 5 дней, длительность менструального цикла составляла 28 дней. Половая жизнь с 20-и лет, один брак, было 5 половых партнёров, не вступает в половые отношения в течение 25-и лет. Было 2 беременности, которые завершились своевременными родами через естественные родовые пути без осложнений 40 и 45 лет назад. Из числа соматических заболеваний отмечает хронический панкреатит вне обострения, СД 2 типа (состоит на учёте у эндокринолога, принимает гипогликемические препараты, осуществляет контроль гликемии, старается соблюдать диету), ожирение II ст. Наследственный анамнез отягощён по раку яичников, который был диагностирован у мамы пациентки, и раку толстой кишки (данная патология была выявлена у старшего брата пациентки). Объективно: состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, бледноватые; рост = 158 см, вес = 90 кг; температура тела = 36,8 °С; АД = 145/97 мм. рт. ст., пульс = 103 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. Данные ОАК: Hb = 113 г/л, эритроциты = $3,6 \cdot 10^{12}/л$, ЦП = 0,82. При пальпации живот мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, перитонеальные симптомы отрицательные; выражено абдоминальное ожирение. При осмотре молочные железы дряблые, гипоплазированы, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные, выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса: при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки практически не выражена, конической формы, чистая, наружный зев точечный, закрыт; влагалище узкое, складчатость не выражена,	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8

	слизистая не гиперемирована, истончена, легко ранима; выделения из влагалища кровянистые, скудные; при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> матка в позиции retroversio-flexio, увеличена до 5-и недель беременности, плотная, подвижная, безболезненная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрированы; параметральная клетчатка свободная. Во время экстренной госпитализации в дежурный гинекологический стационар произведено раздельное лечебно-диагностическое выскабливание (РЛДВ) цервикального канала и полости матки: результат гистологического исследования соскоба эндометрия – высокодифференцированная аденокарцинома эндометрия. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите тактику ведения больной.	
№	Задачи	Код компетенции (согласно РПД)
11	Пациентка К., 19 л., обратилась к врачу акушеру-гинекологу с жалобами на отсутствие менструаций в течение полутора лет. Из анамнеза известно следующее: менархе – в 13 лет, менструации установились сразу, до 17-и лет были регулярными, умеренно болезненными, необильными, длительностью 4 – 5 дней, наступали через 28 дней. С 17-и лет начала ограничивать себя в еде, поскольку считала свой вес избыточным. В течение года потеряла 12 кг, затем менструации прекратились. На фоне снижения массы тела самочувствие оставалось удовлетворительным. Эпизодически принимала слабительные средства. Половую жизнь отрицает. Объективно: состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожа бледная, шелушится на локтях и ладонях; рост = 174 см, вес = 45 кг; температура тела = 36,7 ° С; АД = 90/60 мм. рт. ст., пульс = 70 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. При пальпации живот мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания; перитонеальные симптомы отрицательные. При осмотре молочные железы сформированы, округлой формы, симметричные, дряблые; при пальпации – мягкие, безболезненные, выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса: при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно, гипотрофичны, слизистая вульвы бледная, сухая; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; девственная плева кольцевидной формы, её целостность не нарушена; при <i>ректо-абдоминальном исследовании</i> матка расположена в позиции anteversio-flexio, уменьшена в размерах, плотная, подвижная, безболезненная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная. По данным УЗИ ОМТ тело матки размерами 30 х 30 х 21 мм, эндометрий не визуализируется, М-эхо линейное; объем правого яичника = 3,8 см³, левого яичника = 3,2 см³, фолликулярный резерв выражен скудно: лоцируются единичные фолликулы. При исследовании гормонального статуса обнаружено снижение уровней гонадотропных гормонов и эстрогенов. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Составьте план дообследования и лечения больной.	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8
12	Пациентка В., 18 л., обратилась к врачу акушеру-гинекологу с жалобами на отсутствие менструаций в течение 9-и месяцев. Из анамнеза известно следующее: менархе – в 12 лет, менструации установились сразу, ранее были регулярными, умеренными, безболезненными, по 5 дней, длительность менструального цикла составляла 30 дней. Половую жизнь отрицает. В детстве росла и развивалась эмоциональной, подвижной девочкой. Год назад трагически погибли родители, тяжело переживала их смерть. Наблюдается у невролога, получает седативные препараты, регулярно посещает психотерапевта. Объективно: состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, физиологической окраски; температура тела = 36,7 ° С; пациентка правильного телосложения, умеренного питания (рост = 168 см, вес = 62 кг); АД = 115/68 мм. рт. ст., пульс = 74 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. При пальпации живот мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания; перитонеальные симптомы отрицательные. При осмотре молочные железы сформированы, округлой формы, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные, выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса: при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно;	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8

	область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; девственная плева кольцевидной формы, её целостность не нарушена; при <i>ректо-абдоминальном исследовании</i> матка расположена в позиции anteversio-flexio, не увеличена, нормальной консистенции, подвижная, безболезненная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная. Данные дополнительных методов исследования: на <i>краниограмме</i>: турецкое седло без патологии; на <i>эхограмме ОМТ</i>: матка и яичники нормальных размеров; проба с прогестероном отрицательная. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Укажите патогенез нарушения менструального цикла. 3. Определите дополнительные методы обследования, которые необходимо провести данной пациентке. 4. Составьте план лечения больной.	
13	Пациентка В., 14 л., вместе с мамой обратилась к детскому гинекологу с жалобами на тянущие боли внизу живота, учащённое мочеиспускание, запоры. Данные симптомы беспокоят больную в течение 2-х недель. Менструации в анамнезе отсутствуют, половую жизнь отрицает. Данные за экстрагенитальную патологию отсутствуют. Объективно: состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, физиологической окраски; рост = 155 см, вес = 48 кг; температура тела = 36,8 ° С; АД = 110/75 мм. рт. ст., пульс = 84 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. При пальпации живот напряжённый, болезненный в гипогастрии, преимущественно в надлобковой области, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания; перитонеальные симптомы отрицательные. При осмотре молочные железы сформированы в соответствии с возрастом, округлой формы, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные, выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса: при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно, соответственно возрасту; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; гимен кольцевидной формы, его целостность сохранена, прозрачный, напряжен, выбухает, через него просвечивает содержимое темного цвета; при <i>ректо-абдоминальном исследовании</i> над мочевым пузырем определяется округлое, болезненное, эластичное образование; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная. Вопросы: 1. Сформулируйте клинический диагноз. 2. Объясните механизм подобного нарушения. 3. Определите тактику ведения больной.	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8
14	Пациентка К., 26 л., поступила экстренно в гинекологическое отделение многопрофильного стационара с жалобами на мажущие кровянистые выделения из половых путей в течение недели, периодические тянущие боли в правой подвздошной области с иррадиацией в прямую кишку на протяжении 10-и часов, головокружение, слабость. Акушерско-гинекологический анамнез: менархе – в 12 лет, менструации установились сразу, регулярные, умеренные, безболезненные, по 3 – 4 дня, длительность менструального цикла – 28 дней. Последняя нормальная менструация наступила 1,5-а месяца назад. Половая жизнь с 16-и лет, вне брака, отмечает частую (несколько раз в год) смену половых партнёров, от наступления нежелательной беременности предохраняется с помощью календарного метода, крайне редко методом контрацепции является прерванный половой акт (ППА); с настоящим половым партнёром вступает в отношения на протяжении 2,5 месяцев. Было 4 беременности, каждая из которых завершилась медицинским абортom на сроках 8 – 10 недель по гестации, последний медицинский аборт был проведён 10 месяцев назад в амбулаторных условиях, осложнился развитием острого эндометрита (была госпитализирована для проведения стационарного лечения). Гинекологические заболевания: хронический двусторонний аднексит с рецидивами не реже двух раз в год (периодически пренебрегает стационарным лечением), ИППП (хламидиоз, трихомониаз; со слов, ранее было проведено комплексное лечение). Объективно: состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, физиологической окраски; рост = 168 см, вес = 60 кг; температура тела = 36,9 ° С; АД = 110/70 мм. рт. ст., пульс = 84 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s.	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8

	При пальпации живота отмечается незначительная болезненность в правой подвздошной области, живот мягкий, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания. При перкуссии живота отмечается незначительное притупление перкуторного звука в гипогастрии. При осмотре молочные железы округлой формы, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные; выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса: при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки цианотичная, конической формы, с выраженным нарушением эпителиального покрова по обеим губам, при контакте с зеркалом кровоточит, наружный зев точечный, закрыт; влагалище узкое, складчатость выражена, слизистая цианотичная; выделения из влагалища тёмно-кровянистые, скудные, мажущие; при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> матка в позиции anteversio-flexio, незначительно увеличена, размягчена, ограниченно подвижная, болезненная при смещении кпереди; слева придатки не определяются, их область безболезненная; справа и кзади от матки пальпируется овоидное включение мягкой консистенции D = 4,0 см, умеренно болезненное при пальпации; влагалищные своды свободные, не инфильтрированы, задний свод выбухает, при тракциях за шейку матки возникает болезненность; параметральная клетчатка свободная. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите тактику ведения больной.	
15	Пациентка И., 30 л., поступила экстренно в гинекологическое отделение многопрофильного стационара с жалобами на мажущие кровянистые выделения из половых путей в течение 5-и дней, периодические тянущие боли в левой подвздошной области с иррадиацией в поясничную область слева и прямую кишку на протяжении 8-и часов, головокружение, слабость. Акушерско-гинекологический анамнез: менархе – в 13 лет, менструации установились сразу, регулярные, умеренные, безболезненные, по 4 дня, длительность менструального цикла – 27 дней. Последняя нормальная менструация наступила 1,5-а месяца назад. Половая жизнь с 18-и лет, второй брак, пятый половой партнёр, от наступления нежелательной беременности предохраняется с помощью календарного метода, крайне редко методом контрацепции является прерванный половой акт (ППА) в сочетании с барьерным методом (презервативом). Было 3 беременности, 2 из которых завершились медицинскими абортами на сроках 8 – 10 недель по гестации по желанию женщины (один аборт осложнился развитием острого эндометрита и формированием гематометры), последняя – поздним неполным самопроизвольным выкидышем при антенатальной гибели плода на сроке 16 недель по гестации, в результате чего была произведена вакуум-аспирация содержимого полости матки год назад. Гинекологические заболевания: хронический двусторонний аднексит с частыми рецидивами (периодически пренебрегает стационарным лечением). Объективно: состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, физиологической окраски; пациентка правильного телосложения, избыточного питания (рост = 170 см, вес = 80 кг); температура тела = 37,0 °С; АД = 115/70 мм. рт. ст., пульс = 85 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. При пальпации живота отмечается незначительная болезненность в левой подвздошной области, живот мягкий, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания. При перкуссии живота отмечается незначительное притупление перкуторного звука в гипогастрии. При осмотре молочные железы округлой формы, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные; выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса: при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки цианотичная, конической формы, с выраженным нарушением эпителиального покрова по обеим губам, при контакте с зеркалом кровоточит, наружный зев точечный, закрыт; влагалище узкое, складчатость выражена, слизистая цианотичная; выделения из влагалища тёмно-кровянистые, скудные, мажущие; при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> матка в позиции retroversio-flexio, незначительно увеличена, размягчена, ограниченно подвижная, болезненная при смещении кпереди; справа придатки не определяются, их область безболезненная; слева придатки не определяются, их область умеренно болезненная при пальпации; влагалищные своды свободные, не инфильтрированы, задний свод выбухает, при тракциях за шейку матки возникает болезненность; параметральная клетчатка свободная. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите тактику ведения больной.	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8
16	Пациентка Л., 34 г., доставлена в дежурный гинекологический стационар бригадой	УК 1, ОПК 1, ОПК

	скорой медицинской помощи с жалобами на интенсивные боли схваткообразного характера в левой подвздошной области, иррадиирующие в задний проход, правую ключицу, правое подреберье, двукратную рвоту, вздутие живота, затруднённое отхождение газов, головокружение, слабость. Со слов, усиление болевого синдрома произошло 2 часа назад во время акта дефекации, наступила кратковременная потеря сознания. Акушерско-гинекологический анамнез: менархе – в 13 лет, менструации установились сразу, регулярные, умеренные, безболезненные, по 3 – 4 дня, длительность менструального цикла – 28 дней. Последняя нормальная менструация наступила 2 месяца назад. Половая жизнь с 18-и лет, второй брак, третий половой партнёр, от беременности не предохраняется в течение полугода (планирует беременность). Было 3 беременности, первая из которых завершилась своевременными родами через естественные родовые пути без осложнений, вторая – тубэктомией справа по поводу правосторонней трубной беременности, третья – медикаментозным абортom на сроке 8 недель по гестации по желанию женщины без осложнений. Гинекологические заболевания: хронический двусторонний аднексит с периодическими рецидивами, ИППП отрицает. Объективно: состояние тяжелое; кожные покровы, видимые слизистые бледные, на коже лба – холодный липкий пот; рост = 170 см, вес = 64 кг; температура тела = 38,4 °C; АД = 90/50 мм. рт. ст., пульс = 122 уд./мин., ритмичный, d = s, ЧДД = 19 в мин. При пальпации живот вздут, ограниченно принимает участие в акте дыхания, отмечается болезненность в гипогастрии, преимущественно в левой подвздошной области, где также определяются мышечный дефанс и положительные симптомы раздражения брюшины; газы не отходят. При перкуссии живота отмечается выраженное притупление перкуторного звука в отлогих местах. При осмотре молочные железы округлой формы, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные; выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса: при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки цианотичная, цилиндрической формы, чистая, наружный зев щелевидный, закрыт; влагалище ёмкое, складчатость выражена, слизистая бледная; выделения из влагалища кровянистые, скудные; при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> движения за шейку матки резко болезненные; влагалищные своды свободные, не инфильтрированы, задний свод нависает, его пальпация резко болезненная; параметральная клетчатка свободная; матку и придатки контурировать не удаётся по причине значительного мышечного напряжения передней брюшной стенки. В экстренном порядке проведено УЗИ органов малого таза, по результатам которого выявлено большое количество свободной жидкости в полости малого таза и в брюшной полости. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите тактику ведения больной.	4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8
17	Пациентка О., 28 л., доставлена в дежурный гинекологический стационар бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на интенсивные боли схваткообразного характера в правой подвздошной области, иррадиирующие в задний проход, правую ключицу, правое подреберье, тошноту, трёхкратную рвоту, вздутие живота, затруднённое отхождение газов, головокружение, слабость. Со слов, усиление болевого синдрома произошло 1,5 часа назад во время мытья пола, наступила кратковременная потеря сознания. Акушерско-гинекологический анамнез: менархе – в 15 лет, менструации установились через год, регулярные, умеренные, незначительные болезненные, по 4 дня, длительность менструального цикла – 28 дней. Последняя нормальная менструация наступила 2 месяца назад. Половая жизнь с 20-и лет, в браке, третий половой партнёр, от беременности не предохраняется в течение полугода (планирует беременность). Было 2 беременности, первая из которых завершилась своевременными родами через естественные родовые пути без осложнений 5 лет назад, вторая – тубэктомией слева по поводу левосторонней трубной беременности 3 года назад. Гинекологические заболевания: хронический двусторонний аднексит с периодическими рецидивами, ИППП отрицает. Объективно: состояние тяжелое; кожные покровы, видимые слизистые бледные, на коже лба – холодный липкий пот; рост = 173 см, вес = 60 кг; температура тела = 38,5 °C; АД = 90/50 мм. рт. ст., пульс = 122 уд./мин., ритмичный, d = s, ЧДД = 20 в мин. При пальпации живот вздут, ограниченно принимает участие в акте дыхания, отмечается болезненность в гипогастрии, преимущественно в правой подвздошной области, где также определяются мышечный дефанс и положительные симптомы раздражения брюшины; газы не отходят. При перкуссии живота отмечается выраженное притупление перкуторного звука в отлогих местах.	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8

	При осмотре молочные железы округлой формы, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные; выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса: при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки цианотичная, цилиндрической формы, чистая, наружный зев щелевидный, закрыт; влагалище ёмкое, складчатость выражена, слизистая бледная; выделения из влагалища кровянистые, скудные; при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> движения за шейку матки резко болезненные; влагалищные своды свободные, не инфильтрированы, задний свод нависает, его пальпация резко болезненная; параметральная клетчатка свободная; матку и придатки контурировать не удаётся по причине значительного мышечного напряжения передней брюшной стенки. В экстренном порядке проведено УЗИ органов малого таза, по результатам которого выявлено большое количество свободной жидкости в полости малого таза и в брюшной полости. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите тактику ведения больной.	
18	Пациентка А., 32 г., обратилась к врачу акушеру-гинекологу женской консультации с жалобами на периодические тянущие боли внизу живота, больше слева, возникшие два месяца назад. Акушерско-гинекологический анамнез: менархе – в 14 лет, менструации установились сразу, регулярные, умеренные, безболезненные, по 4 дня, длительность менструального цикла – 28 дней. В предыдущем цикле отмечает задержку менструации длительностью 5 дней; самостоятельно провела мочевой тест на ХГЧ: результат отрицательный. Половая жизнь с 20-и лет, в браке, первый половой партнёр, в качестве метода контрацепции применяет презерватив в сочетании с прерванным половым актом. Было 3 беременности, 2 из которых завершились своевременными родами через естественные родовые пути без осложнений 10 и 7 лет назад, последняя – медицинским абортom на сроке 8 недель по гестации по желанию женщины без осложнений 2 года назад. Гинекологические заболевания: абсцесс правой бартолиновой железы в анамнезе (производилось вскрытие абсцесса и марсупиализация 4 года назад), ИППП отрицает. Данных за соматическую патологию не выявлено. Объективно: состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, физиологической окраски; рост = 167 см, вес = 60 кг; температура тела = 36,7 °С; АД = 115/70 мм. рт. ст., пульс = 80 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. При пальпации живот мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, перитонеальные симптомы отрицательные. При осмотре молочные железы округлой формы, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные; выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса: при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки цилиндрической формы, чистая, наружный зев щелевидный, закрыт; влагалище ёмкое, складчатость выражена, слизистая не гиперемирована; выделения из влагалища слизистые, умеренные; при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> матка в позиции anteversio-flexio, нормальной формы и величины, нормальной консистенции, подвижная, безболезненная при пальпации; придатки справа не определяются, их область безболезненная; в области левых придатков пальпируется округлое образование с гладкой поверхностью, D = 6 см, тугоэластической консистенции, подвижное, чувствительное при смещении; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрированы; параметральная клетчатка свободная. Данные УЗИ органов малого таза: матка и правый яичник – без особенностей, в проекции левого яичника лоцируется однокамерное образование с тонкой капсулой, с жидким гомогенным содержимым D = 6 см, свободная жидкость в малом тазу не определяется. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите тактику ведения больной.	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8
19	Пациентка Я., 33 г., обратилась к врачу акушеру-гинекологу женской консультации с жалобами на периодические тянущие боли внизу живота, больше справа, возникшие два месяца назад. Акушерско-гинекологический анамнез: менархе – в 13 лет, менструации установились сразу, регулярные, умеренные, безболезненные, по 3 – 4 дня, длительность менструального цикла – 30 дней. В предыдущем цикле отмечает задержку менструации длительностью 7 дней; самостоятельно провела мочевой тест на ХГЧ: результат	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8

	отрицательный. Половая жизнь с 25-и лет, в браке, первый половой партнёр, в качестве метода контрацепции применяет презерватив в сочетании с прерванным половым актом. Было 2 беременности, которые завершились своевременными родами через естественные родовые пути без осложнений 4 и 2 года назад. Гинекологические заболевания: трихомониаз, хламидиоз в анамнезе (производилось амбулаторное антибактериальное лечение). Данных за соматическую патологию не выявлено. Объективно: состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, физиологической окраски; рост = 157 см, вес = 55 кг; температура тела = 36,7 ° C; АД = 105/67 мм. рт. ст., пульс = 78 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. При пальпации живот мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, перитонеальные симптомы отрицательные. При осмотре молочные железы округлой формы, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные; выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса: при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки цилиндрической формы, чистая, наружный зев щелевидный, закрыт; влагалище ёмкое, складчатость выражена, слизистая не гиперемирована; выделения из влагалища слизистые, умеренные; при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> матка в позиции retroversio-flexio, нормальной формы и величины, нормальной консистенции, подвижная, безболезненная при пальпации; придатки слева не определяются, их область безболезненная; в области правых придатков пальпируется округлое образование с гладкой поверхностью, D = 7 см, тугоэластической консистенции, подвижное, чувствительное при смещении; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрированы; параметральная клетчатка свободная. Данные УЗИ органов малого таза: матка и левый яичник – без особенностей, в проекции правого яичника лоцируется однокамерное образование с тонкой капсулой, с жидким гомогенным содержимым D = 7 см, свободная жидкость в малом тазу не определяется. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите тактику ведения больной.	
20	Пациентка В., 35 л., на приёме у врача акушера-гинеколога предъявляет жалобы на боли тянущего характера внизу живота с преимущественной локализацией в правой подвздошной области. Данный симптом появился 3 года назад, боли усилились в течение последних 6-и месяцев, сразу к гинекологу не обратилась. Акушерско-гинекологический анамнез: менархе – в 15 лет, менструации установились через 1,5 года, регулярные, умеренные, болезненные, по 5 дней, длительность менструального цикла – 30 дней. Половая жизнь с 20-и лет, второй брак, третий половой партнёр, в качестве метода контрацепции применяет презерватив в сочетании с прерванным половым актом. Было 3 беременности, первая из которых завершилась самопроизвольным выкидышем при беременности малого срока 12 лет назад, вторая – своевременными родами через естественные родовые пути без осложнений 8 лет назад, третья – медицинским абортom на сроке 9 недель по гестации по желанию женщины без осложнений 5 лет назад. Гинекологические заболевания: хронический двусторонний аднексит (со слов, рецидивы возникали 4 раза, было проведено стационарное лечение). Из числа соматических заболеваний отмечает хронический некалькулёзный холецистит вне обострения, хронический гастродуоденит вне обострения, хронический тонзиллит вне обострения. Объективно: состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, физиологической окраски; рост = 165 см, вес = 58 кг; температура тела = 36,7 ° C; АД = 115/75 мм. рт. ст., пульс = 78 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. При пальпации живот мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, перитонеальные симптомы отрицательные. При осмотре молочные железы округлой формы, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные; выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса: при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки цилиндрической формы, чистая, наружный зев щелевидный, закрыт; влагалище ёмкое, складчатость выражена, слизистая не гиперемирована; выделения из влагалища слизистые, умеренные; при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> матка в позиции	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8

	anteversio-flexio, нормальной формы и величины, нормальной консистенции, подвижная, безболезненная при пальпации; придатки слева не определяются, их область безболезненная; в области правых придатков пальпируется округлое образование с гладкой поверхностью, D = 7 см, мягкоэластической консистенции, подвижное, чувствительное при смещении; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрированы; параметральная клетчатка свободная. Проведено УЗИ органов малого таза: матка и левый яичник – без особенностей, правый яичник лоцируется в виде отдельного анатомического образования, рядом с ним определяется округлое тонкостенное образование с жидким гомогенным содержимым D = 7 см, свободная жидкость в малом тазу отсутствует. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите тактику ведения больной.	
21	Пациентка Р., 36 л., на приёме у врача акушера-гинеколога предъявляет жалобы на боли тянущего характера внизу живота с преимущественной локализацией в левой подвздошной области. Данный симптом появился 2 года назад, боли усилились в течение последних 5-и месяцев, сразу к гинекологу не обратилась. Акушерско-гинекологический анамнез: менархе – в 14 лет, менструации установились через год, регулярные, умеренные, безболезненные, по 7 дней, длительность менструального цикла – 28 дней. Половая жизнь с 22-х лет, первый брак, второй половой партнёр, в качестве метода контрацепции применяет презерватив в сочетании с прерванным половым актом. Было 4 беременности, первая из которых завершилась своевременными родами через естественные родовые пути без осложнений 10 лет назад, вторая – тубэктомией справа по поводу нарушенной правосторонней трубной беременности по типу трубного аборта, 2 последние – медицинскими абортами на сроках 8 – 10 недель по гестации по желанию женщины без осложнений. Гинекологические заболевания: хронический двусторонний аднексит (со слов, рецидивы возникали около трёх раз, было проведено стационарное лечение). Из числа соматических заболеваний отмечает хронический гастродуоденит вне обострения, мигрень без ауры. Объективно: состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, физиологической окраски; рост = 162 см, вес = 60 кг; температура тела = 36,7 ° C; АД = 113/77 мм. рт. ст., пульс = 80 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. При пальпации живот мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, перитонеальные симптомы отрицательные. При осмотре молочные железы округлой формы, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные; выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса: при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки цилиндрической формы, чистая, наружный зев шелловидный, закрыт; влагалище ёмкое, складчатость выражена, слизистая не гиперемирована; выделения из влагалища слизистые, умеренные; при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> матка в позиции anteversio-flexio, нормальной формы и величины, нормальной консистенции, подвижная, безболезненная при пальпации; придатки справа не определяются, их область безболезненная; в области левых придатков пальпируется округлое образование с гладкой поверхностью, D = 8,0 см, мягкоэластической консистенции, подвижное, чувствительное при смещении; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрированы; параметральная клетчатка свободная. Проведено УЗИ органов малого таза: матка и правый яичник – без особенностей, левый яичник лоцируется в виде отдельного анатомического образования, рядом с ним определяется округлое тонкостенное образование с жидким гомогенным содержимым D = 8,0 см, свободная жидкость в малом тазу отсутствует. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите тактику ведения больной.	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8
22	Пациентка А., 46 л., обратилась к врачу акушеру-гинекологу женской консультации на 6-ой день менструации с жалобами на нарушения менструального цикла по типу обильных (со сгустками; использует более четырёх ночных прокладок в течение дня), умеренно болезненных, продолжительных (в среднем 7 – 8 дней вместо 4 – 5) менструаций, которые наступают своевременно при продолжительности менструального цикла в 28 дней. Также отмечает слабость, утомляемость, снижение работоспособности. Данные симптомы беспокоят больную в течение последнего года. Акушерско-гинекологический анамнез: половая жизнь с 20-и лет, второй брак, второй половой партнёр, в качестве метода контрацепции применяет презерватив в сочетании с прерванным половым актом. Было 5 беременностей, 2 из которых завершились	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8

	своевременными родами через естественные родовые пути без осложнений 20 и 16 лет назад, остальные 3 – медицинскими абортами на сроках 8 – 10 недель по гестации по желанию женщины без осложнений. В анамнезе – абсцесс правой бартолиновой железы (производилось вскрытие абсцесса и марсупиализация 4 года назад), ИППП отрицает. Из числа соматических заболеваний отмечает хроническую ЖДА легкой степени тяжести, ГЭРБ вне обострения, хронический гастродуоденит вне обострения, наружный геморрой вне обострения. Пациентка наблюдается у терапевта, периодически принимает «Феррум Лек» по 100 мг/сут., старается соблюдать диету, богатую белком животного происхождения; гематологом не консультирована. Объективно: состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, бледные; рост = 167 см, вес = 60 кг; температура тела = 36,7 ° С; АД = 125/80 мм. рт. ст., пульс = 84 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. Данные ОАК: Hb = 93 г/л, эритроциты = $3,0 \cdot 10^{12}/л$, ЦП = 0,78. При пальпации живот мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, перитонеальные симптомы отрицательные. При осмотре молочные железы округлой формы, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные, выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса: при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки цилиндрической формы, чистая, наружный зев щелевидный, закрыт; влагалище ёмкое, складчатость выражена незначительно, слизистая не гиперемирована; выделения из влагалища кровянистые, умеренные (менструальные); при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> матка в позиции anteversio-flexio, увеличена до 7-и недель беременности, плотная, подвижная, чувствительная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их области безболезненные; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрированы; параметральная клетчатка свободная. Данные УЗИ органов малого таза: полость матки расширена за счёт наличия округлого образования средней эхогенности, с чёткой капсулой, D = 27 мм, области придатков – без особенностей; свободная жидкость в малом тазу не определяется. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите тактику ведения больной.	
23	Пациентка К., 34 г., обратилась к врачу акушеру-гинекологу женской консультации на 5-ый день менструального цикла с жалобами на обильные менструации, слабость, утомляемость, апатию, периодическое головокружение. Данные симптомы беспокоят больную в течение последнего года. Из анамнеза известно, что состоит на диспансерном учете у врача акушера-гинеколога по поводу миомы матки, которая была обнаружена 5 лет назад (при постановке диагноза во время проведения осмотра матка была увеличена до 6-и недель беременности). До текущего визита последний раз была у гинеколога полгода назад: величина матки при проведении осмотра соответствовала 8-и неделям беременности. Акушерско-гинекологический анамнез: менархе – в 12 лет, менструации установились через 1 год, регулярные, в течение последнего года обильные, со сгустками, умеренно болезненные, по 7 – 8 дней, длительность менструального цикла – 32 дня. Последняя менструация началась своевременно 10 дней назад, продолжается до настоящего времени. Половая жизнь с 18-и лет, в браке, второй половой партнёр, в качестве метода контрацепции использует спермицид ноноксинол, согласно инструкции. Было 3 беременности, первая из которых завершилась самопроизвольным выкидышем при беременности малого срока 14 лет назад, вторая – своевременными родами через естественные родовые пути, осложнёнными II-ой слабостью родовой деятельности (II СРД) с последующим родоусилением окситоцином 10 лет назад, третья – вакуум-аспирацией содержимого полости матки без осложнений в связи с неразвивающейся беременностью по типу гибели эмбриона на сроке 10 – 11 недель по гестации 6 лет назад. Соматический анамнез, со слов, не отягощён. Семейный анамнез: отмечает наличие у мамы ранее множественной миомы матки больших размеров, по поводу которой была произведена надвлагалищная ампутация матки с придатками (НАМ) 3 года назад. Объективно: состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, бледные; рост = 164 см, вес = 68 кг; температура тела = 36,7 ° С; АД = 115/75 мм. рт. ст., пульс = 96 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s; при аускультации сердца отмечается систолический шум на верхушке. Данные ОАК: Hb = 88 г/л, эритроциты = $2,7 \cdot 10^{12}/л$, ЦП = 0,72. При пальпации живот мягкий, чувствительный в гипогастрии, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, перитонеальные симптомы отрицательные. При осмотре молочные железы округлой формы, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные, выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса: при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно;	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8

	область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки цилиндрической формы, чистая, наружный зев щелевидный, закрыт; влагалище ёмкое, складчатость выражена, слизистая не гиперемирована; выделения из влагалища кровянистые, умеренные; при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> матка в позиции retroversio-flexio, увеличена до 13-и недель беременности, плотная, бугристая, ограниченно подвижная, чувствительная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их области безболезненные; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрированы; параметральная клетчатка свободная. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите тактику ведения больной.	
24	Пациентка П., 45 л., наблюдается у врача акушера-гинеколога женской консультации по поводу миомы матки в течение 3-х лет, гормональные препараты не принимает. На протяжении последних 5-и месяцев предъявляет жалобы на обильные менструации, сопровождающиеся схваткообразными болями внизу живота, также беспокоят слабость, утомляемость, снижение работоспособности. Акушерско-гинекологический анамнез: менархе – в 14 лет, менструации установились через 1,5 года, регулярные, по 6 – 7 дней, длительность менструального цикла – 30 дней. Половая жизнь с 27-и лет, в браке, первый половой партнёр, в качестве метода контрацепции периодически применяет презерватив. Было 3 беременности, первая из которых завершилась самопроизвольным выкидышем при беременности малого срока 12 лет назад, вторая – своевременными родами через естественные родовые пути без осложнений 8 лет назад, третья – медицинским абортom на сроке 9 недель по гестации по желанию женщины без осложнений 5 лет назад. Из числа соматических заболеваний отмечает ГБ II ст., риск 4, СД 2 типа, инсулинонезависимый, компенсированный, ожирение I ст. Пациентка на регулярной основе принимает гипотензивные и гипогликемические препараты, назначенные терапевтом и эндокринологом, диету соблюдает периодически (со слов, исключила из рациона мучные изделия). Общеклинические анализы крови и мочи не сдавала на протяжении 1,5 лет. Объективно: состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, бледноватые; рост = 170 см, вес = 97 кг; температура тела = 36,7 °C; АД = 135/85 мм. рт. ст., пульс = 88 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. Данные ОАК: Hb = 100 г/л, эритроциты = $3,2 \cdot 10^{12}/л$, ЦП = 0,82. При пальпации живот мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, перитонеальные симптомы отрицательные; выражено абдоминальное ожирение. При осмотре молочные железы округлой формы, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные, выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса: при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки цилиндрической формы, чистая, наружный зев щелевидный, закрыт; влагалище ёмкое, складчатость выражена незначительно, слизистая не гиперемирована; выделения из влагалища слизистые, умеренные; при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> матка в позиции anteversio-flexio, увеличена до 8-и недель беременности, плотная, бугристая, подвижная, безболезненная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их области безболезненные; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрированы; параметральная клетчатка свободная. Данные УЗИ органов малого таза: матка увеличена за счёт наличия гипэхогенных округлых образований с выраженной капсулой D = 26 мм, D = 17 мм, расположенных в толще передней и задней стенок соответственно; полость матки расширена за счёт наличия округлого образования D = 30 мм аналогичной эхогенности; при ЦДК – кровоток по периферии; области придатков – без особенностей; свободная жидкость в малом тазу не определяется. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите тактику ведения больной.	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8
25	Пациентка М., 35 л., обратилась к врачу акушеру-гинекологу женской консультации на 7-ой день менструации с жалобами на слабость, головокружение, тянущие боли внизу живота, снижение трудоспособности, которые беспокоят пациентку в течение последних двух лет. Усиление данных симптомов больная наблюдает во время менструаций, которые изменили свой характер: стали обильными (со сгустками), продолжительными (по 7 – 8 дней), умеренно болезненными, возникают регулярно с интервалом в 28 – 30 дней. Акушерско-гинекологический анамнез: половая жизнь с 20-и лет, второй брак, третий половой партнёр, в качестве метода контрацепции применяет презерватив в сочетании с прерванным половым актом.	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8

	Было 3 беременности, первая из которых завершилась самопроизвольным выкидышем при беременности малого срока 12 лет назад, вторая – своевременными родами через естественные родовые пути без осложнений 8 лет назад, третья – медицинским абортom на сроке 9 недель по гестации по желанию женщины без осложнений 5 лет назад. Из числа соматических заболеваний отмечает хронический некалькулезный холецистит вне обострения, хронический гастродуоденит вне обострения, хронический тонзиллит вне обострения. Общеклинические анализы крови и мочи не сдавала на протяжении 1,5 лет. Объективно: состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, бледные; рост = 165 см, вес = 58 кг; температура тела = 36,7 ° C; АД = 115/75 мм. рт. ст., пульс = 90 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. Данные ОАК: Hb = 82 г/л, эритроциты = $2,3 \cdot 10^{12}/л$, ЦП = 0,68. При пальпации живот мягкий, чувствительный в гипогастрии, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, перитонеальные симптомы отрицательные. При осмотре молочные железы округлой формы, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные, выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса: при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки цилиндрической формы, чистая, наружный зев щелевидный, закрыт; влагалище ёмкое, складчатость выражена, слизистая не гиперемирована; выделения из влагалища кровянистые, скудные (менструальные); при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> матка в позиции retroversio-flexio, увеличена до 10-и – 11-и недель беременности, плотная, бугристая, ограниченно подвижная, безболезненная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их области безболезненные; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрированы; параметральная клетчатка свободная. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите тактику ведения больной.	
26	Пациентка Л., 47 л., поступила экстренно в гинекологическое отделение многопрофильного стационара с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей, интенсивные схваткообразные боли внизу живота, начавшиеся 2 часа назад. Из анамнеза известно, что при проведении УЗИ органов малого таза во время предварительного медицинского осмотра 2 года назад выявлен субмукозный миоматозный узел 0-го типа D = 2,5 см; за медицинской помощью после постановки диагноза не обращалась. Акушерско-гинекологический анамнез: менархе – в 13 лет, менструации регулярные, в последнее время обильные, со сгустками, болезненные, по 7 – 8 дней при длительности менструального цикла в 34 дня. Половая жизнь с 19-и лет, в браке, первый половой партнёр, применяет барьерный метод контрацепции (презерватив) в сочетании с календарным. Было 4 беременности, три из которых завершились своевременными родами через естественные родовые пути без осложнений 25, 20, 10 лет назад, последняя 5 лет назад – медикаментозным абортom по желанию женщины без осложнений. Данные за экстрагенитальную патологию отсутствуют. Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное; кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледные; рост = 162 см, вес = 60 кг; температура тела = 37,0 ° C; АД = 128/74 мм. рт. ст., пульс = 87 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. Данные ОАК: Hb = 75 г/л, эритроциты = $2,0 \cdot 10^{12}/л$, ЦП = 0,6. При пальпации живот мягкий, болезненный в гипогастрии, где отмечается незначительное мышечное напряжение, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, перитонеальные симптомы отрицательные. При осмотре молочные железы округлой формы, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные, выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса: при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки цилиндрической формы, чистая, из наружного зева исходит объемное округлое образование на тонкой ножке D = 3,5 см белесоватого цвета; влагалище ёмкое, складчатость выражена незначительно, слизистая не гиперемирована; выделения из влагалища кровянистые, обильные; при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> во влагалище определяется шаровидное образование D = 3,5 см плотной консистенции, болезненное при пальпации; матка в позиции anteversio-flexio, плотная, подвижная, болезненная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их области безболезненные; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрированы; параметральная клетчатка свободная. Вопросы:	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8

	1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите urgentную тактику ведения больной. 3. Укажите причину данного состояния пациентки и верную тактику ее дальнейшего ведения.	
27	Пациентка А., 43 г., обратилась к врачу акушеру-гинекологу женской консультации с жалобами на болезненные, продолжительные (по 8 дней), обильные (со сгустками) менструации, мажущие темно-коричневые выделения из половых путей в течение 5-и дней после менструации на протяжении последних двух лет. Из анамнеза известно следующее: состоит на диспансерном учёте по поводу миомы матки в течение 5-и лет. При постановке на учёт размер матки соответствовал 6-и – 7-и неделям беременности. На протяжении 4,5 лет пациентка регулярно наблюдалась у гинеколога: величина матки оставалась прежней. Считает себя больной после проведения медицинского аборта на сроке 8 недель по гестации 3 года назад, осложнившегося кровотечением, что потребовало повторного РЛДВ цервикального канала и полости матки. Акушерско-гинекологический анамнез: менархе – в 12 лет, менструации установились сразу, регулярные, ранее были умеренными, безболезненными, по 5 дней при длительности менструального цикла в 28 дней. Половая жизнь с 20-и лет, второй брак, второй половой партнёр, в качестве метода контрацепции применяет презерватив в сочетании с прерванным половым актом (ППА). Было 5 беременностей, 2 из которых завершились своевременными родами через естественные родовые пути без осложнений 20 и 16 лет назад, остальные 3 – медицинскими абортами на сроках 8 – 10 недель по гестации по желанию женщины. Объективно: состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, бледноватые; рост = 167 см, вес = 60 кг; температура тела = 36,7 °С; АД = 125/80 мм. рт. ст., пульс = 84 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. Данные ОАК: Hb = 113 г/л, эритроциты = $3,6 \cdot 10^{12}/л$, ЦП = 0,82. При пальпации живот мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, перитонеальные симптомы отрицательные. При осмотре молочные железы округлой формы, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные, выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса: при гинекологическом осмотре наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при исследовании в зеркалах шейка матки цилиндрической формы, чистая, наружный зев щелевидный, закрыт; влагалище ёмкое, складчатость выражена, слизистая не гиперемирована; выделения из влагалища слизистые, умеренные; при бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании тракции за шейку матки безболезненные; матка в позиции anteversio-flexio, увеличена до 10-11-и недель беременности, расширена в передне-заднем направлении, шаровидной формы, плотная, подвижная, чувствительная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрированы; параметральная клетчатка свободная. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите тактику ведения больной.	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8
28	Пациентка В., 47 л., доставлена в дежурный гинекологический стационар бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на интенсивные схваткообразные боли внизу живота во время очередной продолжительной менструации. Акушерско-гинекологический анамнез: менархе – в 13 лет, менструации установились сразу, регулярные, ранее были умеренными, безболезненными, по 5 – 7 дней при длительности менструального цикла в 30 дней. В последний год отмечает изменение характера менструаций по типу гиперменструального синдрома: менструации стали длительными (по 7 – 10 дней), обильными (со сгустками), болезненными (больная часто принимает НПВС для купирования болевого синдрома). Половая жизнь с 30-и лет, в браке, первый половой партнёр, в качестве метода контрацепции периодически применяет презерватив в сочетании с прерванным половым актом (ППА). Было 3 беременности, первые две из которых завершились медицинскими абортами на сроках 9 – 10 недель по гестации по желанию женщины без осложнений, последняя – левосторонней тубэктомией по поводу эктопической беременности без осложнений. Соматические заболевания отрицает. Объективно: состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, бледные; рост = 170 см, вес = 65 кг; температура тела = 36,7 °С; АД = 125/85 мм. рт. ст., пульс = 98 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. Данные ОАК: Hb = 105 г/л, эритроциты = $3,2 \cdot 10^{12}/л$, ЦП = 0,8. При пальпации живот мягкий, болезненный в гипогастрии, преимущественно в	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8

	надлобковой области, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, перитонеальные симптомы отрицательные. При осмотре молочные железы округлой формы, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные, выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса: при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки конической формы, на передней губе визуализируется участок гиперемии D = 3,0 см, при контакте с инструментом не кровоточит, наружный зев точечный, закрыт; влагалище узкое, складчатость выражена, слизистая не гиперемирована; выделения из влагалища кровянистые, умеренные; при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> тракции за шейку матки безболезненные; матка в позиции anteversio-flexio, увеличена до 7-и недель беременности, шаровидной формы, плотная, подвижная, чувствительная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрированы; параметральная клетчатка свободная. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите тактику ведения больной.	
29	Пациентка Д., 45 л., обратилась к врачу акушеру-гинекологу женской консультации с жалобами на постоянные тянущие боли внизу живота, болезненные, продолжительные (по 8 – 10 дней), обильные (со сгустками) менструации, мажущие темно-коричневые выделения из половых путей в течение 3-х – 5-и дней до и после менструации на протяжении последних трёх лет. Акушерско-гинекологический анамнез: менархе – в 13 лет, менструации установились сразу, регулярные, ранее были умеренными, безболезненными, по 5 дней при длительности менструального цикла в 28 дней. Половая жизнь с 23-х лет, второй брак, второй половой партнёр, в качестве метода контрацепции применяет негормональную ВМС «Юнона» «Juno Gold» в течение 4-х лет. Было 6 беременностей, 3 из которых завершились своевременными родами через естественные родовые пути без осложнений 20, 18, 10 лет назад, 2 – медицинскими абортми на сроках 8 – 10 недель по гестации по желанию женщины без осложнений, последняя – самопроизвольным выкидышем при беременности малого срока 7 лет назад. Объективно: состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, бледноватые; рост = 157 см, вес = 52 кг; температура тела = 36,7 °C; АД = 115/73 мм. рт. ст., пульс = 74 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. Данные ОАК: Hb = 115 г/л, эритроциты = $3,7 \cdot 10^{12}/л$, ЦП = 0,83. При пальпации живот мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, перитонеальные симптомы отрицательные. При осмотре молочные железы округлой формы, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные, выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса: при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки цилиндрической формы, чистая, наружный зев щелевидный, закрыт; из наружного зева визуализируются контрольные нити ВМС; влагалище ёмкое, складчатость выражена, слизистая не гиперемирована; выделения из влагалища слизистые, умеренные; при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> тракции за шейку матки безболезненные; матка в позиции retroversio-flexio, увеличена до 6-и недель беременности, расширена в передне-заднем направлении, шаровидной формы, плотная, подвижная, чувствительная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрированы; параметральная клетчатка свободная. Произведена метросальпингография: на рентгенограмме визуализируются булавовидные ниши и законтурные тени, отчётливо видна тень ВМС. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите тактику ведения больной.	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8
30	Пациентка Е., 34 г., обратилась к врачу акушеру-гинекологу женской консультации с жалобами на отсутствие беременности в браке при регулярной половой жизни без методов контрацепции в течение 3-х лет. Также пациентка отмечает, что на протяжении последних 3-х – 4-х лет у неё появились тянущие боли внизу живота, усиливающиеся в первые дни менструации, которые приобретают настолько интенсивный характер, что становятся причиной для оформления больничного листа по причине нетрудоспособности больной. Кроме этого, в течение последних 2-х лет обращает внимание на диспепсические расстройства (тошноту, запоры, вздутие живота), возникающие во время менструации; у	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8

	гастроэнтеролога не наблюдается. Акушерско-гинекологический анамнез: менархе – в 13 лет, менструации установились сразу, регулярные при длительности менструального цикла в 26 – 28 дней; в последнее время стали более обильные, болезненные, длительностью 8 – 9 дней. Последняя менструация наступила своевременно 3 недели назад. Половая жизнь с 20-х лет, в браке, (у мужа – второй брак, в первом браке – двое детей), второй половой партнёр, от наступления беременности не предохраняется на протяжении трёх лет (безрезультатно планирует беременность, репродуктологом супружеская пара не консультирована). Была 1 неразвивающаяся беременность по типу гибели эмбриона на сроке 10 – 11 недель по гестации, которая завершилась вакуум-аспирацией содержимого полости матки 7 лет назад. Объективно: состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, физиологической окраски; рост = 167 см, вес = 63 кг; температура тела = 36,7 ° С; АД = 123/77 мм. рт. ст., пульс = 75 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. При пальпации живот мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, перитонеальные симптомы отрицательные. При осмотре молочные железы округлой формы, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные, выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса: при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки конической формы, чистая, наружный зев точечный, закрыт; влагалище узкое, складчатость выражена, слизистая не гиперемирована; выделения из влагалища слизисто-сукровичные, умеренные; при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> тракции за шейку матки безболезненные; матка в позиции retroversio-flexio, увеличена до 6-и недель беременности, шаровидной формы, «рыхлой» консистенции, ограниченно подвижная, чувствительная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрированы; параметральная клетчатка свободная. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите тактику ведения больной.	
31	Пациентка Ж., 38 л., обратилась к врачу акушеру-гинекологу женской консультации с жалобами на болезненные, продолжительные (по 8 – 10 дней), обильные (со сгустками) менструации, мажущие темно-коричневые выделения из половых путей в течение 4-х – 6-и дней после менструации на протяжении последних двух лет. Акушерско-гинекологический анамнез: менархе – в 14 лет, менструации установились сразу, регулярные, ранее были умеренными, безболезненными, по 5 дней при длительности менструального цикла в 26 – 27 дней. Последняя менструация наступила своевременно 24 дня назад. Половая жизнь с 18-и лет, второй брак, третий половой партнёр, в качестве метода контрацепции применяет презерватив в сочетании с прерванным половым актом (ППА). Было 2 беременности, которые завершились оперативными родами путём операции кесарево сечение (КС) в плановом порядке (показание для первых плановых оперативных родов – миопия высокой степени тяжести, для вторых – рубец на матке после предыдущего КС) 13 и 8 лет назад. Объективно: состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, бледные; рост = 163 см, вес = 58 кг; температура тела = 36,7 ° С; АД = 108/67 мм. рт. ст., пульс = 74 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. Данные ОАК: Hb = 104 г/л, эритроциты = $3,2 \cdot 10^{12}/л$, ЦП = 0,8. При пальпации живот мягкий, чувствительный в гипогастрии, преимущественно в надлобковой области, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, перитонеальные симптомы отрицательные. При осмотре молочные железы округлой формы, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные, выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса: при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки конической формы, чистая, наружный зев точечный, закрыт; влагалище узкое, складчатость выражена, слизистая не гиперемирована; выделения из влагалища слизистые, умеренные; при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> тракции за шейку матки безболезненные; матка в позиции anteversio-flexio, увеличена до 11-и недель беременности, бугристая, ограниченно подвижная, чувствительная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная; влагалищные своды свободные,	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8

	безболезненные, не инфильтрированы; параметральная клетчатка свободная. Проведено УЗИ органов малого таза: матка расположена в позиции anteversio-flexio, размерами 109 × 90 × 100 мм, полость матки деформирована, М-эхо = 13 мм, однородное, миометрий диффузно неоднородный с множеством кистозных включений в виде «пчелиных сот», из задней стенки матки исходит миоматозный интерстициальный узел размерами 60 × 65 мм, по правому ребру лоцируется конгломерат узлов размерами 50 × 70 мм, области придатков – без особенностей, свободная жидкость в малом тазу не визуализируется. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите тактику ведения больной.	
32	Пациентка С., 22 г., обратилась к акушеру-гинекологу с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, появление белей желтого цвета с неприятным запахом. Вопрос: Укажите обязательные методы обследования для данной пациентки с целью уточнения диагноза.	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8
33	Пациентка В., 30 л., обратилась на прием к акушеру-гинекологу женской консультации для обследования по поводу отсутствия беременности в течение трех лет регулярной половой жизни без использования контрацепции после перенесенного медицинского аборта по желанию женщины на сроке 10 недель гестации. Из анамнеза установлено, что течение послеабортного периода осложнилось острым эндометритом и двусторонним аднекситом, что потребовало проведения комплексного противовоспалительного лечения в условиях стационара. В ходе проведения обследования пациентки по поводу предъявляемых ею жалоб был заподозрен трубно-перитонеальный фактор бесплодия. Вопрос: Укажите наиболее актуальные методы диагностики, которые необходимо рекомендовать пациентке в данной ситуации с целью уточнения диагноза.	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8
34	Пациентка М., 24 г., обратилась к акушеру-гинекологу женской консультации с жалобами на редкие, нерегулярные менструации кратностью 4 – 5 раз в год. Акушерско-гинекологический анамнез: менархе – в 11 лет, менструации установились через 2,5 года, умеренные, безболезненные, по 3 – 4 дня, последняя менструация наступила 3 месяца назад. Половая жизнь с 18-и лет, в браке, первый половой партнёр, метод контрацепции на протяжении последних двух лет – прерванный половой акт (ППА). Была 1 беременность, наступившая в результате стимуляции овуляции препаратом «Клостилбегит», которая 2 года назад завершилась своевременными родами через естественные родовые пути, осложнёнными задержкой частей последа в полости матки и развитием субинволюции матки с последующей вакуум-аспирацией содержимого полости матки в позднем послеродовом периоде. Объективно: состояние удовлетворительное; сознание ясное; на коже щёк, лба – проявления акне в сочетании с рубцовыми изменениями (постакне), кожные покровы, видимые слизистые туловища чистые, физиологической окраски; пациентка правильного телосложения, избыточного питания (ИМТ = 28 кг/м²); отмечается избыточное оволосение по белой линии живота, вокруг пупка, на бедрах и голени; гемодинамика стабильная: АД = 115/75 мм. рт. ст., пульс = 78 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. При пальпации живот мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания; перитонеальные симптомы отрицательные; выражено абдоминальное ожирение. При осмотре молочные железы округлой формы, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные, выделения из сосков отсутствуют, отмечается оволосение периареоларной области. Данные гинекологического статуса: при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки цилиндрической формы, чистая, наружный зев щелевидный, закрыт; влагалище ёмкое, складчатость выражена, слизистая не гиперемирована; выделения из влагалища слизистые, скудные; при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> матка в позиции anteversio-flexio, не увеличена, нормальной консистенции, подвижная, безболезненная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрированы; параметральная клетчатка свободная. Проведена функциональная проба с дидрогестероном в дозировке 10 мг * 2 р./сут., после которой через 2 дня началась менструальноподобная реакция. Вопрос: Сформулируйте заключение по результатам проведённой пробы и назовите возможные механизмы нарушения менструальной функции	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8
35	Пациентка А., 32 г., обратилась к врачу акушеру-гинекологу женской консультации с жалобами на обильные серые выделения из половых путей, зуд, жжение в области	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7,

	влагалища. Данные симптомы беспокоят пациентку на протяжении 5-и дней. Акушерско-гинекологический анамнез: менархе – в 12 лет, менструации установились сразу, регулярные, умеренные, безболезненные, по 5 дней при длительности менструального цикла в 26 – 28 дней. Половая жизнь с 20-и лет, первый брак, второй половой партнёр, в течение двух лет в качестве метода контрацепции применяет низкодозированный комбинированный оральный контрацептив (КОК) «Ярина +», препарат переносит хорошо. Было 2 беременности, первая из которых завершилась своевременными родами через естественные родовые пути, осложнёнными задержкой частей последа в полости матки, в результате чего производилось ручное обследование полости матки, удаление остатков плацентарной ткани 7 лет назад и вторая неразвивающаяся беременность по типу гибели эмбриона на сроке 10 – 11 недель по гестации, которая завершилась вакуум-аспирацией содержимого полости матки 2,5 года назад. Соматический анамнез, со слов, не отягощён. Объективно: состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, физиологической окраски; рост = 167 см, вес = 60 кг; температура тела = 36,7 ° C; АД = 123/77 мм. рт. ст., пульс = 75 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. При пальпации живот мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, перитонеальные симптомы отрицательные. При осмотре молочные железы округлой формы, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные, выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса: при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; слизистая вульвы бледно-розового цвета; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки цилиндрической формы, чистая, наружный зев щелевидный, закрыт; влагалище ёмкое, складчатость выражена, слизистая бледно-розового цвета; выделения из половых путей обильные, однородные, кремообразные, серые, с неприятным «рыбным» запахом, прилипают к стенкам влагалища; при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> матка в позиции retroversio-flexio, не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрованы; параметральная клетчатка свободная. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите тактику ведения больной.	ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8
36	Пациентка Р., 25 л., поступила в гинекологическое отделение многопрофильного стационара с жалобами на боли в области наружных половых органов, неловкость при ходьбе, повышение температуры тела до 38,0 °C, слабость, недомогание на протяжении 4-х дней. Данные симптомы появились после переохлаждения. В течение последних суток состояние резко ухудшилось: температура тела повысилась до 39,0 °C, боли в области наружных половых органов, преимущественно в толще правой большой половой губы, усилились, стали резкими, пульсирующими. Акушерско-гинекологический анамнез: менархе – в 13 лет, менструации установились сразу, регулярные, умеренные, безболезненные, по 5 – 7 дней при длительности менструального цикла в 28 дней. Менструальная функция не нарушена. Последняя менструация наступила своевременно 3 недели назад. Половая жизнь с 18-и лет, первый брак, второй половой партнёр, в качестве метода контрацепции применяет презерватив в сочетании с прерванным половым актом (ППА). Была 1 беременности, которая завершилась своевременными родами через естественные родовые пути 3 года назад, которые осложнились разрывом шейки матки II ст. Гинекологические заболевания отрицает. Объективно: состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, физиологической окраски; рост = 167 см, вес = 57 кг; температура тела = 38,0 ° C; АД = 115/73 мм. рт. ст., пульс = 88 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. При пальпации живот мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, перитонеальные симптомы отрицательные. При осмотре молочные железы округлой формы, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные, выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса: при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры не изменена; в области правой большой половой губы определяется образование мягкой консистенции размерами 4 x 3 см, закрывающее вход во влагалище, кожа над ним гиперемированная, горячая на ощупь, отёчная, при пальпации отмечается флюктуация, резкая болезненность, имеется нарушение целостности оболочки данного образования D = 2 мм; оволосение по женскому типу; при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки цилиндрической формы, чистая, рубцово деформирована по передней губе, наружный зев щелевидный, закрыт; влагалище ёмкое,	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8

	складчатость выражена, слизистая не гиперемирована; выделения из половых путей серозно-гнойные, умеренные, с характерным запахом; при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> матка в позиции retroversio-flexio, не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрированы; параметральная клетчатка свободная. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите тактику ведения больной.	
37	Пациентка В., 26 л., обратилась к врачу акушеру-гинекологу женской консультации с жалобами на зуд в области наружных половых органов, чувство жжения при мочеиспускании. Считает себя больной на протяжении 4-х дней. Из анамнеза известно следующее: неделю назад перенесла ангину, в течение 7-и дней принимала антибиотик амоксициллин («Флемоксин солютаб») в дозировке 1000 мг./сут. Характер менструальной функции: менархе – в 11 лет, менструации установились сразу, регулярные, умеренные, безболезненные, по 4 дня при длительности менструального цикла в 27 дней. Последняя менструация наступила своевременно 11 дней назад. Нарушения менструального цикла отрицает. Характер половой функции: половая жизнь с 16-и лет, вне брака, второй половой партнёр, в качестве метода контрацепции применяет презерватив в сочетании с прерванным половым актом (ППА); беременности ранее не наступали (не планировала беременности). Соматический анамнез, со слов, неотягощён. Гинекологические заболевания отрицает. Объективно: состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, физиологической окраски; рост = 158 см, вес = 54 кг; температура тела = 36,7 ° С; АД = 123/77 мм. рт. ст., пульс = 80 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. При пальпации живот мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, перитонеальные симптомы отрицательные. При осмотре молочные железы округлой формы, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные, выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса: при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки конической формы, чистая, наружный зев точечный, закрыт; влагалище узкое, складчатость выражена; шейка матки и стенки влагалища гиперемированы, покрыты белым творожистым налетом, который легко снимается марлевым шариком; выделения из половых путей творожистые, обильные; при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> матка в позиции anteversio-flexio, не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрированы; параметральная клетчатка свободная. Проведена расширенная кольпоскопия: на стенках влагалища определяются мелкоточечные вкрапления в виде «манной крупы» с выраженным сосудистым рисунком. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите тактику ведения больной.	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8
38	Пациентка Г., 22 г., обратилась к врачу акушеру-гинекологу женской консультации с жалобами на зуд, чувство жжения в области наружных половых органов и во влагалище, усиливающиеся во время полового акта и сна, обильные творожистые выделения из половых путей. Считает себя больной на протяжении 6-и дней. Характер менструальной функции: менархе – в 13 лет, менструации установились сразу, регулярные, умеренные, безболезненные, по 4 дня при длительности менструального цикла в 26 – 27 дней. Последняя менструация наступила своевременно 14 дней назад. Нарушения менструального цикла отрицает. Характер половой функции: половая жизнь с 17-и лет, вне брака, первый половой партнёр, в качестве метода контрацепции использует спермицид ноноксинол, согласно инструкции; беременности ранее не наступали (не планировала беременности). Гинекологические заболевания отрицает. Из числа соматических патологий отмечает хронический некалькулёзный холецистит вне обострения, ГЭРБ вне обострения. Пациентка соблюдает диету, рекомендованную гастроэнтерологом. Объективно: состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, физиологической окраски; рост = 168 см, вес = 64 кг; температура тела = 36,7 ° С; АД = 120/72 мм. рт. ст., пульс = 78 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. При пальпации живот мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, перитонеальные симптомы отрицательные. При осмотре молочные железы округлой формы, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные, выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса: при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу;	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8

	при исследовании в зеркалах шейка матки конической формы, чистая, наружный зев точечный, закрыт; влагалище узкое, складчатость выражена; шейка матки и слизистая влагалища гиперемированы, отёчны, покрыты белесоватым налетом, который легко снимается марлевым шариком; выделения из половых путей творожистые, обильные; при бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании матка в позиции retroversio-flexio, не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрированы; параметральная клетчатка свободная. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите тактику ведения больной.	
39	Пациентка Д., 23 г., обратилась к врачу акушеру-гинекологу женской консультации с жалобами на обильные пенные бели с неприятным запахом, зуд, жжение в области наружных половых органов и во влагалище, резь при мочеиспускании, частые позывы на мочеиспускание. Считает себя больной в течение недели, заболела вскоре после незащищённого случайного полового контакта. Характер менструальной функции: менархе – в 14 лет, менструации установились сразу, регулярные, умеренные, безболезненные, по 3 – 4 дня при длительности менструального цикла в 28 дней. Последняя менструация наступила своевременно 12 дней назад. Нарушения менструального цикла отрицает. Характер половой функции: половая жизнь с 16-и лет, вне брака, пятый половой партнёр, основной метод контрацепции – прерванный половой акт (ППА), периодически в качестве метода контрацепции использует спермицид ноноксинол, согласно инструкции; беременности ранее не наступали (не планировала беременности). Объективно: состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, физиологической окраски; рост = 170 см, вес = 63 кг; температура тела = 36,7 °С; АД = 120/80 мм. рт. ст., пульс = 77 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. При пальпации живот мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, перитонеальные симптомы отрицательные. При осмотре молочные железы округлой формы, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные, выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса: при гинекологическом осмотре наружные половые органы развиты правильно; слизистая вульвы гиперемирована, отёчна, с точечными кровоизлияниями; в области уретры определяются пенные обильные выделения желтовато-зелёного цвета; область ануса, бартолиновы железы не изменены; оволосение по женскому типу; при исследовании в зеркалах шейка матки конической формы, гиперемирована, отёчна, с выраженным нарушением эпителиального покрова по обеим губам, наружный зев точечный, закрыт; влагалище узкое, складчатость выражена; отмечается выраженная гиперемия слизистой влагалища с точечными кровоизлияниями, выраженная мацерация эпителия влагалища, при обработке стенок влагалища марлевым шариком последний окрашивается сукровичным отделяемым; выделения из половых путей желтовато-зелёного цвета, пенные, обильные; при бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании тропики за шейку матки чувствительные; матка в позиции retroversio-flexio, не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрированы; параметральная клетчатка свободная. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите тактику ведения больной.	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8
40	Пациентка З., 23 г., обратилась к врачу акушеру-гинекологу женской консультации с жалобами на боль, зуд, жжение в области вульвы, боль при мочеиспускании, повышение температуры тела до 37,7 °С. Заболела остро на 6-ой день менструального цикла. Характер менструальной функции: менархе – в 12 лет, менструации установились сразу, регулярные, умеренные, безболезненные, по 5 дней при длительности менструального цикла в 28 дней. Последняя менструация наступила своевременно 8 дней назад. Нарушения менструального цикла отрицает. Характер половой функции: половая жизнь с 18-и лет, вне брака, второй половой партнёр, основной метод контрацепции – прерванный половой акт (ППА) в сочетании с календарным методом; беременности ранее не наступали (не планировала беременности). Гинекологические заболевания отрицает. Соматический анамнез, со слов, неотягощён. Объективно: состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, физиологической окраски; рост = 180 см, вес = 72 кг; температура тела = 37,3 °С; АД = 125/75 мм. рт. ст., пульс = 87 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. При пальпации живот мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, перитонеальные симптомы отрицательные.	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8

	При осмотре молочные железы округлой формы, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные, выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса: при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; на коже и слизистой вульвы обнаружены везикулы с прозрачным содержимым, периферической гиперемией диаметром от 2-х мм до 5-и мм; отмечается отёк малых и больших половых губ; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки конической формы, чистая, наружный зев точечный, закрыт, гиперемирован; влагалище узкое, складчатость выражена; выделения из половых путей слизистые, умеренные; при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> матка в позиции anteversio-flexio, не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрированы; параметральная клетчатка свободная. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите тактику ведения больной.	
41	Пациентка А., 35 л., обратилась к врачу акушеру-гинекологу женской консультации на 10-ый день менструального цикла с жалобами на периодические межменструальные мажущие кровянистые выделения из половых путей длительностью 3 – 5 дней. Данные симптомы беспокоят больную на протяжении полугода. Акушерско-гинекологический анамнез: менархе – в 13 лет, менструации установились сразу, регулярные, умеренные, безболезненные, по 7 дней, через 26 – 28 дней. Половая жизнь с 18-и лет, второй брак, второй половой партнёр, применяет барьерный метод контрацепции (презерватив) в сочетании с календарным. Была 1 беременность в первом браке, которая завершилась своевременными родами через естественные родовые пути, осложнёнными II-ой слабостью родовой деятельности (СРД) с последующим родоусилением окситоцином в/в капельно. Объективно: состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, физиологической окраски; рост = 168 см, вес = 64 кг; температура тела = 36,7 ° C; АД = 117/82 мм. рт. ст., пульс = 78 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. Данные за экстрагенитальную патологию отсутствуют. При пальпации живот мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания; перитонеальные симптомы отрицательные. При осмотре молочные железы округлой формы, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные; выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса: при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки цилиндрической формы, чистая, наружный зев щелевидный, закрыт; влагалище ёмкое, складчатость выражена, слизистая не гиперемирована; выделения из влагалища коричневатые, скудные; при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> матка в позиции retroversio-flexio, не увеличена, нормальной консистенции, правильной формы, подвижная, безболезненная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрированы; параметральная клетчатка свободная. На приёме пациентка предъявила протокол УЗИ органов малого таза, проведённого на 6-ой день предыдущего менструального цикла: матка размерами 45 × 52 × 43 мм, структура миометрия однородная, М-эхо = 5,5 мм, неоднородное, в проекции М-эхо визуализируется округлое гиперэхогенное образование размерами 8 × 4 мм с сосудистой ножкой, исходящей из передней стенки матки; структура шейки матки без особенностей, цервикальный канал не расширен; яичники расположены в типичном месте, объем правого = 5,1 см³, левого = 4,9 см³; свободная жидкость в малом тазу не лоцируется. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите тактику ведения больной.	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8
42	Пациентка Б., 34 г., обратилась к врачу акушеру-гинекологу женской консультации для проведения контрольного УЗИ органов малого таза. Акушерско-гинекологический анамнез: менархе – в 12 лет, менструации установились сразу, регулярные, умеренные, безболезненные, по 5 – 7 дней, через 28 – 30 дней. Половая жизнь с 27-и лет, вне брака, в настоящее время на протяжении 5-и месяцев в половые отношения не вступает по причине отсутствия полового партнёра. Была 1 беременность, которая завершилась самопроизвольным выкидышем на раннем сроке. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад была произведена гистероскопия (ГС) с раздельным лечебно-диагностическим выскабливанием (РЛДВ) цервикального канала и полости матки по поводу бессимптомной патологии эндометрия, диагностированной по УЗИ органов малого таза; результат гистологического исследования – железистый полип	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8

	эндометрия. С лечебной целью был назначен низкодозированный КОК «Ярина +», который пациентка принимает, согласно инструкции, на протяжении трёх месяцев. Объективно: состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, физиологической окраски; рост = 163 см, вес = 60 кг; температура тела = 36,7 °С; АД = 122/83 мм. рт. ст., пульс = 76 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. Данные за экстрагенитальную патологию отсутствуют. При пальпации живот мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания; перитонеальные симптомы отрицательные. При осмотре молочные железы округлой формы, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные; выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса: при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки конической формы, чистая, наружный зев точечный, закрыт; влагалище узкое, складчатость выражена, слизистая не гиперемирована; выделения из влагалища слизистые, умеренные; при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> матка в позиции anteversio-flexio, не увеличена, нормальной консистенции, правильной формы, подвижная, безболезненная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрированы; параметральная клетчатка свободная. Проведено УЗИ органов малого таза: матка размерами 47 × 42 × 45 мм, структура миометрия однородная, полость матки расширена до 11 мм, в полости визуализируется округлое образование диаметром = 7 мм с сосудистой ножкой; структура шейки матки – без особенностей, цервикальный канал не расширен; яичники расположены в типичном месте, нормальной величины и структуры; свободная жидкость в малом тазу не лоцируется. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Укажите ошибки, которые были допущены в ведении пациентки. 3. Определите верную тактику ведения больной.	
43	Пациентка В., 46 л., доставлена в дежурный гинекологический стационар бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей, которые начались 15 дней назад на фоне задержки менструации длительностью 2 месяца и продолжаются до настоящего времени. Из анамнеза известно следующее: менархе – в 15 лет, менструации установились сразу, ранее были регулярными, умеренными, безболезненными, по 5 – 7 дней, наступали через 28 дней; 2 года назад менструации стали обильными (со сгустками), интервал между ними увеличился до 2-х – 3-х месяцев. Половая жизнь с 30-и лет, вне брака, нерегулярная, четвёртый половой партнёр, применяет барьерный метод контрацепции (презерватив). Беременности в течение жизни не наступали (не планировала беременности). Из числа соматических заболеваний отмечает ГБ II ст., риск 4 (отмечает частые неосложнённые гипертонические кризы, по поводу которых вызывает бригаду СМП, гипотензивные препараты, назначенные кардиологом, принимает нерегулярно), ожирение II ст., СД 2 типа (состоит на учёте у эндокринолога, принимает гипогликемические препараты, контроль гликемии не осуществляет по причине отсутствия глюкометра, диету практически не соблюдает). Объективно: состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, бледные; пациентка избыточного питания (рост = 163 см, вес = 100 кг); температура тела = 36,8 °С; АД = 162/100 мм. рт. ст., пульс = 115 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. Данные ОАК: Hb = 98 г/л, эритроциты = $3,0 \cdot 10^{12}/л$, ЦП = 0,77. При пальпации живот мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, перитонеальные симптомы отрицательные; выражено абдоминальное ожирение. При осмотре молочные железы округлой формы, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные, выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса: при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки конической формы, чистая, наружный зев точечный, закрыт; влагалище узкое, складчатость выражена незначительно, слизистая не гиперемирована; выделения из влагалища кровянистые, обильные, со сгустками; при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> матка в позиции anteversio-flexio, увеличена до 5-и недель беременности, плотная, подвижная, чувствительная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрированы; параметральная клетчатка свободная. В связи с кровотечением из половых путей в день госпитализации в экстренном порядке произведено раздельное лечебно-диагностическое выскабливание (РЛДВ) цервикального канала и полости матки: длина полости матки по зонду = 8 см, стенки матки гладкие, без деформации. Получен обильный соскоб эндометрия, который отправлен	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8

	на гистологическое исследование: выявлена простая гиперплазия эндометрия без атипии. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите тактику ведения больной.	
44	Пациентка Г., 54 г., обратилась к врачу акушеру-гинекологу женской консультации с жалобами на периодические кровянистые выделения из половых путей в течение последнего года. Акушерско-гинекологический анамнез: постменопауза 4 года; менархе – в 14 лет, менструации установились сразу, ранее были регулярными, умеренными, безболезненными, по 5 дней, длительность менструального цикла составляла 30 дней. Половая жизнь с 20-и лет, второй брак, было 2 половых партнёра, не вступает в половые отношения в течение 3-х лет. Было 6 беременностей, 2 из которых завершились своевременными родами через естественные родовые пути без осложнений 30 лет и 24 года назад, остальные 4 – медицинскими абортами в первом триместре беременности по желанию женщины без осложнений. Из анамнеза известно, что 2 года назад было произведено раздельное лечебно-диагностическое выскабливание (РЛДВ) цервикального канала и полости матки в связи с мажущими кровянистыми выделениями; результат гистологического исследования – единичные железистые полипы эндометрия (проводилось гормональное лечение гестагенами в течение 6-и месяцев), при контрольном аналогичном вмешательстве патологической пролиферации не было выявлено. В связи с возобновлением кровянистых выделений через год пациентка вновь обратилась за гинекологической помощью. Из числа соматических заболеваний отмечает ГБ II ст., риск 3 (принимает гипотензивные препараты, согласно рекомендациям кардиолога, старается соблюдать диету), ожирение I ст. Объективно: состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, бледноватые; пациентка избыточного питания (рост = 160 см, вес = 87 кг); температура тела = 36,7 °С; АД = 160/107 мм. рт. ст., пульс = 105 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. Данные ОАК: Hb = 113 г/л, эритроциты = $3,6 \cdot 10^{12}/л$, ЦП = 0,82. При пальпации живот мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, перитонеальные симптомы отрицательные; выражено абдоминальное ожирение. При осмотре молочные железы округлой формы, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные, выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса: при гинекологическом осмотре наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при исследовании в зеркалах шейка матки цилиндрической формы, чистая, наружный зев щелевидный, закрыт; влагалище ёмкое, складчатость не выражена, слизистая не гиперемирована, легко ранима; выделения из влагалища кровянистые, умеренные; при бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании матка в позиции anteversio-flexio, соответствует возрастной норме, плотная, подвижная, безболезненная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрированы; параметральная клетчатка свободная. Во время экстренной госпитализации в дежурный гинекологический стационар произведена гистероскопия (ГС) с раздельным лечебно-диагностическим выскабливанием (РЛДВ) цервикального канала и полости матки: по данным ГС – признаки гиперплазии эндометрия, при гистологическом исследовании соскоба эндометрия – аденоматозная гиперплазия эндометрия. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите тактику ведения больной.	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8
45	Пациентка Д., 49 л., обратилась к врачу акушеру-гинекологу женской консультации на 9-ый день менструального цикла с жалобами на обильные (со сгустками), продолжительные (до 9-и – 10-и дней) менструации в течение последних 3-х лет. Из анамнеза известно, что пациентке неоднократно было произведено раздельное лечебно-диагностическое выскабливание (РЛДВ) цервикального канала и полости матки. На приёме предъявила результаты трёх гистологических исследований соскобов эндометрия: 1 – железисто-кистозная гиперплазия эндометрия, 2 – смешанная форма гиперплазии эндометрия, 3 – железы эндометрия в стадии пролиферации, часть желёз с секреторными преобразованиями. На протяжении двух лет принимала разные низкодозированные КОК курсами до 6-и месяцев и 6 месяцев 17-ОПК по 250 мг/сут. в/м. Через 6 месяцев после отмены препаратов стали беспокоить обильные и длительные менструации. 10 дней назад в стационарных условиях было произведено очередное РЛДВ цервикального канала и полости матки; результат гистологического исследования – железисто-кистозная гиперплазия эндометрия. Акушерско-гинекологический анамнез: менархе – в 16 лет, менструации установились через год, ранее были регулярными, умеренными, безболезненными, по 7 дней, наступали через 28 дней; 3 года назад менструации стали обильными (со сгустками), продолжительными (до 9-и – 10-и дней). Половая жизнь с 20-и лет, первый брак, второй половой партнёр, применяет барьерный метод контрацепции (презерватив). Была 1 беременность, которая завершилась своевременными родами через естественные родовые пути без осложнений 24 года назад.	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8

	Наследственный анамнез отягощён по раку эндометрия: известно, что данная патология была выявлена у мамы пациентки. Из числа соматических заболеваний отмечает ГБ III ст., риск 4 (в анамнезе – ишемический инсульт, принимает гипотензивные препараты и пероральные антикоагулянты, согласно рекомендациям кардиолога, старается соблюдать диету). Объективно: состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, бледные; пациентка избыточного питания (рост = 165 см, вес = 105 кг); температура тела = 36,8 ° С; АД = 164/105 мм. рт. ст., пульс = 98 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. Данные ОАК: Нб = 105 г/л, эритроциты = $3,2 \cdot 10^{12}/л$, ЦП = 0,77. При пальпации живот мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, перитонеальные симптомы отрицательные; выражено абдоминальное ожирение. При осмотре молочные железы округлой формы, симметричные; при пальпации – мягкие, безболезненные, выделения из сосков отсутствуют. Данные гинекологического статуса: при гинекологическом осмотре наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при исследовании в зеркалах шейка матки цилиндрической формы, чистая, наружный зев щелевидный, закрыт; влагалище ёмкое, складчатость выражена незначительно, слизистая не гиперемирована; выделения из влагалища сукровичные, умеренные (менструальные); при бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании матка в позиции anteversio-flexio, увеличена до 5-и недель беременности, плотная, подвижная, безболезненная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрированы; параметральная клетчатка свободная. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите тактику ведения больной.	
--	---	--

4.3. Тесты для оценки компетенции:

Тестовые задания с одним вариантом ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
Раздел 1. Организация акушерско-гинекологической помощи женскому населению. Анатомо-физиологические особенности репродуктивной системы. Методы исследования в гинекологии.	
1. БОЛЬШИЕ ЖЕЛЕЗЫ ПРЕДДВЕРИЯ ВЛАГАЛИЩА РАСПОЛАГАЮТСЯ В а. толще задних отделов больших половых губ б. бороздке между нижними третями малых и больших половых губ в. толще средних отделов больших половых губ г. основании малых половых губ	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
2. ВЫВОДНОЙ ПРОТОК БАРТОЛИНИЕВОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТКРЫВАЕТСЯ ОБЫЧНО В а. бороздку между нижними третями малых и больших половых губ б. бороздку между нижней третью малых половых губ и девственной плевой в. основание малых половых губ г. толщу задних отделов больших половых губ	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
3. ПЕРЕДНЯЯ СТЕНКА ВЛАГАЛИЩА В ЕЕ ВЕРХНЕМ ОТДЕЛЕ ГРАНИЧИТ С а. дном мочевого пузыря б. шейкой мочевого пузыря в. моченспускательным каналом г. мочеточниками	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
4. ПЕРЕДНЯЯ СТЕНКА ВЛАГАЛИЩА В ЕЕ НИЖНЕМ ОТДЕЛЕ ГРАНИЧИТ С а. моченспускательным каналом б. дном мочевого пузыря в. мочеточниками г. шейкой мочевого пузыря	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
5. ЗАДНЯЯ СТЕНКА ВЛАГАЛИЩА В ЕЕ ВЕРХНЕМ ОТДЕЛЕ СОПРИКАСАЕТСЯ С а. прямокишечно-маточным углублением (дугласовым карманом) б. шейкой мочевого пузыря в. прямой кишкой г. мочеточниками	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

6. ЗАДНЯЯ СТЕНКА ВЛАГАЛИЩА В СРЕДНЕЙ ЕЕ ЧАСТИ СОПРИКАСАЕТСЯ, КАК ПРАВИЛО С а. прямой кишкой б. сигмовидной кишкой в. прямокишечно-маточным углублением (дугласовым карманом) г. тканями промежности	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
7. ЗАДНЯЯ СТЕНКА ВЛАГАЛИЩА В ЕЕ НИЖНЕЙ ЧАСТИ, КАК ПРАВИЛО, СОПРИКАСАЕТСЯ С а. тканями промежности б. сигмовидной кишкой в. прямой кишкой г. бартолиневыми железами	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
8. ГРАНИЦЕЙ МЕЖДУ НАРУЖНЫМИ И ВНУТРЕННИМИ ПОЛОВЫМИ ОРГАНАМИ ОБЫЧНО ЯВЛЯЕТСЯ а. девственная плева (вход во влагалище) б. малые половые губы в. наружный маточный зев г. внутренний маточный зев	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
9. КАКОЙ ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫЙ ХОД МЫШЕЧНЫХ ВОЛОКОН В ТЕЛЕ МАТКИ? а. продольный б. циркулярный в. косой г. косо-продольный	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
10. КАКОЙ ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫЙ ХОД МЫШЕЧНЫХ В ШЕЙКЕ МАТКИ? а. циркулярный б. косой в. косо-продольный г. продольный	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
11. ДЛИНА МАТОЧНОЙ ТРУБЫ У ЖЕНЩИНЫ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ, КАК ПРАВИЛО, СОСТАВЛЯЕТ а. 10-12 см б. 9-10 см в. 7-8 см г. 15-18 см	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
12. ДЛИНА ТЕЛА НЕБЕРЕМЕННОЙ МАТКИ У ЖЕНЩИН, КАК ПРАВИЛО, СОСТАВЛЯЕТ а. 6-7 см б. 8-9 см в. 9-10 см г. 11-12 см	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
13. ОТ ОБЛАСТИ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И НИЖНЕЙ ЧАСТИ ВЛАГАЛИЩА ЛИМФА ОТТЕКАЕТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В _____ ЛИМФОУЗЛЫ а. наружные подвздошные и паховые б. крестцовые и паховые в. внутренние подвздошные и наружные подвздошные г. внутренние подвздошные и паховые	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
14. ЧТО ТАКОЕ ПАЙПЕЛЬ-БИОПСИЯ? а. разновидность малоинвазивной аспирационной биопсии эндометрия б. прицельная точечная биопсия шейки матки в. эксцизионная биопсия шейки матки г. цуг эндометрия с помощью кюретки малого размера	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
15. ЧТО ТАКОЕ РАЗДЕЛЬНОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ВЫСКАБЛИВАНИЕ? а. получение соскоба отдельно из цервикального канала и из полости матки б. получение соскоба отдельно с передней и задней стенки полости матки в. получение отдельно соскоба из полости матки и биопсии шейки матки г. получение аспирата из полости матки с помощью пайпель-кюретки и цуг из цервикального канала	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
16. ГИСТЕРОСКОПИЯ, КАК ПРАВИЛО, ПОЗВОЛЯЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ а. крупный полип от подслизистого миоматозного узла б. рак эндометрия от гиперплазии эндометрия в. плацентарный полип от узла хорионкарциномы г. типичную железистую гиперплазию от предрака эндометрия	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
17. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОДОЗРЕНИЕ НА а. трубное бесплодие б. наружный эндометриоз в. рак тела матки	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

г. опухоль яичника	
18. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УКСУСНОЙ КИСЛОТЫ ПРИ РАСШИРЕННОЙ КОЛЬПОСКОПИИ НЕОБХОДИМО ДЛЯ	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. дифференцирования патологического участка шейки от неизменной слизистой оболочки	
б. четкого диагностирования рака шейки матки	
в. удаления цервикальной слизи из зоны обзора	
г. химической коагуляции патологически измененного эпителия	
19. ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ В ГИНЕКОЛОГИИ?	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. кульдоцентез	
б. лапароскопия	
в. кульдоскопия	
г. гистероскопия	
20. КАКАЯ РАЗНОВИДНОСТЬ КОЛЬПОСКОПИИ ИМЕЕТ МАКСИМАЛЬНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. расширенная	
б. простая	
в. видеокольпоскопия	
г. с цветными фильтрами	
21. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ГИСТЕРОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. гиперплазии эндометрия по УЗИ	
б. интерстициальной миомы матки	
в. опухоли яичника	
г. подозрения на внематочную беременность	
22. ПРОВЕДЕНИЕ ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИИ ДОПУСТИМО НА ФОНЕ	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. хронического гастрита	
б. острого кольпита	
в. острого сальпингоофорита	
г. гриппа	
23. ПРИ КОЛЬПОСКОПИИ НЕВОЗМОЖНО ОЦЕНИТЬ	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. глубину инвазии злокачественного процесса	
б. сосудистый рисунок на поверхности влажной порции шейки	
в. границы цилиндрического и многослойного плоского эпителиев	
г. реакцию сосудов на уксусную кислоту	
24. ОСНОВНОЙ ПРИКАЗ МЗ РФ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. № 572 Н от 01.11.2012 г.	
б. № 107 Н от 30.08.2012 г.	
в. № 808 Н от 02.10.2009 г.	
г. № 50 от 10.02.2003 г.	
25. СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ ПРИЕМЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ОРГАНИЗОВЫВАТЬ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ С МОЩНОСТЬЮ (НА ЧИСЛО УЧАСТКОВ)	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. 8 и более	
б. не менее 6	
в. 5	
г. 4	
26. ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ СТРУКТУРНЫМ ПОДРАЗДЕЛЕНИЕМ	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. родильного дома или поликлиники	
б. ФАПа или поликлиники	
в. санатория-профилактория	
г. ФАПа	
27. В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНА ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ПРИЕМОВ ПО СЛЕДУЮЩИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. бесплодие и невынашивание	
б. сахарный диабет беременных	
в. гинекологические заболевания у детей и подростков	
г. Сахарный диабет у беременных и гинекологические заболевания у детей и подростков	
28. ПОД ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ ОСМОТРОМ ОБЫЧНО ПОДРАЗУМЕВАЕТСЯ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. женщин с целью выявления гинекологических и онкологических заболеваний	
б. декретированных контингентов рабочих и служащих при поступлении на работу	
в. контингента женщин, работающих во вредных условиях производства	

г. больных, состоящих на диспансерном учете	
29. ПОД ПЕРИОДИЧЕСКИМИ МЕДИЦИНСКИМИ ОСМОТРАМИ ЖЕНЩИН, КАК ПРАВИЛО, ПОДРАЗУМЕВАЕТСЯ ОСМОТР а. декретированных контингентов рабочих и служащих при поступлении на работу и рабочих и служащих, имеющих в процессе труда дело с вредными факторами производства б. беременных, состоящих на диспансерном учете в. рабочих и служащих, имеющих в процессе труда дело с вредными факторами производства г. декретированных контингентов рабочих и служащих при поступлении на работу	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
30. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ПО ПЛАНИРОВАНИЮ СЕМЬИ ЯВЛЯЕТСЯ а. число аборт на 1000 женщин фертильного возраста б. абсолютное число женщин, направленных на аборт в течение года в. число осложнений после абортов г. число женщин на участке	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
31. РОЛЬ СМОТРОВЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ КАБИНЕТОВ ПОЛИКЛИНИК СОСТОИТ, КАК ПРАВИЛО, В а. охвате профилактическими осмотрами неработающих женщин б. проведении периодических медицинских осмотров в. диспансеризации гинекологических больных г. обследовании и наблюдении беременных женщин	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
32. КАРИОПИКНОТИЧЕСКИЙ ИНДЕКС - ЭТО ПРОЦЕНТНОЕ ОТНОШЕНИЕ а. поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к общему числу клеток в мазке б. поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к эозинофильным поверхностным клеткам в. базальных и парабазальных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке г. эозинофильных поверхностных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
33. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЛАПАРОСКОПИИ В ГИНЕКОЛОГИИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ а. острый воспалительный процесс в придатках б. выраженный рубцово-спаечного процесс в брюшной полости в. гипертензия и ожирение тяжелой степени г. общее тяжелое состояние больной	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
34. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ГИНЕКОЛОГИИ ОСОБЕННО ВЫСОКА ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СОСТОЯНИЯХ, КРОМЕ а. маточной беременности б. опухоли яичника в. интерстициально-субсерозной миомы матки г. внематочной беременности	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
35. КАКОЙ МЕТОД ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ? а. гистероскопия б. кольпоскопия в. амниоскопия г. хромосальпингоскопия	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
36. ТЕСТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОЗВОЛЯЮТ ОПРЕДЕЛИТЬ ВСЕ, КРОМЕ: а. уровня гонадотропных гормонов б. наличия признаков овуляции в. наличия признаков полноценности лютеиновой фазы г. двухфазности менструального цикла	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
37. ПОКАЗАНИЕМ К ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ а. необходимость установления анатомо-функционального состояния почек и мочеточников б. подозрение на перфорацию матки во время аборта в. трубное бесплодие для проверки проходимости маточных труб г. подозрение на внутренний эндометриоз	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
38. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИРРИГОСКОПИИ И РЕКТОМАНОСКОПИИ В ГИНЕКОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ а. опухоль яичника б. эндометриоз шейки матки в. подозрение на внематочную беременность г. субмукозная миома матки	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
39. ПОКАЗАНИЕМ К ГИСТЕРОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5,

а. бесплодие б. подозрение на внематочную беременность в. инфекционный фактор невынашивания беременности г. опухоль яичников	ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
40. ПРИ КОЛЬПОСКОПИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ а. рельеф поверхности слизистой оболочки влагалищной порции шейки матки, границу плоского и цилиндрического эпителия б. глубину инвазии патологического процесса в. границу цилиндрического эпителия шейки матки и эндометрия г. патологические изменения в клетках шейки матки	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
41. К ТЕСТАМ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОБЫЧНО ОТНОСИТСЯ а. исследование шеечной слизи б. кольпоскопия в. гистероскопия г. гистерография	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
42. К ТЕСТАМ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОБЫЧНО ОТНОСИТСЯ а. измерение базальной температуры б. кольпоскопия в. гистероскопия г. гистерография	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
43. К ТЕСТАМ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОБЫЧНО ОТНОСИТСЯ а. кольпоцитология б. кольпоскопия в. гистероскопия г. гистерография	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
44. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АЦЕТОУКСУСНОЙ ПРОБЫ ПРИ РАСШИРЕННОЙ КОЛЬПОСКОПИИ ОБЫЧНО ИСПОЛЬЗУЮТ а. 3% или 5% раствор уксусной кислоты б. 0,1% раствор уксусной кислоты в. 9% раствор уксусной кислоты г. 3% раствор Люголя	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
45. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ ШИЛЛЕРА ПРИ РАСШИРЕННОЙ КОЛЬПОСКОПИИ ОБЫЧНО ИСПОЛЬЗУЮТ а. раствор Люголя б. 0,1% раствор уксусной кислоты в. 9% раствор уксусной кислоты г. 3% или 5% раствор уксусной кислоты	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
46. ГИПОТАЛАМУС ВЫРАБАТЫВАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА а. релизинг-факторы б. гонадотропины в. эстрогены г. гестагены	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
47. ГИПОТАЛАМУС ВЫРАБАТЫВАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ГОРМОНЫ а. релизинг-факторы б. гестагены и эстрогены в. нейромедиаторы г. гонадотропины	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
48. РАЗДЕЛЬНОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ВЫСКАБЛИВАНИЕ – ЭТО ПОЛУЧЕНИЕ СОСКОБА а. отдельно из цервикального канала и из полости матки б. отдельно с передней и задней стенки полости матки в. отдельно из полости матки и биопсии шейки матки г. аспирата из полости матки с помощью пайпель-кюретки и щуп из цервикального канала	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
49. ФСГ СТИМУЛИРУЕТ: а. рост фолликулов в яичнике б. продукцию кортикостероидов в. продукцию ТТГ в щитовидной железе г. продукцию прогестерона	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
50. СКОЛЬКО УРОВНЕЙ ВЫДЕЛЯЮТ В РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЕ ЖЕНЩИНЫ: а. 3 б. 4 в. 5 г. 6	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
51. ГИПОТАЛАМУС ВЫДЕЛЯЕТ: а. гонадолиберин б. фолликулостимулирующий гормон	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

в. лютеинизирующий гормон г. пролактин	
52. МЕСТО СИНТЕЗА ГОНАДОТРОПНЫХ ГОРМОНОВ: а. аденогипофиз б. гипоталамус в. нейрогипофиз г. эпифиз	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
53. КАКИЕ ГОРМОНЫ ВЫРАБАТЫВАЮТ ЯИЧНИКИ: а. эстрогены, гестагены, андрогены б. тестостерон в. эстроген, прогестерон г. эстрон, эстриол, эстрадиол, тестостерон	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
54. КАКОЙ ПРИНЦИП РЕГУЛЯЦИИ ФУНКЦИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ РЕАЛИЗУЕТСЯ В ДАННОМ СЛУЧАЕ: «ПРИ СНИЖЕНИИ КОНЦЕНТРАЦИИ ЭСТРАДИОЛА, УСИЛИВАЮТСЯ СИНТЕЗ И ВЫДЕЛЕНИЕ ГОНАДОТРОПНЫХ И РИЛИЗИНГОВЫХ ГОРМОНОВ» : а. отрицательная обратная связь б. положительная прямая связь в. положительная обратная связь г. отрицательная прямая связь	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
55. КАКОЙ ПРИНЦИП РЕГУЛЯЦИИ ФУНКЦИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ РЕАЛИЗУЕТСЯ В ДАННОМ СЛУЧАЕ: «В ОТВЕТ НА ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ЭСТРАДИОЛА В ПРЕДОВУЛЯТОРНОМ ФОЛЛИКУЛЕ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПРОДУКЦИЯ ГОНАДОТРОПНЫХ И РИЛИЗИНГОВЫХ ГОРМОНОВ»: а. положительная обратная связь б. положительная прямая связь в. отрицательная обратная связь г. отрицательная прямая связь	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
56. МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ ВО ВРЕМЕНИ- ЭТО : а. промежуток от 1ого дня настоящей менструации до 1ого дня следующей. б. промежуток от менархе до перименопаузы в. промежуток от первого до последнего дня настоящей менструации г. промежуток от последнего дня предшествующей менструации до 1ого дня следующей.	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
57. КАКОВА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ НОРМАЛЬНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА? : а. 24-38 дней б. 36-40 дней в. 25-35 дней г. 20-28 дней	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
58. В ЯИЧНИКАХ ПРОИСХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРОЦЕССЫ, КРОМЕ: а. глюконеогенез б. фолликулогенез в. стероидогенез г. атрезия премордиальных фолликулов	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
59. К НЕЙРОМЕДИАТОРАМ, ПЕРЕДАЮЩИМ НЕРВНЫЙ ИМПУЛЬС ОТ КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА НА НЕЙРОСЕКРЕТОРНЫЕ ЯДРА ГИПОТАЛАМУСА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ : а. ингибин б. серотонин в. норадреналин г. дофамин	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
60. ФОЛЛИКУЛОГЕНЕЗ НАЧИНАЕТСЯ : а. с 12 недели антенатального развития б. с момента рождения девочки в. с менархе г. к первому году жизни девочки	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
61. ПРЕДОВУЛЯТОРНЫЙ ФОЛЛИКУЛ ОБЛАДАЕТ ВСЕМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ, КРОМЕ: а. внутренние и наружные тека-клетки фолликула отсутствуют б. достигает до 18мм в диаметре в. имеет множество слоев клеток гранулезы г. ооцит располагается на одной из сторон полости фолликула	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
62. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ЯЙЦЕКЛЕТКИ: а. 24 часа б. 6 часов в. 12 часов г. 72часа	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
63. ПРИМЕРНОЕ ЧИСЛО ФОЛЛИКУЛОВ К МОМЕНТУ ПУБЕРТАТА: а. 400-500 тысяч б. 2 миллиона	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

в. 100 тысяч г. 4 миллиона 64. ПЕРЕД ОВУЛЯЦИЕЙ ПРОИСХОДИТ : а. пик гонадотропных гормонов б. пик уровня прогестерона в. снижение уровня эстрогенов г. снижение уровня прогестерона	
65. ЗА НЕСКОЛЬКО ДНЕЙ ДО НАЧАЛА МЕНСТРУАЦИИ ПРОИСХОДИТ: а. снижение уровней всех фракций гормонов репродуктивной системы б. повышение уровней всех фракций гормонов репродуктивной системы в. только снижение уровня ФСГ и ЛГ г. повышение уровня прогестерона	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
66. ПРОГЕСТЕРОН СПОСОБСТВУЕТ: а. снижению возбудимости нервно-мышечного аппарата матки и имплантации оплодотворенной яйцеклетки б. началу менструации в. повышению уровней гонадотропных гормонов г. снижению уровней андрогенов	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
67. ПОД ВЛИЯНИЕМ КАКОГО ГОРМОНА В КЛЕТКАХ ВНУТРЕННЕГО СЛОЯ ТЕКИ ПРОИСХОДИТ ОБРАЗОВАНИЕ АНДРОГЕНОВ : а. лютеинизирующий гормон б. фолликулостимулирующий гормон в. тиреотропный гормон г. гонадолиберин	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
68. В ГРАНУЛЕЗНЫХ КЛЕТКАХ ПОД ВЛИЯНИЕМ АРОМАТАЗ ОБРАЗУЮТСЯ: а. эстрогены б. андрогены в. гестагены г. гонадотропины	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
69. НА КАКОЙ ДЕНЬ (+,-3 ДНЯ) НАСТУПАЕТ ОВУЛЯЦИЯ В 28-ДНЕВНОМ МЕНСТРУАЛЬНОМ ЦИКЛЕ : а. 14 день б. 21 день в. 7 день г. 28 день	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
70. КАРИОПИКНОТИЧЕСКИЙ ИНДЕКС - ЭТО ПРОЦЕНТНОЕ ОТНОШЕНИЕ: а. поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к общему числу клеток в мазке б. эозинофильных поверхностных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке в. базальных и parabазальных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке г. поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к эозинофильным поверхностным клеткам	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
71. ПОВЫШЕНИЕ БАЗАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ПРОИСХОДИТ В СВЯЗИ С : а. влиянием прогестерона на терморегулирующий центр гипоталамуса б. воздействием эстрогенов на гипоталамус в. влиянием простагландинов на гипоталамус г. воздействием гонадотропинов на терморегулирующий центр гипоталамуса	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
72. В НОРМЕ РАЗНИЦА МЕЖДУ БАЗАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРОЙ В 1 И 2 ФАЗУ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА СОСТАВЛЯЕТ: а. 0.4-0.6°C б. 0.2-0.3°C в. 0.7-0.8°C г. 0.9-1.5°C	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
73. СИМПТОМ ЗРАЧКА (+++) СООТВЕТСТВУЕТ: а. 13-14-му дню менструального цикла б. 22-24-му дню менструального цикла в. 9-10-му дню менструального цикла г. 11-12-му дню менструального цикла	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
74. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА РАК ЭНДОМЕТРИЯ ГИСТЕРОСКОПИЯ ПОЗВОЛЯЕТ УСТАНОВИТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ: а. глубины инвазии б. наличия патологического процесса в. распространенности процесса по поверхности г. произвести прицельную биопсию	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

75. ПОКАЗАНИЯМИ К ГИСТЕРОСКОПИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ: а. аномальных маточных кровотечений б. кровотечения в постменопаузе в. подозрения на внематочную беременность г. бесплодия	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
76. ПРИ БЕСПЛОДИИ ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИЮ ЛУЧШЕ ПРОВОДИТЬ: а. на 7-8-й день менструального цикла б. на 9-12-й день менструального цикла в. на 13-15-й день менструального цикла г. на 16-20-й день менструального цикла	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
77. УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПРЕДПОДЧИТЕЛЬНО ПРОВОДИТЬ: а. на 5-7 день менструального цикла б. сразу после окончания менструации в. на 16-20-й день менструального цикла г. за 2-3 дня до предполагаемой менструации	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
78. ПРОХОДИМОСТЬ МАТОЧНЫХ ТРУБ МОЖЕТ БЫТЬ ОЦЕНЕНА ПОСРЕДСТВОМ: а. гистеросальпингографии б. гистероскопии в. УЗИ органов малого таза г. расширенной кольпоскопии	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
79. К АНОМАЛЬНЫМ КОЛЬПОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ: а. III тип зоны трансформации б. мозаика в. пунктация г. ацето-белый эпителий	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
80. ПРОБА С ДЕКСАМЕТАЗОНОМ ПОЗВОЛЯЕТ УТОЧНИТЬ: а. источник гиперандрогении б. функциональное состояние эндометрия в. дефекты в синтезе пролактина г. недостаточность выработки андрогенов надпочечниками	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
81. ПРОБА С БРОМКРИПТИНОМ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ: а. функциональной и опухолевой гиперпролактинемии б. синдрома поликистозных яичников в. яичниковой недостаточности г. маточной формы аменореи	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
82. ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ФСГ И ЛГ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ НА: а. на 2-5 день менструального цикла б. на 9-12-й день менструального цикла в. на 13-15-й день менструального цикла г. на 20-24-й день менструального цикла	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
83. СТАДИЯ РАСЦВЕТА ЖЕЛТОГО ТЕЛА ПРИ 28ДНЕВНОМ МЕНСТРУАЛЬНОМ ЦИКЛЕ ПРИХОДИТСЯ НА: а. на 22-24-й день менструального цикла б. на 2-5 день менструального цикла в. на 9-12-й день менструального цикла г. на 13-15-й день менструального цикла	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
84. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРОИЗОШЕДШЕЙ ОВУЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ: а. визуализация желтого тела по данным УЗИ б. толщина эндометрия по данным УЗИ 10-14 мм в. наличие жидкости позади матки по данным УЗИ г. повышение уровня эстрогенов	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
Раздел 2. Эндокринные нарушения в гинекологии. Бесплодный брак.	
85. В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ, КРОМЕ а. перорального дезогестрела в непрерывном режиме б. «Двойного голландского метода» в. низкодозированных эстроген-гестагенных контрацептивов г. барьерных методов в сочетании со спермицидами	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
86. К ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ ЭМПИРИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЭНДОМЕТРИОЗА ОТНОСЯТ а. диеногест б. агонисты релизинг-гормона в. антагонисты гонадотропинов	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

г. пероральный дезогестрел	
87. ДЛЯ НОРМАЛЬНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА НЕ ХАРАКТЕРНО а. преобладание гестагенов в первой фазе цикла б. преобладание гестагенов во второй фазе цикла в. образование желтого тела в яичнике г. наличие овуляции на 14-16 день м.ц.	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
88. ПРИ НОРМАЛЬНОМ МЕНСТРУАЛЬНОМ ЦИКЛЕ НАИБОЛЬШИЙ УРОВЕНЬ ЭСТРОГЕННОЙ НАСЫЩЕННОСТИ ИМЕЕТ МЕСТО НА а. 10-14 день б. 3-5 день в. 14-16-й день г. 21-24-й день	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
89. ПРЕПАРАТЫ ЙОДА, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МАСТОПАТИЕЙ, ДЕЙСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ а. подавляют выделение тиреоидных гормонов б. ингибируют ФСГ в. повышают чувствительность тканей молочной железы к эстрогенам г. ингибируют секрецию ЛГ	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
90. КАКОЙ ПРЕПАРАТ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АМК? а. этамзилат б. антибиотик и НПВС в. транексамовую кислоту г. эстроген-гестагенный препарат	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
91. ОПТИМАЛЬНАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭНДОМЕТРИОЗОМ АГОНИСТАМИ ГОНАДОТРОПИН-РЕЛИЗИНГ ГОРМОНА СОСТАВЛЯЕТ а. 3-6 месяцев б. 6-12 месяцев в. 1 месяц г. 2 месяца	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
92. ЧТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ АМК У ПАЦИЕНТОК НА ФОНЕ ПРОГЕСТАГЕННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ? а. гиперплазия эндометрия б. атрофия эндометрия в. изменение сосудистой морфологии г. изменение экспрессии стероидных рецепторов, содержания простагландинов, интерлейкинов	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
93. АНОМАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АНОВУЛЯЦИИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ СО ВСЕМ, КРОМЕ а. субсерозной миомы матки б. внематочной беременности в. начавшегося самопроизвольного выкидыша при маточной беременности г. гиперпластического процесса эндометрия	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
94. К МЕТОДАМ LARC-КОНТРАЦЕПЦИИ ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ а. внутриматочная рилизинг-система б. комбинированные оральные контрацептивы в. спермициды г. презервативы и щечные колпачки	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
95. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ВНУТРИМАТОЧНОГО ГОРМОНАЛЬНОГО КОНТРАЦЕПТИВА а. гипо- и атрофия эндометрия б. стимуляция секреции ЛГ в середине менструального цикла в. снижение вязкости цервикальной слизи г. снижение маточного тонуса и перистальтики маточных труб	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
96. ОСНОВНЫМ ЭСТРОГЕННЫМ ГОРМОНОМ В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ В ПЕРИОДЕ ПОСТМЕНОПАУЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ а. эстрон б. эстрадиол в. эстриол г. эстрадиол-дипропионат	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
97. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭСТРОГЕННОЙ НАСЫЩЕННОСТИ ОРГАНИЗМА МАЗКИ НА КОЛЬПОЦИТОЛОГИЮ НАДО ИССЛЕДОВАТЬ В СЛЕДУЮЩИЕ ДНИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА а. 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 27 б. 7, 14, 21, 29 в. 3, 10, 16, 20, 25 г. 1, 3, 5, 7, 9, 13, 15	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
98. ТЕСТ БАЗАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ОСНОВАН НА а. влиянии прогестерона на терморегулирующий центр гипоталамуса б. воздействии эстрогенов на гипоталамус в. влиянии простагландинов на гипоталамус	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

г. воздействия гормонов щитовидной железы на гипоталамус	
99. МОНОТОННАЯ ГИПОТЕРМИЧЕСКАЯ КРИВАЯ БАЗАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ а. ановуляторного менструального цикла б. двухфазного менструального цикла в. двухфазного менструального цикла с укорочением лютеиновой фазы г. двухфазного менструального цикла с удлинением лютеиновой фазы	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
100. ПОКАЗАТЕЛЕМ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ФУНКЦИИ ЖЕЛТОГО ТЕЛА НА ГРАФИКЕ БАЗАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ (ПРИ НОРМОПонирующем менструальном цикле) является продолжительность второй фазы менее а. 11-12 дней б. 8-10 дней в. 6-8 дней г. 4-6 дней	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
101. ПРИ ДВУХФАЗНОМ МЕНСТРУАЛЬНОМ ЦИКЛЕ ДОСТОВЕРНАЯ РАЗНИЦА БАЗАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ I И II ФАЗ СОСТАВЛЯЕТ: а. 0.4-0.6°C б. 0.7-0.8°C в. 0.2-0.3°C г. 0.9-1.5°C	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
102. СИМПТОМ «ЗРАЧКА» (+ + +) В ВИДЕ РАСКРЫТИЯ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА ДО 0.3 СМ В ДИАМЕТРЕ СООТВЕТСТВУЕТ _____ ДНЮ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА а. 13-14 б. 2-4 в. 10-12 г. 5-6	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
103. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ЗРАЧКА В ТЕЧЕНИЕ ВСЕГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ОБЫЧНО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ а. о наличии ановуляторного цикла б. об укорочении II фазы цикла в. о наличии яичниковой гиперандрогении г. о наличии надпочечниковой гиперандрогении	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
104. СИМПТОМ РАСТЯЖЕНИЯ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ СЛИЗИ НА 5-6 СМ ПРИ НОРМАЛЬНОМ МЕНСТРУАЛЬНОМ ЦИКЛЕ СООТВЕТСТВУЕТ _____ ДНЮ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА а. 12-14 б. 6-10 в. 1-5 г. 22-24	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
105. РАСТЯЖЕНИЕ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ СЛИЗИ ДО 10-12 СМ НА 24-Й ДЕНЬ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ а. об ановуляторном цикле б. о гиперандрогении в. об укорочении II фазы цикла г. об укорочении I фазы цикла	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
106. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ У БОЛЬНОЙ С АМЕНОРЕЕЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ПРОБЫ С ЭСТРОГЕНАМИ И ГЕСТАГЕНАМИ ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ЕЕ (ОТСУТСТВИЕ МЕНСТРУАЛЬНОЙ РЕАКЦИИ) ОБЫЧНО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О а. маточной форме аменореи б. яичниковой форме аменореи в. наличии аменореи центрального генеза г. наличии синдрома поликистозных яичников	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
107. ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ПРОГЕСТЕРОНОВАЯ ПРОБА ПРИ АМЕНОРЕЕ (ПРОЯВЛЕНИЕ ЧЕРЕЗ 2-3 ДНЯ ПОСЛЕ ОТМЕНЫ ПРЕПАРАТА МЕНСТРУАЛЬНО-ПОДОБНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ) СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О а. достаточной эстрогенной насыщенности организма б. гипозестрогении в. гиперандрогении г. наличии атрофии эндометрия	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
108. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АДЕНОМИОЗА ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИЮ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ НА _____ ДЕНЬ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА а. 7-8 б. 1-5 в. 20-25 г. 26-28	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
109. В ДИАГНОСТИКЕ АМЕНОРЕИ, СВЯЗАННОЙ С АКРОМЕГАЛИЕЙ И ГИГАНТИЗМОМ, ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЕ	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

а. турецкого седла на рентгенограмме или МРТ черепа б. структуры молочных желез в. экскреции I7-КС г. уровня пролактина в крови	
110. КАКОЙ МЕТОД КОНТРАЦЕПЦИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ В ЮНОМ ВОЗРАСТЕ? а. «двойной голландский метод» б. мини-пили в. внутриматочные контрацептивы г. импланты	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
111. ФСГ СТИМУЛИРУЕТ а. рост и развитие фолликулов в яичнике б. продукцию инсулина в. продукцию ТТГ в щитовидной железе г. продукцию кортикостероидов	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
112. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ГОРМОНОВ НА КЛЕТКУ ОБУСЛОВЛЕН НАЛИЧИЕМ а. рецепторов б. простагландинов в. специфических ферментов г. митохондрий	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
113. ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ЖЕНЩИН В ПРЕМЕНОПАУЗЕ НАБЛЮДАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ а. вегето-сосудистые б. депрессивные в. предменструальные г. атрофические	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
114. ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ЖЕНЩИН В ПРЕМЕНОПАУЗЕ НАБЛЮДАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ а. психо-эмоциональные б. депрессивные в. предменструальные г. урогенитальные	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
115. ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ЖЕНЩИН В ПРЕМЕНОПАУЗЕ НАБЛЮДАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ а. обменно-эндокринные б. депрессивные в. предменструальные г. урогенитальные	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
116. ДИСМЕНОРЕЯ - ЭТО а. болезненные менструации б. отсутствие менструации 6 мес. в. обильные менструации г. частые менструации	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
117. ГИПЕРМЕНОРЕЯ - ЭТО а. обильные менструации б. болезненные менструации в. отсутствие менструации 6 месяцев г. частые менструации	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
118. ПОЛИМЕНОРЕЯ - ЭТО а. длительные менструации б. болезненные менструации в. отсутствие менструации 6 месяцев г. частые менструации	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
119. ГИПОМЕНОРЕЯ - ЭТО а. скудные менструации б. болезненные менструации в. отсутствие менструации 6 месяцев г. редкие менструации	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

120. ОЛИГОМЕНОРЕЯ - ЭТО а. редкие менструации б. болезненные менструации в. отсутствие менструации 6 месяцев г. скудные менструации	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
121. У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ШИХАНА НА ФОНЕ СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ ТТГ НАБЛЮДАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГИПОТИРЕОИДИЗМА, КРОМЕ а. субфебрильной температуры тела б. безразличия к окружающей обстановке в. зябкости г. снижения общего тонуса организма	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
122. У БОЛЬНЫХ С АМЕНОРЕЕЙ ПРИ БОЛЕЗНИ СИММОНДСА НАБЛЮДАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, КРОМЕ а. ожирения б. тяжелых обменно-эндокринных нарушений в. преждевременного старения г. резкого истощения	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
123. ДИСГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЯИЧКО У БОЛЬНОЙ С АМЕНОРЕЕЙ ЯИЧНИКОВОГО ГЕНЕЗА СКЛОННО К а. малигнизации б. вирилизации в. феминизации г. гирсутизму	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
124. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ МЕДЬСОДЕРЖАЩИХ ВНУТРИМАТОЧНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ а. ускорение перистальтики маточных труб и повышение тонуса матки б. угнетение секреции ЛГ в. угнетение секреции ФСГ г. гипертрофия эндометрия	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
125. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ МЕДЬСОДЕРЖАЩИХ ВНУТРИМАТОЧНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ а. асептический воспалительный процесс и ферментные нарушения в эндометрии б. угнетение секреции ЛГ в. угнетение секреции ФСГ г. гипертрофия эндометрия	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
126. К ЧИСТО ПРОГЕСТАГЕННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ МЕТОДЫ, КРОМЕ а. интравагинального контрацептивного кольца б. мини-пили в. имплантатов г. инъекционных депо-форм	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
127. В ЯИЧНИКЕ АНДРОГЕНЫ СЛУЖАТ СУБСТРАТОМ ДЛЯ ОБРАЗОВАНИЯ а. эстрогенов б. прогестерона в. пролактина г. кортикостероидов	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
128. ПЕРЕРЫВЫ В ПРИЕМЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ГОРМОНАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ а. не требуются, если нет заинтересованности в беременности б. необходимы каждые 2-3 года использования препарата в. должны составлять не менее 3-х месяцев г. должны чередоваться с применением спермицидов	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
129. ОСНОВНЫМ ЭСТРОГЕННЫМ ГОРМОНОМ В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ В ПЕРИОДЕ ПОСТМЕНОПАУЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ а. эстрон б. эстрадиол в. эстриол г. эстрадиол-дипропионат	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
130. КАКОЙ ИЗ ТЕСТОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ ДВУХФАЗНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА а. базальная термометрия в динамике б. кариопикнотический индекс во 2-й фазе цикла в. симптом «папоротника» во 2-й фазе цикла г. симптом зрачка во 2-й фазе цикла	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
131. В ДИАГНОСТИКЕ АМЕНОРЕИ, СВЯЗАННОЙ С АКРОМЕГАЛИЕЙ И ГИГАНТИЗМОМ, ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЕ а. турецкого седла на рентгенограмме или МРТ черепа	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

б. структуры молочных желез в. экскреции 17-КС г. уровня пролактина в крови	
132. ЛОЖНАЯ АМЕНОРЕЯ МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАНА С а. атрезией цервикального канала б. аплазией матки в. дисгенезией гонад г. транзиторной гиперпролактинемией	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
133. ТРЕБОВАНИЯ К МЕТОДАМ КОНТРАЦЕПЦИИ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ а. минимальный риск метаболических нарушений б. избегать назначения ВМК в. избегать барьерных методов контрацепции г. избегать назначения гестагенов	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
134. ОСНОВНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЭСТРОГЕНОВ НА ОРГАНИЗМ а. стимулирует пролиферативные процессы в эндометрии б. блокирует рецепторы к окситоцину в. ослабляет пролиферативные процессы в эндометрии г. вызывает секреторные преобразования в эндометрии	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
135. ГЕСТАГЕНЫ ОБЛАДАЮТ СЛЕДУЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ а. обеспечивают секреторные процессы в эндометрии б. снижают содержание холестерина в крови в. определяют развитие первичных и вторичных половых признаков г. повышают тонус матки	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
136. ПЕРВИЧНАЯ ДИСМЕНОРЕЯ ОБУСЛОВЛЕНА а. инфантилизмом б. СПКЯ в. хроническим сальпингоофоритом г. эндометриозом	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
137. У БОЛЬНЫХ С ЭНДОКРИННЫМ БЕСПЛОДИЕМ ПРИМЕНЯЮТ КЛОМИФЕН В ТОМ СЛУЧАЕ, ЕСЛИ а. имеется достаточный уровень эстрогенной насыщенности б. базальная температура повысилась до 37°C в. КПИ в пределах 10-20% г. доминантный фолликул 20 мм	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
138. ПРИ БЕСПЛОДИИ ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИЮ ОПТИМАЛЬНО ПРОВОДИТЬ НА _____ ДЕНЬ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА а. 7-8 б. 13-15 в. 21-25 г. 16-20	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
139. АМЕНОРЕЯ - ЭТО ОТСУТСТВИЕ МЕНСТРУАЦИИ В ТЕЧЕНИЕ а. 6 мес. б. 3 мес. в. 5 мес. г. 12 мес.	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
140. ДЛЯ АНОВУЛЯТОРНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ХАРАКТЕРНО: а. длительная персистенция фолликула б. циклические изменения в организме в. преобладание гестагенов во второй фазе цикла г. преобладание гестагенов в первую фазу цикла	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
141. ЭСТРОГЕНЫ СЕКРЕТИРУЮТСЯ ВЕЗДЕ, КРОМЕ а. мозгового слоя надпочечников б. клеток внутренней оболочки фолликула в. желтого тела г. коркового вещества надпочечников	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
142. МАЛЫЕ ДОЗЫ ЭСТРОГЕНОВ а. стимулируют продукцию ФСГ б. подавляют продукцию ФСГ в. усиливают продукцию ЛГ г. подавляют продукцию ЛГ	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
143. ГЕСТАГЕНЫ ОБЛАДАЮТ СЛЕДУЮЩИМ ВЛИЯНИЕМ НА ОРГАНИЗМ а. гипертермическим б. гипотермическим в. стимулируют отделение желчи г. уменьшают отделение желудочного сока	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

144. АНДРОГЕНЫ ОБРАЗУЮТСЯ В а. яичнике (интерстициальных клетках, строме, внутренней теке) б. поджелудочной железе в. щитовидной железе г. гипоталамусе	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
145. АНДРОГЕНЫ ОБРАЗУЮТСЯ В а. сетчатой зоне коры надпочечников б. поджелудочной железе в. щитовидной железе г. гипоталамусе	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
146. ПОВЫШЕНИЕ РЕКТАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ВО ВТОРУЮ ФАЗУ ОВУЛЯТОРНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ОБУСЛОВЛЕНО а. действием прогестерона яичника на центр терморегуляции в гипоталамусе б. гипертермическим эффектом эстрогенов желтого тела в. действием эстрогена, который снижает теплоотдачу г. подавлением биохимических процессов в матке	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
147. ДЛЯ АНОВУЛЯТОРНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА С КРАТКОВРЕМЕННОЙ ПЕРСИСТЕНЦИЕЙ ЗРЕЛОГО ФОЛЛИКУЛА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ а. монофазной базальной температуры б. отрицательного симптома «зрачка» в. двухфазной базальной кривой г. в соскобе эндометрия во вторую фазу цикла - фазы секреции	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
148. ДЛЯ АНОВУЛЯТОРНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА С КРАТКОВРЕМЕННОЙ ПЕРСИСТЕНЦИЕЙ ЗРЕЛОГО ФОЛЛИКУЛА ХАРАКТЕРНО а. в соскобе эндометрия во вторую фазу цикла - поздняя фаза пролиферации б. симптом «зрачка» отрицательный в. двухфазная базальная кривая г. в соскобе эндометрия во вторую фазу цикла - фаза секреции	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
149. КАК ПРАВИЛО, С ЦЕЛЬЮ КОНТРАЦЕПЦИИ ПРИЕМ КОМБИНИРОВАННЫХ ЭСТРОГЕН- ГЕСТАГЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НАЗНАЧАЮТ а. с 1-го дня менструального цикла б. накануне менструации в. в период овуляции г. независимо от дня менструального цикла	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
150. ДЛЯ АНОВУЛЯТОРНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА С КРАТКОВРЕМЕННОЙ ПЕРСИСТЕНЦИЕЙ ЗРЕЛОГО ФОЛЛИКУЛА ХАРАКТЕРНО а. симптом «зрачка» (+++) б. симптом «зрачка» отрицательный в. двухфазная базальная кривая г. в соскобе эндометрия во вторую фазу цикла - фаза секреции	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
151. ДЛЯ АНОВУЛЯТОРНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА С АТРЕЗИЕЙ ФОЛЛИКУЛОВ ХАРАКТЕРНО а. опсоменорея, сменяющаяся длительными мажущими кровянистыми выделениями б. высокий уровень эстрогенов в. высокий уровень прогестерона г. высокий уровень эстрогенов и прогестерона	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
152. О ПОЛНОЦЕННОСТИ ЛЮТЕИНОВОЙ ФАЗЫ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ а. продолжительность стойкого повышения базальной температуры более 11 дней б. повышение базальной температуры в первую фазу цикла в. пролиферативные процессы в эндометрии во вторую фазу цикла г. положительный симптом «зрачка»	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
153. ЗАДЕРЖКА ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ - ЭТО ОТСУТСТВИЕ а. вторичных половых признаков к 14 годам, а менструации - к 16 годам б. вторичных половых признаков к 10 годам, а менструации - к 17 годам в. вторичных половых признаков к 11 годам, а менструации - к 18 годам г. вторичных половых признаков к 12 годам, а менструации - к 18 годам	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
154. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЦЕНТРАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ, КАК ПРАВИЛО, ПРИМЕНЯЮТ ВСЕ, КРОМЕ а. усиленного питания с повышенным содержанием белков и углеводов б. дегидратационной терапии в. лечебной физкультуры с водными процедурами	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

г. снижения избыточной массы тела	
155. ОСНОВНОЕ МЕСТО В СТРУКТУРЕ БЕСПЛОДНОГО БРАКА ЗАНИМАЕТ а. трубно - перитонеальное бесплодие б. эндокринное бесплодие в. мужской фактор бесплодия г. иммунологические нарушения	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
156. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТРУБНОГО ФАКТОРА БЕСПЛОДИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ а. хромосальпингоскопию б. кульдоцентез в. видеокольпоскопию г. ультразвуковое исследование органов малого таза	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
157. ДИАГНОЗ АБСОЛЮТНОГО БЕСПЛОДИЯ ВЫСТАВЛЯЕТСЯ В СЛУЧАЕ а. отсутствия яичников б. астенозооспермии в. синдрома Штейна-Левенталя г. хронической ановуляции	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
158. ВТОРИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ НАЗЫВАЮТ а. бесплодие у женщины, имеющей в анамнезе беременность б. бесплодие вследствие инфертильности мужа в. бесплодие, обусловленное эндокринными расстройствами г. бесплодие длительностью 2 года	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
159. ПРИ БЕСПЛОДИИ ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИЮ ОПТИМАЛЬНО ПРОВОДИТЬ НА _____ ДЕНЬ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА а. 7-10 б. 14-16 в. 16-20 г. 21-23	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
160. ПРИ НАРУШЕНИЯХ ЖЕНСКОЙ ФЕРТИЛЬНОСТИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, КРОМЕ а. Денситометрии б. Фемофлор-скрина в. Спермограммы супруга г. Измерения уровня витамина Д	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
161. ПОД ТЕРМИНОМ «БЕСПЛОДНЫЙ БРАК» ПОДРАЗУМЕВАЕТСЯ: а. отсутствие у супругов способности к зачатию б. отсутствие у женщины способности к вынашиванию в. и то, и другое г. ни то, ни другое	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
162. БРАК СЧИТАЕТСЯ БЕСПЛОДНЫМ, ЕСЛИ ПРИ НАЛИЧИИ РЕГУЛЯРНОЙ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ БЕЗ ПРИМЕНЕНИЯ КОНТРАЦЕПТИВОВ БЕРЕМЕННОСТЬ НЕ НАСТУПАЕТ: а. 1 год б. 0,5 года в. 2,5 лет г. 5 лет	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
163. ЧАСТОТА БЕСПЛОДНОГО БРАКА СОСТАВЛЯЕТ ПО ОТНОШЕНИЮ КО ВСЕМ БРАКАМ: а. 15 – 20 % б. 0,5 % в. 2 – 3 % г. более 30 %	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
164. ПОСЛЕ ОВУЛЯЦИИ ЯЙЦЕКЛЕТКА СОХРАНЯЕТ СПОСОБНОСТЬ К ОПЛОДОТВОРЕНИЮ В ТЕЧЕНИЕ: а. 12 – 24 часов б. 6 часов в. 3 – 5 суток г. 10 суток	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
165. ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ПРОБА (МАЛЫЙ ТЕСТ) С ДЕКСАМЕТАЗОНОМ) СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ТОМ, ЧТО: а. источником гиперандрогении являются надпочечники б. источником гиперандрогении являются яичники в. гиперандрогения связана с аденомой гипофиза г. гиперандрогения обусловлена кортикостеромой надпочечника	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
166. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНОГО СИНДРОМА (АГС) ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ: а. с момента установления диагноза б. после установления менструальной функции в. после замужества (в зависимости от времени планируемой	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

беременности) г. только после родов	
167. ПРИ НАРУШЕНИИ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РАЗВИТИЕ БЕСПЛОДИЯ ОБУСЛОВЛЕНО: а. угнетением процессов овуляции б. выраженным нарушением жирового обмена в. постоянной гипотермией тела г. уплотнением белочной оболочки яичников	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
168. ОПТИМАЛЬНАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПАРЛОДЕЛА С ЦЕЛЬЮ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ: а. 6 месяцев б. не менее 1,5 – 2 лет в. 1 год г. постоянное применение	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
169. ПРИЧИНЫ БЕСПЛОДИЯ ЖЕНЩИН В БРАКЕ ВСЕ, КРОМЕ: а. неправильное питание б. инфантилизм и гипоплазия половых органов в. общие истощающие заболевания и интоксикации г. воспалительные заболевания половых органов	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
170. ТРУБНОЕ БЕСПЛОДИЕ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО: а. длительным приемом КОК б. нарушением рецепции в маточной трубе в. инфантилизмом г. склеротическими изменениями в мышечной стенке маточной трубы	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
171. ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ ЯИЧНИКОВОГО ГЕНЕЗА ЧАСТО СОПРОВОЖДАЕТСЯ ВСЕМ ,КРОМЕ: а. увеличением уровня эстрогенов б. гиперсекрецией ЛГ в. повышением индекса ЛГ/ФСГ г. умеренной гиперпролактинемией	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
172. ДЛЯ СИНДРОМА РЕЗИСТЕНТНЫХ ЯИЧНИКОВ ХАРАКТЕРНО ВСЁ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ: а. сниженному уровню эстрадиола в 1 фазе менструального цикла б. множества премордиальных фолликулов в ткани яичника (при гистологическом исследовании) в. положительной пробы с прогестероном у большинства женщин г. уровня эстрадиола, соответствующего таковому в пролиферативной фазе нормального менструального цикла	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
173. ПРИЧИНОЙ БЕСПЛОДИЯ ПРИ ДИСГЕНЕЗИИ ГОНАД ЯВЛЯЕТСЯ ОТСУТСТВИЕ: а. яичника и фолликулов б. ткани яичника или его резкое недоразвитие в. матки или её резкое недоразвитие г. продукции гонадотропинов	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
174. ПОВЫШЕННАЯ ПРОДУКЦИЯ ПРОЛАКТИНА У БОЛЬНЫХ С БЕСПЛОДИЕМ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА ВСЕМ,КРОМЕ: а. длительным приёмом бромкриптина б. развитием аденомы гипофиза в. снижением продукции в гипоталамусе пролактинингибирующего фактора г. развитием новообразования в гипоталамусе	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
175. ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМΙΑ ЧАСТО СОПРОВОЖДАЕТСЯ ВСЕМ ,КРОМЕ: а. повышением продукции ФСГ б. недостаточностью лютеиновой фазы цикла в. аменореей-галактореей г. ановуляцией	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
176. ГИПЕРСТИМУЛЯЦИЯ ЯИЧНИКОВ МОЖЕТ БЫТЬ: а. при применении кломифена (кломилбегита) б. при применении парлодела в. при длительном применении комбинированных эстроген-гестагенных препаратов г. при применении радоновых ванн	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
177. СИНДРОМ ГИПЕРСТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ, КРОМЕ: а. гипотрофией яичников б. появлением асцита в. увеличением яичников г. возможным развитием гипопротеинемии	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
178. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ МАЛЫХ ФОРМ ЭНДОМЕТРИОЗА ЯВЛЯЮТСЯ: а. лапароскопия	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

б. гистероскопия в. УЗИ м/таза г. гистеросальпингография	
179. МЕТОДАМИ, ПОЗВОЛЯЮЩИМИ УТОЧНИТЬ ДИАГНОЗ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО БЕСПЛОДИЯ, ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ,КРОМЕ: а. определение кариотипа пары б. определение антиспермальных антител в крови и в шейной слизи в. посткоитальный тест (проба Шуварского – Гунера) г. определение количества лейкоцитов в шейной слизи	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
180. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРУБНОГО БЕСПЛОДИЯ ВО ВСЕХ СЛУЧАЯХ, КРОМЕ: а. настойчивого стремления женщины иметь детей б. при часто рецидивирующих воспалительных процессах в придатках матки в. при выявлении непроходимости в одной из маточных труб г. во всех случаях при выявлении механического трубного бесплодия	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
181. СПЕРМАТОЗОИДЫ ПОПАДАЮТ В МАТОЧНЫЕ ТРУБЫ И БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ ПОСЛЕ ПОЛОВОГО СНОШЕНИЯ ЧЕРЕЗ : а. 1.5-2 часа б. 5 мин в. 30-60 мин г. 6 часов	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
182. СПЕРМАТОЗОИДЫ ПОСЛЕ ПРОНИКНОВЕНИЯ В МАТКУ И ТРУБЫ СОХРАНЯЮТ СПОСОБНОСТЬ К ОПЛОДОТВОРЕНИЮ В ТЕЧЕНИЕ: а. 24-48 часов б. 6-12 часов в. 3-5 суток г. 10 суток	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
183. КОМБИНИРОВАННЫЕ ЭСТРОГЕН-ГЕСТАГЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ С ЛЕЧЕБНОЙ ЦЕЛЬЮ У БОЛЬНЫХ: а. с гиперандрогенией, обусловленной СПКЯ б. с гиперандрогенией, обусловленной аденобластомой яичника в. с аденогенитальным синдромом г. с надпочечниковой гиперандрогенией	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
184. ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ГЕНЕРАТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ДИСГЕНЕЗИИ ГОНАД НЕОБХОДИМО: а. ВРТ б. стимуляция овуляции в. клиновидная резекция яичников г. длительная циклическая терапия половыми гормонами	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
185. ОПТИМАЛЬНАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПАРЛОДЕЛА С ЦЕЛЬЮ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ, КАК ПРАВИЛО, СОСТАВЛЯЕТ : а. 3-6 месяцев б. не менее 1.5-2 лет в. 1 год г. постоянное применение	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
186. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ДИСГЕНЕЗИИ ГОНАД ЯВЛЯЕТСЯ : а. хромосомные аномалии на ранних стадиях овогенеза и сперматогенеза б. воздействие неблагоприятных факторов на гонады плода в период их дифференцировки в. воздействие радиации в репродуктивном возрасте г. воздействие воспалительного процесса в половых органах в период становления менструальной функции	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
187. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ПАРЛОДЕЛА ВСЕ, КРОМЕ: а. блокирует выработку андрогенов б. освобождает рецепторы ЛГ в. восстанавливает гипоталамо-гипофизарно-яичниковые взаимоотношения г. угнетает секрецию пролактина	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
188. ПРИЧИНОЙ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ ВСЕ, КРОМЕ: а. феохромоцитомы надпочечника б. арренобластома яичника в. склерокистоз яичника г. гипертеноз яичника	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
189. СИНДРОМ ИСТОЩЕНИЯ ЯИЧНИКОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ, КРОМЕ: а. регулярными менструациями б. монофазным характером кривой базальной температуры (ниже 37°C) в. отрицательной пробой с прогестероном г. положительной пробой с эстрогенами и прогестероном	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
190. МЕТОДЫ ,СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОССТАНОВЛЕНИЮ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ СИНДРОМЕ ИСТОЩЕНИЯ	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

ЯИЧНИКОВ: а. двуфазная гормональная терапия б. стимуляция овуляции кломифеном в. стимуляция овуляции пергоналом г. назначение комбинированных эстроген-гестагенных препаратов в течение 2-3 месяцев	
191. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ СИНДРОМА ГИПЕРСТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ НЕОБХОДИМО: а. прекратить применение препарата, стимулирующего овуляцию б. продолжить стимуляцию овуляции в. заменить другим препаратом, стимулирующим овуляцию г. срочное кровоостановление, удаление или резекция измененного яичника	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
192. ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ ЭНДОКРИННОГО БЕСПЛОДИЯ ВСЕ, КРОМЕ: а. сальпингит б. гипоталамо-гипофизарная дисфункция в. яичниковая недостаточность г. гипоталамо-гипофизарная недостаточность	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
193. СИНДРОМ ИСТОЩЕНИЯ ЯИЧНИКОВ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ со всеми, кроме : а. с арренобластомой яичника б. с синдромом дисгенезии гонад в. с климактерическим синдромом г. с синдромом резистентных яичников	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
194. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПРИЧИНАМИ ТРУБНОГО БЕСПЛОДИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ: а. половой инфантилизм б. перенесенные оперативные вмешательства в. эндометриоз маточных труб г. неспецифические рецидивирующие воспалительные заболевания придатков матки	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
195. ФАКТОРАМИ, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИМИ ТРУБНОЕ БЕСПЛОДИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ САЛЬПИНГООФОРИТЕ, ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ : а. локальная гипертермия б. сужение или полная облитерация просвета маточных труб в. повреждение реснитчатого эпителия слизистой маточной трубы г. развитие перитубарных спаек	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
196. ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ БЕСПЛОДИИ, ОБУСЛОВЛЕННОМ СИНДРОМОМ ЛЮТЕИНИЗАЦИИ НЕОВУЛИРОВАВШЕГО ФОЛЛИКУЛА : а. применение стимуляторов овуляции б. применение гестогенов в. проведение КОК г. проведение двуфазной гормональной терапии	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
197. ДЛЯ СИНДРОМА РЕЗИСТЕНТНЫХ ЯИЧНИКОВ ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ : а. высокое содержание эстрогенов б. гипопластичные яичники при лапароскопии в. наличие первичной (чаще) или вторичной аменореи г. отсутствие в яичниках при гистологическом исследовании премордиальных фолликул	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
198. ПРИ БЕСПЛОДИИ ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИЮ ОПТИМАЛЬНО ПРОВОДИТЬ НА _____ ДЕНЬ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА: а. 7-10 б. 14-16 в. 16-20 г. 21-23	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
199. ПРИ НАРУШЕНИЯХ ЖЕНСКОЙ ФЕРТИЛЬНОСТИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, КРОМЕ: а. денситометрии б. спермограммы супруга в. фемофлор-скрина г. измерения уровня витамина Д	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
200. ВТОРИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ НАЗЫВАЮТ: а. бесплодие у женщины, имеющей в анамнезе беременность б. бесплодие вследствие инфертильности мужа в. бесплодие длительностью 2 года г. бесплодие, обусловленное эндокринными расстройствами	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
201. АМЕНОРЕЯ – ЭТО ОТСУТСТВИЕ МЕНСТРУАЦИИ В ТЕЧЕНИЕ: а. 6 мес б. 1 год в. 4 мес.	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

г. 5 мес.	
202. У БОЛЬНЫХ С АМЕНОРЕЕЙ ПРИ БОЛЕЗНИ СИМОНДСА НАБЛЮДАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, КРОМЕ:	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. гиперандрогения б. преждевременное старение в. резкое истощение г. тяжёлые обменно-эндокринные нарушения	
203. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С АМЕНОРЕЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ КОМПЕТЕНЦИЕЙ ЭНДОКРИНОЛОГА, КРОМЕ :	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. при голодной аменорее б. при пангипопитуитаризме в. при акромегалии и гигантизме г. при болезни Иценко-Кушинга	
204. У БОЛЬНОЙ С АМЕНОРЕЕЙ ПРИ АДИПОЗО-ГЕНИТАЛЬНОЙ ДИСТРОФИИ, КАК ПРАВИЛО, ПОКАЗАНО ВСЕ ,КРОМЕ:	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. лечение агонистами дофамина б. хирургическое лечение в. усиление обменных процессов г. снижение массы тела	
205. АМЕНОРЕЯ ПРИ ГИГАНТИЗМЕ СВЯЗАНА С:	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. с гиперпродукцией СТГ до периода полового созревания б. с гиперпродукцией АКТГ до периода полового созревания в. с гиперпродукцией АКТГ после окончания периода полового созревания г. с гиперпродукцией СТГ после окончания периода полового созревания	
206. ОТСУТСТВИЕ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ОБУСЛОВЛЕНО:	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. хромосомными аномалиями б. перенесёнными инфекционными заболеваниями в раннем детстве в. перенесённым менингитом в период новорожденности г. перенесёнными воспалительными процессами органов малого таза вирусной этиологии в пубертатном возрасте	
207. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАДЕРЖКИ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ЯИЧНИКОВОГО ГЕНЕЗА НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. применение глюкокортикоидов б. заместительная терапия эстрогенами в. заместительная терапия гестагенами г. заместительная терапия эстроген-гестагенными препаратами	
208. ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ЗАДЕРЖКИ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ, КРОМЕ :	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. дисменорея б. аменорея в. Опсоменорея г. олигоменорея	
209. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ АМЕНОРЕЕЙ –ОТСУТСТВИЕ МЕНСТРУАЦИИ:	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. при СПКЯ б. у девочек до 10 – 12 лет в. во время беременности г. в старческом возрасте	
210. ДЛЯ СИНДРОМА АШЕРМАНА НЕ ХАРАКТЕРНО:	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. отсутствие матки б. гибель базального слоя эндометрия в. рубцовые изменения в матке г. отсутствие реакции эндометрия на гормональные стимулы развитие	
211. ДИСГЕНЕЗИЯ ГОНАД – ЭТО....., КРОМЕ:	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. дефект ферментных систем б. результат неблагоприятных воздействий в ранний антенатальный период в. врождённая патология г. аномалия в системе половых хромосом	
212. ДЕФИЦИТ МАССЫ ТЕЛА, КАК ПРАВИЛО, ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ ВСЕГО, КРОМЕ:	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. укорочение менструального цикла б. запаздывания наступления первой менструации в. длительного становления менструальной функции г. развития или усугубления нарушения менструальной функции	
213. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОЙ С ЛЮБОЙ ФОРМОЙ ДИСГЕНЕЗИИ ГОНАД, КАК ПРАВИЛО, ИСКЛЮЧАЕТСЯ ВОССТАНОВЛЕНИЕ:	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. генеративной функции б. менструальной функции в. половой функции г. вторичных половых признаков	
214. ОСНОВНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АМЕНОРЕИ	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5,

ЦЕНТРАЛЬНОГО ГЕНЕЗА все ,КРОМЕ: а. положительная проба с эстроген-гестагенами б. положительные пробы с гонадотропными гормонами в. низкая секреция гонадотропинов г. наличие матки и яичников	ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
215. ОСОБЕННОСТЯМИ ТЕРАПИИ ДМК У БОЛЬНЫХ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ,КРОМЕ : а. проведение циклической гормональной терапии б. терапия, направленная на подавление функции яичников в. лечение сопутствующей соматической патологии г. проведение раздельного лечебно-диагностического выскабливания матки для верификации диагноза	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
216. ПРИ ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ ПРОБЕ С ГОНАДОТРОПИНАМИ У БОЛЬНЫХ С АМЕНОРЕЕЙ ПОКАЗАНО: а. лапароскопия и биопсия яичников б. проба с эстрогенами в циклическом режиме в. лапароскопия и удаление гонад г. прогестероновая проба	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
217. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ИСТОЩЕНИЯ ЯИЧНИКОВ: а. на стимуляцию яичников б. на сохранение менструальной функции в. на получение менструальноподобной реакции г. на уменьшение выраженности вегетососудистых расстройств	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
218. ДЛЯ АНОВУЛЯТОРНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА С АТРЕЗИЕЙ Фолликулов ХАРАКТЕРНО ВСЕ,КРОМЕ : а. образование функциональной кисты яичника больших размеров б. высокий уровень эстрогенов в. опсоменорея, сменяющаяся длительными мажущими кровянистыми выделениями г. отсутствие беременности	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
219. ТЕСТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ (ТФД) ПОЗВОЛЯЮТ ОПРЕДЕЛИТЬ ВСЕ,КРОМЕ: а. уровень нарушения менструального цикла б. двуфазность менструального цикла в. уровень эстрогенной насыщенности организма г. наличие овуляции	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
220. РАСТЯЖЕНИЕ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ СЛИЗИ ДО 10-12 СМ НА 24-Й ДЕНЬ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ : а. об укорочении 2 фазы цикла б. об укорочении 1 фазы цикла в. о гиперандрогении г. об ановуляции	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
221. ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ПРОГЕСТЕРОНОВАЯ ПРОБА ПРИ АМЕНОРЕЕ (ПРОЯВЛЕНИЕ ЧЕРЕЗ 2-3 ДНЯ ПОСЛЕ ОТМЕНЫ ПРЕПАРАТА МЕНСТРУАЛЬНО-ПОДОБНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ) СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О: а. достаточной эстрогеновой насыщенности б. гиперандрогения в. гипоестрогения г. атрофия эндометрия	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
222. ПОВЫШЕНИЕ РЕКТАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ВО ВТОРУЮ ФАЗУ ОВУЛЯТОРНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ОБУСЛОВЛЕНО: а. гипертермический эффект прогестерона б. гипертермический эффект эстрогенов в. действием эстрогена, который снижает теплоотдачу г. подавлением биохимических процессов в матке	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
223. ДЛЯ АНОВУЛЯТОРНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА С ПЕРСИСТЕНЦИЕЙ ЗРЕЛОГО ФОЛЛИКУЛА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ,КРОМЕ: а. двухфазный график базальной температуры б. монофазная базальная кривая в. в соскобе эндометрия 2 фазы-фаза секреции г. отрицательный симптом зрачка	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
224. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АМК ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ: а. транексамовая кислота б. миролют в. курантил г. достинекс	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
225. СИНДРОМ ШЕРЕШЕВСКОГО - ТЕРНЕРА – ЭТО: а. типичная форма дисгенезии гонад б. гипопродукция тиреотропного гормона	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

в. гиперпродукция соматотропного гормона до периода полового созревания г. ложный мужской гермафродитизм	
226. ОЛИГОМЕНОРЕЯ – ЭТО: а. редкие менструации б. скудные менструации в. частые менструации г. болезненные менструации	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
227. ГИПЕРМЕНОРЕЯ – ЭТО: 228. обильные менструации 229. болезненные менструации 230. длительные менструации 231. частые менструации	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
232. КАКОЙ ИЗ ТЕСТОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ ДВУХФАЗНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА: а. базальная термометрия в динамике б. кариопикнотический индекс во 2-й фазе цикла в. симптом «папоротника» во 2-й фазе цикла г. симптом зрачка во 2-й фазе цикла	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
233. ЛОЖНАЯ АМЕНОРЕЯ МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАНА С: а. атрезией цервикального канала б. транзиторной гиперпролактинемией в. аплазией матки г. дисгенезией гонад	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
234. ДИСГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЯИЧКО У БОЛЬНОЙ С АМЕНОРЕЕЙ ЯИЧНИКОВОГО ГЕНЕЗА СКЛОННО К: а. малигнизации б. мускулинизации в. вирилизации г. гирсутизму	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
235. ПОЛИМЕНОРЕЯ – ЭТО: а. длительные менструации б. обильные менструации в. частые менструации г. болезненные менструации	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
236. У БОЛЬНЫХ С АМЕНОРЕЕЙ ПРИ БОЛЕЗНИ СИММОНДСА НАБЛЮДАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, КРОМЕ: а. ожирение б. преждевременного старения в. резкое истощение г. тяжелые обменно-эндокринные нарушения	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
237. ДЛЯ АНОВУЛЯТОРНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ХАРАКТЕРНО: а. длительная персистенция фолликула б. преобладание гестагенов в первую фазу цикла в. циклические изменения в организме г. преобладание гестагенов во второй фазе цикла	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
238. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ У БОЛЬНОЙ С АМЕНОРЕЕЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ПРОБЫ С ЭСТРОГЕНАМИ И ГЕСТАГЕНАМИ ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ЕЕ (ОТСУТСТВИЕ МЕНСТРУАЛЬНОЙ РЕАКЦИИ) ОБЫЧНО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О: а. маточной форме аменореи б. наличии аменореи центрального генеза в. яичниковой форме аменореи г. наличии синдрома поликистозных яичников	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
239. ТЕСТ БАЗАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ОСНОВАН НА: а. влиянии прогестерона на терморегулирующий центр гипоталамуса б. воздействии эстрогенов на гипоталамус в. влиянии простагландинов на гипоталамус г. воздействии гормонов щитовидной железы на гипоталамус	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
240. МОНОТОННАЯ ГИПОТЕРМИЧЕСКАЯ КРИВАЯ БАЗАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ: а. ановуляторного менструального цикла б. двухфазного менструального цикла с удлинением лютеиновой фазы в. двухфазного менструального цикла г. двухфазного менструального цикла с укорочением лютеиновой фазы	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
241. АМК НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С: а. начавшимся самопроизвольным выкидышем б. анемической формой апоплексии яичника в. субсерозной миомой матки	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

г. прогрессирующей трубной беременностью	
242. РАЗДЕЛЬНОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ВЫСКАБЛИВАНИЕ ПРИ АНОМАЛЬНОМ МАТОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ПРОВОДИТСЯ:	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. позднем репродуктивном возрасте старше 40 лет и постменопаузе б. подростковом возрасте в. раннем репродуктивном возрасте г. независимо от возраста	
243. АНОМАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АНОВУЛЯЦИИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ СО ВСЕМ, КРОМЕ:	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. субсерозной миомы матки б. начавшегося самопроизвольного выкидыша при маточной беременности в. гиперпластического процесса эндометрия г. внематочной беременности	
244. ЧТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ АМК У ПАЦИЕНТОК НА ФОНЕ ПРОГЕСТАГЕННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ:	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. гиперплазия эндометрия б. изменение сосудистой морфологии в. изменение экспрессии стероидных рецепторов, содержания простагландинов, интерлейкинов г. атрофия эндометрия	
245. ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ДЕКСАМЕТАЗОНА ПРИ ГИПЕРАНДРОГАНИИ ОБУСЛОВЛЕН:	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. угнетением продукции АКТГ б. угнетением функции яичников в. угнетением функции надпочечников г. угнетением продукции ФСГ и ЛГ	
246. ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ КОМБИНИРОВАННЫХ ЭСТРОГЕН-ГЕСТАГЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ГИПЕРАНДРОГАНИИ ОБУСЛОВЛЕН :	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. угнетением продукции ФСГ и ЛГ гипофизом б. угнетением функции яичников в. угнетением функции надпочечников г. угнетением продукции АКТГ	
247. ГИПЕРАНДРОГАНИЯ ЯИЧНИКОВОГО ГЕНЕЗА ЧАСТО СОПРОВОЖДАЕТСЯ ВСЕМ ,КРОМЕ:	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. гиперэстрогенией б. гиперсекрецией ЛГ в. повышением индекса ЛГ/ФСГ г. умеренной гиперпролактинемией	
248. ПРИМЕНЕНИЕ ДЕКСАМЕТАЗОНА С ЛЕЧЕБНОЙ ЦЕЛЬЮ НЕ ПОКАЗАНО У ВСЕХ БОЛЬНЫХ,КРОМЕ:	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. с гиперандрогенией надпочечникового генеза б. с сочетанной формой склерополикистоза яичников в. с гиперандрогенией любого генеза г. с арренобластомой яичника	
249. МЕТОДАМИ, ПРОВЕДЕНИЕ КОТОРЫХ ПОМОГАЕТ УТОЧНИТЬ ДИАГНОЗ СИНДРОМА ИСТОЩЕНИЯ ЯИЧНИКОВ, ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ,КРОМЕ:	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. определение прогестерона б. определение гонадотропных гормонов в. определение половых гормонов г. биопсия яичников	
250. ПРИ БЕСПЛОДИИ, ОБУСЛОВЛЕННОМ СПКЯ, И НАЛИЧИИ ПРИЗНАКОВ ГЕНИТАЛЬНОГО ИНФАНТИЛИЗМА ПОКАЗАНО ВСЕ,КРОМЕ:	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. при отсутствии эффекта от предшествующей терапии - удаление надпочечников с последующей заместительной терапией б. проведение двуфазной гормональной терапии (эстрогены в I фазу, гестагены во II фазу), прерывистыми циклами по 2-3 месяца с интервалом в 2 месяца в. в интервале между гормональной терапией - назначение препаратов, стимулирующих овуляцию (кломифен, клостилбегит), и витаминов Е и С во II фазу менструального цикла г. при отсутствии эффекта от предшествующей консервативной терапии - проведение клиновидной резекции яичников	
251. ПРИ БЕСПЛОДИИ, ОБУСЛОВЛЕННОМ СКЛЕРОКИСТОЗОМ ЯИЧНИКОВ (СКЯ), И ОТСУТСТВИИ У БОЛЬНОЙ ПРИЗНАКОВ ГЕНИТАЛЬНОГО ИНФАНТИЛИЗМА ПОКАЗАНО ВСЕ,КРОМЕ:	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. при отсутствии эффекта от предшествующей терапии - удаление надпочечников с последующей заместительной терапией б. назначение эстроген-гестагенных препаратов прерывистым курсом (по 2-3	

месяца с интервалами 2 месяца) с расчетом на ребаунд-эффект в. в интервале между применением эстроген-гестагенных препаратов - назначение препаратов, стимулирующих овуляцию (кломифен, клостилбегит), и витаминов Е и С во II фазу менструального цикла г. при отсутствии эффекта от предшествующей консервативной терапии - проведение клиновидной резекции яичников	
252. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ТИПИЧНОЙ ФОРМЫ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ВСЕ,КРОМЕ: а. ларингит б. сухость слизистых в. боли в области сердца г. остеопороз	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
253. ДЛЯ АТИПИЧНОЙ ФОРМЫ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО ВСЕ,КРОМЕ : а. сухость слизистых б. симпато-адреналовые кризы в. тяжелое течение бронхиальной астмы г. тяжелое течение сахарного диабета	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
254. У БОЛЬНЫХ С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ НАБЛЮДАЕТСЯ, КАК ПРАВИЛО, ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ВСЕХ ГОРМОНОВ,КРОМЕ: а. ЭСТРОДИОЛА б. АКТГ в. ЛГ г. ФСГ	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
255. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРИМЕНЯЮТ ВСЕ,КРОМЕ: а. двухфазных КОК б. бальнеотерапию в. витамины А и Е г. шейно-лицевую гальванизацию	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
256. ПРИ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОМ СИНДРОМЕ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ а. гипертоническую б. нейропсихическую в. отечную г. цефалгическую	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
257. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ: а. андрогены б. фитоэстрогены в. МГТ г. эстрогены	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
258. ПРИ ОСТЕОПОРОЗЕ У БОЛЬНЫХ С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЯТЬ ВСЕ,КРОМЕ: а. гестагены б. чистые эстрогены в. МГТ г. витамин д	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
259. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА ВСЕ,КРОМЕ : а. нарушения стула б. головная боль, головокружение в. болезненное нагрубание молочных желез г. прибавка массы тела на 1-2 кг	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
260. ОБМЕННО-ЭНДОКРИННЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ВСЕ,КРОМЕ : а. боли внизу живота б. ожирение в. атеросклероз г. остеопороз	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
261. СОДЕРЖАНИЕ НЕКОТОРЫХ ГОРМОНОВ ЯИЧНИКА И АДЕНОГИПОФИЗА ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА ,КРОМЕ: а. эстрадиол снижается, ФСГ снижается б. ФСГ повышается в. ФСГ повышается, ЛГ повышается г. эстрадиол снижается, АКТГ без изменений	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
262. ВЕГЕТО-СОСУДИСТЫЕ СИМПТОМЫ ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ВСЕ,КРОМЕ: а. быстрая утомляемость	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

б. сердцебиение в. потливость г. чувство онемения в конечностях	
263. У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ФОРМОЙ СКЛЕРОКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ОТМЕЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ: а. яичники не увеличены б. нарушение менструального цикла часто с первой менструации в. начальные проявления гирсутизма предшествуют первой менструации г. имеются увеличенные яичники	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
264. ЭХОГРАФИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ: а. объем яичника более 10 см ³ б. наличие 10 фолликулов диаметром 2-6 мм в. желтое тело в стадии регресса г. свободная жидкость в малом тазу	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
265. ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫПОЛНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ ВСЕГО, КРОМЕ: а. овариэктомии б. резекции яичников в пределах здоровых тканей в. каутеризации г. дреллинга	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
266. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ МЕНОПАУЗОЙ НАЗЫВАЮТ : а. окончательное прекращение менструации по истечению 12 месяцев б. отрезок времени после последней менструации в. отрезок времени после окончания репродуктивного возраста г. период стабильной менструальной функции	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
267. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ НОРМОГОНАДОТРОПНАЯ НОРМОЭСТРОГЕННАЯ АНОВУЛЯЦИЯ СООТВЕТСТВУЕТ: а. синдрому поликистозных яичников б. дисгенезии гонад в. гипогонадотропному гипогонадизму г. преждевременной недостаточности яичников	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
268. ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ (ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭЛЕКТРОКАУТЕРИЗАЦИЯ ЯИЧНИКОВ) ПОКАЗАНА С ЦЕЛЬЮ ТЕРАПИИ: а. ановуляторного бесплодия б. гирсутизма в. ожирения г. гиперандрогении	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
269. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СТИМУЛЯЦИИ ОВУЛЯЦИИ ГОНАДОТРОПИНАМИ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ _____ ЦИКЛОВ: а. 6 б. 12 в. 3 г. 9	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
270. К ВЕГЕТАТИВНО – НЕРВНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА ОТНОСЯТ : а. приливы б. нарушение сна в. раздражительность г. снижение памяти	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
271. К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ ПРИ ИНДЕКСЕ МАССЫ ТЕЛА БОЛЕЕ 30 КГ/М ² У ПАЦИЕНТКИ ОТНОСЯТ: а. диетотерапию, метформин б. операцию на яичниках в. применение регуляторов обмена нейромедиаторов г. комбинированное лечение (оперативное, консервативное)	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
272. ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И НЕЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ: а. электрокаутеризация яичников б. овариэктомия в. клиновидная резекция обоих яичников г. демедуляция яичников	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
273. У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПЕРЕНОС ЭМБРИОНОВ В КОЛИЧЕСТВЕ: а. 1	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

б. 4 в. 2 г. 3	
274. ДЛЯ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ: а. ановуляция б. наличие физических дефектов в. ускоренное созревание скелета г. дефект гена 21- гидроксилазы	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
275. В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ТЕРАПИИ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ ПРИ НАРУШЕНИИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА, ГИРСУТИЗМЕ И АКНЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ: а. комбинированные гормональные контрацептивы б. антиандрогены в. метформин г. препараты для стимуляции овуляции	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
276. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ БЕСПЛОДИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ВКЛЮЧАЮТ: а. использование стимуляции овуляции в качестве первой линии терапии б. увеличение массы тела в. использование гонадотропинов г. использование лапароскопии в качестве первой линии терапии	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
277. К ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ОТНОСЯТ ОЛИГО-/ АНОВУЛЯЦИЮ, УЗ – ПРИЗНАКИ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И : а. гиперандрогению б. ожирение в. гиперпролактинемию г. инсулинорезистентность	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
278. МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ: а. склероз и утолщение капилляров б. наличие желтых и белых тел в. истонченная белочная оболочка г. уменьшение количества кистозно- атрезирующих фолликулов	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
279. ПОКАЗАНИЕМ К ЛАРАПОСКОПИИ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И БЕСПЛОДИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ: а. высокий уровень ЛГ б. нарушение жирового обмена в. коррекция менструального цикла г. наличие гиперандрогении	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
280. ГОРМОНАЛЬНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ: а. нормоэстрогения или гипоестрогения б. гипoinsулинемия в. соотношение ФСГ/ЛГ более 1 г. повышение синтеза ССТ	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
281. К АСТЕНОНЕВРОТИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ: а. приливы б. тревога в. раздражительность г. плаксивость	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
282. К ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА ОТНОСЯТ: а. раздражительность б. головокружение в. приливы г. боли в сердце	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
283. СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ВСЕМ, КРОМЕ: а. по степени нарушения памяти б. по количеству приливов в. по наличию бессонницы г. по степени трудоспособности	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
284. КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: а. можно отнести к легкой форме при числе приливов до 10 в сутки и ненарушенном общем состоянии б. возникает в результате гиперэстрогении в. обычно проходит самостоятельно г. нередко сопровождается развитием гирсутизма, гипертрихоза, снижением	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

тембра голоса	
Раздел 3. ВЗОМТ.	
285. ЧТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ УГРОЖАЮЩЕЙ ПЕРФОРАЦИИ ТУБОВАРИАЛЬНОГО АБСЦЕССА? а. иррадиации болей в ключицу б. появление тенезмов, жидкого стула в. лихорадка гектического типа, озноб г. пульсирующий характер болей и нарастание их интенсивности	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
286. К РЕАБИЛИТАЦИОННЫМ МЕТОДАМ АМБУЛАТОРНОГО ЭТАПА У ПАЦИЕНТОК С ВЗОМТ ОТНОСЯТ СЛЕДУЮЩИЕ, КРОМЕ а. плазмафереза б. системной магнитотерапии в. интерферентных токов г. гирудотерапии	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
287. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗНОГО КОЛЫПИТА У БЕРЕМЕННЫХ ВО 2 И 3 ТРИМЕСТРЕ ПРИМЕНЯЮТ а. натамицин б. флуконазол в. настой календулы г. тампоны с хлоргексидином	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
288. ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ В СТРУКТУРЕ АМБУЛАТОРНЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ СОСТАВЛЯЕТ а. 60-65% б. 18-20% в. 25-30% г. 40-45%	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
289. НАЛИЧИЕ СИНЕХИЙ В ПОЛОСТИ МАТКИ ПРЕЖДЕ ВСЕГО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О а. перенесенном инфекционно-воспалительном процессе в эндометрии б. наличии аномалии развития матки в. наличии в анамнезе поздних абортов г. сопутствующей хламидийной инфекции	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
290. ОСОБЕННОСТЬЮ СОВРЕМЕННЫХ ВЗОМТ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ а. высокой частоты заболеваемости в возрасте после 45-50 лет б. полимикробной этиологии и резистентности флоры к традиционным методам лечения в. стертости течения заболевания г. тенденции к нагноению и развитию септических процессов	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
291. ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПАМ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВЗОМТ? а. сочетание в одной схеме бактерицидного и бактериостатического антибиотиков б. устранение условий для эффективной а/б терапии (дренирование, эвакуация гноя, некрэктомия и т.д.) в. назначение антибиотиков в соответствии с чувствительностью возбудителей г. проведение антибактериальной терапии ВЗОМТ только в фазе обострения	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
292. ЧТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИ ВЗОМТ? а. возраст старше 50 лет б. невозможность исключить любую острую хирургическую патологию в. недостаточная эффективность пероральной терапии в амбулаторных условиях г. ВЗОМТ на фоне беременности	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
293. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ВЗОМТ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ СО ВСЕМ, КРОМЕ а. маточной беременности б. эктопической беременности в. острого аппендицита г. дивертикулита и синдрома раздраженного кишечника	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
294. К МЕТОДАМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЗОМТ ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ а. амниоцентеза б. пункции под контролем УЗИ или КТ в. лапароскопии с санацией и дренированием г. лапаротомии с дренированием и органоуносящими вмешательствами	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
295. ПРИ КАКОЙ СИТУАЦИИ ПУНКЦИЯ ГНОЙНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В МАЛОМ ТАЗУ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНА? а. наличие в гнойном образовании множественных перегородок, полостей,	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

б. солидного компонента в. впервые возникшей двухсторонний tuboовариальный абсцесс г. отсутствие риска ранения сосудов, петель кишечника, мочевого пузыря г. впервые возникший односторонний tuboовариальный абсцесс	
296. ВО ВЛАГАЛИЩЕ В НОРМЕ СРЕДА а. кислая б. щелочная в. нейтральная г. слабо щелочная	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
297. НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА ПРИМЕНЕНИЕ а. метронидазола и клиндамицина б. доксициклина моногидрата в. амоксициллина клавуланата г. фторхинолонов	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
298. ЭФФЕКТ ОТ ТРАДИЦИОННОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВЗОМТ ОЦЕНИВАЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ а. 48-72 часов б. 8-ми часов в. 12 часов г. 24 часов	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
299. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СТАНДАРТНОГО КУРСА ЛЕЧЕНИЯ ВЗОМТ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ СОСТАВЛЯЕТ а. 14 дней б. 5-7 дней в. 8-10 дней г. 21 день	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
300. ПРИЗНАКИ УГРОЖАЮЩЕЙ ПЕРФОРАЦИИ ТУБОВАРИАЛЬНОГО АБСЦЕССА ВСЕ, КРОМЕ а. внезапной нормализации температуры б. пульсирующего характера болей и нарастания их интенсивности в. гектирующего типа лихорадки, ознобов г. появления тенезмов, жидкого стула и резей при мочеиспускании	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
301. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОСОБЕННОСТЬЮ СОВРЕМЕННЫХ ВЗОМТ? а. резистентность флоры к традиционным методам лечения б. мономикробная этиология заболевания в. высокая частота заболеваемости в возрасте после 45-50 лет, приступообразные боли в животе г. яркая клиника течения заболевания	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
302. К ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ (ДОКАЗАТЕЛЬНЫМ) КРИТЕРИЯМ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ВЗОМТ (ПО СДС) ОТНОСЯТСЯ а. наличие по данным УЗИ наполненных жидкостью маточных труб и жидкости в малом тазу б. болезненные тракции шейки матки при бимануальном исследовании в. повышение уровня маркеров воспалительного процесса (СОЭ, С-реактивного белка) г. болезненность при пальпация области придатков	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
303. В ЭТИОЛОГИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ОТМЕЧАЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ а. главенствующей роли трихомонад б. наличия хламидий и микоплазм в. возрастания числа анаэробов и вирусов г. преобладания ассоциаций микроорганизмов	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
304. КАКОЙ ТИПИЧНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ОСТРОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА? а. зуда и дискомфорт в области промежности б. кровотечение в. боли внизу живота с иррадиацией в поясницу г. фебрильная температура тела	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
305. ПОЯВЛЕНИЕ СИНЕХИЙ В ПОЛОСТИ МАТКИ ПРЕЖДЕ ВСЕГО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О а. перенесенном инфекционно-воспалительном процессе в эндометрии б. наличии аномалии развития матки в. наличии в анамнезе поздних аборт г. сопутствующей хламидийной инфекции	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
306. ЧТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА? а. боль внизу живота и в пояснице б. обильные выделения из половых путей в. зуд и дискомфорт в промежности	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

г. диспареуния и дизурия	
307. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ГЕНИТАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЮТСЯ а. маточные трубы б. влагалище и вульва в. тело матки г. цервикальный канал	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
308. ПРЕПАРАТЫ ГИАЛУРОНИДАЗЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ а. на 2-3 день б. накануне хирургического вмешательства в. на 5-8 день после снятия швов г. после выписки из стационара	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
309. СЛЕДУЮЩИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ПОЗВОЛЯЮТ ОБНАРУЖИТЬ ВО ВЛАГАЛИЩЕ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИППП, КРОМЕ а. иммунофлуоресценции б. фемофлор-скрина в. микроскопического мазка на флору г. ПЦР real-time	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
310. БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ ЭТО а. инфекционный невоспалительный процесс во влагалище б. специфический воспалительный процесс во влагалище в. неспецифический воспалительный процесс во влагалище г. синоним анаэробного вагинита	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
311. БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ ЭТО а. вагинальный дисбиоз б. специфический воспалительный процесс во влагалище в. неспецифический воспалительный процесс во влагалище г. синоним анаэробного вагинита	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
312. СОВРЕМЕННЫЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ ПРИ ВЗОМТ а. одновременно с назначением этиотропной терапии б. на 4-5 день от начала приема антибиотиков в. только после полного купирования острой стадии воспаления г. в межрецидивный период при хроническом процессе	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
313. ЭФФЕКТ ОТ ТРАДИЦИОННОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВЗОМТ ОЦЕНИВАЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ а. 48-72 часов б. 5-7 суток в. 12 часов г. 8-ми часов	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
314. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СТАНДАРТНОГО КУРСА ЛЕЧЕНИЯ ВЗОМТ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ СОСТАВЛЯЕТ а. 10-14 дней б. 21 день в. 8-10 дней г. 5-7 дней	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
315. АКУШЕРСКИЙ ПЕРИТОНИТ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ ПОСЛЕ: а. кесарева сечения б. родов в. раннего самопроизвольного выкидыша г. искусственного аборта	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
316. БОЛЬНОЙ С КИСТОЙ БАРТОЛИНОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ: а. оперативное лечение - вылушивание кисты бартолиновой железы в стадию ремиссии б. УФО в. лечение только в стадию обострения воспалительного процесса г. местное применение антибактериальных средств	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
317. ПОЛОВОЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРЕН В ОСНОВНОМ: 318. хламидийной инфекции 319. цитомегаловируса 320. вируса простого герпеса 321. ВПЧ	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
322. К ОСОБЕННОСТЯМ ТЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ ОТНОСИТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ: а. значительно более частого выявления параметрита	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

б. увеличения числа больных в возрасте до 18 лет и старше 55 в. отсутствия у большинства больных четко выраженной клинической картины заболевания г. склонности воспалительных заболеваний к длительному хроническому течению с частыми обострениями	
323. МИКРООРГАНИЗМ, КОТОРЫЙ ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ, ОТНОСИТСЯ: а. гонококк б. стрептококк в. стафилококк г. кишечная палочка	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
324. К МИКРООРГАНИЗМАМ, ЯВЛЯЮЩИМСЯ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ, ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ: а. <i>Escherichia coli</i> б. <i>Neisseria gonorrhoeae</i> в. <i>Chlamydia trachomatis</i> г. <i>Trichomonas vaginalis</i>	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
325. УРОВЕНЬ pH ВЛАГАЛИЩА В НОРМЕ РАВЕН : а. 4-4,5ЕД б. 4,5-5,0 ЕД в. >6,0 ЕД г. <4,0 ЕД	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
326. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ВЛАГАЛИЩНОГО ОТДЕЛЯЕМОГО МЕТОДОМ ПЦР У ПАЦИЕНТКИ ВЫЯВЛЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ МИКРООРГАНИЗМЫ. ВЫЯВЛЕНИЕ КАКОГО ИЗ НИХ ТРЕБУЕТ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО НАЗНАЧЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НЕЗАВИСИМО ОТ НАЛИЧИЯ ЖАЛОБ? а. <i>Trichomonas vaginalis</i> б. <i>Escherichia coli</i> в. <i>Candida albicans</i> г. <i>Gardnerella vaginalis</i>	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
327. ФОРМИРОВАНИЕ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА МАЛОГО ТАЗА ЧАСТО ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ : а. хламидийной инфекции б. кандидоза в. рецидивирующего бактериального вагиноза г. генитального герпеса	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
328. ВЫЯВЛЕНИЕ КАКОГО ВОЗБУДИТЕЛЯ ТРЕБУЕТ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО НАЗНАЧЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ : а. <i>Mycoplasma genitalium</i> б. <i>Ureaplasma parvum</i> в. <i>Ureaplasma urealyticum</i> г. <i>Mycoplasma hominis</i>	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
329. К КРИТЕРИЯМ AMSEL ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА НЕ ОТНОСИТСЯ: а. выделение культуры <i>Gardnerella vaginalis</i> по данным микробиологического исследования б. pH влагалища >4,5 в. положительный аминный тест г. наличие ключевых клеток в мазке	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
330. ДЛЯ ДИАГНОЗА БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА НЕОБХОДИМО НАЛИЧИЕ НЕ МЕНЕЕ КРИТЕРИЕВ AMSEL: а. 3 б. 1 в. 2 г. 4	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
331. ВОСПАЛЕНИЕ БОЛЬШОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРЕДВЕРИЯ ВЛАГАЛИЩА: а. бартолинит б. вагинит в. цервицит г. вульвит	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
332. ВОСПАЛЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЛАГАЛИЩА: а. вагинит б. вульвит в. цервицит г. бартолинит	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
333. ВЫБЕРИТЕ ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ МЕТОДОВ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ:	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

а. ПЦР-диагностика отделяемого влагалища б. серологическое исследование в. исследование нативного мазка г. иммунологический метод	
334. ГРАНИЦЕЙ, ПОЗВОЛЯЮЩЕЙ ПОДРАЗДЕЛЯТЬ ВЗОМТ НА ВОСПАЛЕНИЕ ВЕРХНЕГО И НИЖНЕГО ОТДЕЛА ГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА, ЯВЛЯЕТСЯ: а. внутренний зев шейки матки б. гимен в. боковой свод влагалища г. наружный зев шейки матки	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
335. К ЗАБОЛЕВАНИЯМ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА ОТНОСИТСЯ: а. эндомиометрит б. бартолинит в. вагинит г. вульвит	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
336. К ЗАБОЛЕВАНИЯМ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ: а. цервицит б. эндометрит в. сальпингит г. сальпингоофорит	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
337. К ЗАБОЛЕВАНИЯМ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ: а. эндомиометрит б. бартолинит в. вагинит г. вульвит	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
338. К ЗАБОЛЕВАНИЯМ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА ОТНОСИТСЯ: а. цервицит б. эндометрит в. сальпингит г. сальпингоофорит	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
339. ВОСПАЛЕНИЕ ПАРАМЕТРАЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКИ: а. параметрит б. перитонит в. эндометрит г. пельвиоперитонит	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
340. ВОСПАЛЕНИЕ БРЮШИНЫ МАЛОГО ТАЗА : а. пельвиоперитонит б. перитонит в. параметрит г. эндометрит	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
341. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОСТРОЙ СТАДИИ ТЕЧЕНИЯ ВЗОМТ: а. до 2 недель б. до 1 недели в. до 4 недель г. до 6 недель	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
342. СИМПТОМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙ БОЛЕЗНЕННЫЕ ТРАКЦИИ ЗА ШЕЙКУ МАТКИ ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: а. Промтова б. Воскресенского в. Ровсинга г. Щеткина-Блюмберга	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
343. КРИТЕРИЙ ИЗЛЕЧЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ ГОНОРЕЕЙ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ В ТЕЧЕНИЕ: а. 3 мес б. 1 мес в. 2мес г. 4 мес	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
344. ОСОБОЕ ЗНАЧЕНИЕ В ПАТОГЕНЕЗЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ ИМЕЕТ ВСЕ, КРОМЕ: а. предшествующей антибактериальной терапии б. вирулентность микроба в. состояние защитных сил организма женщины г. наличие раневых входных ворот	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
345. ПРИ СФОРМИРОВАВШЕМСЯ ГНОЙНОМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ОБРАЗОВАНИИ ПРИДАТКОВ МАТКИ (В "ХОЛОДНОМ" ПЕРИОДЕ) У	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

БОЛЬНОЙ НИЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ПОКАЗАНО, КРОМЕ: а. хирургического лечения б. пункции образования через задний влагалищный свод, опорожнения гнойной полости и введения в нее антибиотиков в. терапии гоновакциной г. электрофореза цинка по брюшно-крестцовой методике	
346. ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО САЛЬПИНГООФОРИТА ПО ТИПУ НЕВРАЛГИИ ТАЗОВЫХ НЕРВОВ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ : а. антибиотикотерапии б. электрофореза амидопирин в. ультрафиолетовой эритемотерапии г. диадинамических токов	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
347. УСЛОВИЯМИ ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ : а. продолжительности операции до 1 часа б. недостаточности швов в. инфицирования брюшной полости во время операции г. недостаточно тщательного гемостаза	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
348. У БОЛЬНЫХ С ТОКСИЧЕСКОЙ СТАДИЕЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПЕРИТОНИТА ОТМЕЧАЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ: а. отсутствия болезненности при пальпации передней брюшной стенки б. тахикардии (до 120 в минуту) в. выраженной одышки г. гипотонии	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
349. ДЛЯ БОЛЬНЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПЕРИЧИСЛЕННЫЕ ТИПЫ ВЛАГАЛИЩНЫХ ВЫДЕЛЕНИЙ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ: а. зеленоватые, пенистые б. слегка тягучие и липкие в. светло-серого или желто-зеленого цвета г. обильные	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
350. ХРОНИЧЕСКИЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЭНДОМИОМЕТРИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: а. нарушением менструальной функции б. гипертиреозом в. яичниковой недостаточностью г. обильными бело-желтыми выделениями из цервикального канала	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
351. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭНДОМЕТРИТЕ У БОЛЬНЫХ ЧАСТО ОТМЕЧАЕТСЯ: а. боли внизу живота во время менструации б. головные боли, связанные с менструацией в. нарушение общего состояния женщин: эйфория или заторможенность г. выделения из половых путей с прелым запахом	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
352. У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ВУЛЬВИТОМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ ОТМЕЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ТИПИЧНЫЕ ЖАЛОБЫ : а. жжение при мочеиспускании б. выделения из половых путей с прелым запахом в. наличие тошноты и рвоты г. повышение температуры тела до 39-40°C	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
353. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ИСТИННОГО АБСЦЕССА БАРТОЛИНОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ : а. наличие болезненного образования в толще верхней трети большой половой губы (с одной или обеих сторон) б. повышение температуры тела до 39-40°C, озноб в. возможно увеличение паховых лимфоузлов на стороне поражения г. определение флюктуации в области увеличенной и болезненной при пальпации бартолиновой железы	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
354. НАРУШЕНИЕ ГЕНЕРАТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ, ПРОЯВЛЯЕТСЯ В РАЗВИТИИ У НИХ а. бесплодия б. миомы матки в. эндометриоза г. атрезии цервикального канала	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
355. У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ОБРАЗОВАНИЕМ ПРИДАТКОВ МАТКИ В СТАДИИ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ ПОКАЗАНО СЛЕДУЮЩЕЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ : а. ультразвуковое исследование органов малого таза б. экскреторная урография в. ультразвуковое исследование почек	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

г. радиоизотопная ренография	
356. У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ И АБСОЛЮТНОЙ ГИПЕРЭСТРОГЕНИЕЙ ПОКАЗАНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ФИЗИОПРОЦЕДУРЫ, КРОМЕ :	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. фонофореза с нафталаном б. электрофореза йодистого калия в. воздействия переменного магнитного поля низкой частоты г. ультразвука в импульсном режиме	
Раздел 4. Неотложные состояния в гинекологии.	
357. ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО ВНУТРИБРЮШНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ВСЁ, КРОМЕ	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. аборта в ходу при беременности 10-11 недель б. прервавшейся трубной беременности в. перфорации матки г. прорастания всей толщи стенки матки злокачественной опухолью	
358. ПРИ ПЕРЕКРУТЕ НОЖКИ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА ТИПИЧНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ, КРОМЕ	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. анемии б. симптомов раздражения брюшины в. сильных болей внизу живота, возникающих после физического напряжения г. наличия неподвижного, резко болезненного образования в малом тазу при бимануальном исследовании	
359. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОТКРЫТЫХ РАНАХ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И ВЛАГАЛИЩА	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. первичная хирургическая обработка и профилактика инфекционных осложнений б. ушивание по принципу «сверху вниз» с катетером в мочевом пузыре в. гемостатическая терапия г. инфузионная терапия	
360. МЕТОД ДИАГНОСТИКИ, НЕ ПОЗВОЛЯЮЩИЙ УСТАНОВИТЬ ДИАГНОЗ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. кольпоскопия б. ультразвуковое исследование органов малого таза в. кульдоцентез г. влагалищное бимануальное исследование	
361. ЧТО НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ?	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. наличие боли пульсирующего характера с иррадиацией в ключицу б. увеличение размеров матки в. появление цианоза шейки матки и слизистой влагалища г. определение при пальпации сбоку от матки вытянутого образования	
362. ПРИЧИНАМИ ОСТРЫХ ВНУТРИБРЮШНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ МОГУТ БЫТЬ СЛЕДУЮЩИЕ, КРОМЕ	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. анемической формы апоплексии яичника б. прервавшейся трубной беременности в. прорастания всей толщи стенки матки злокачественной опухолью и перфорации матки	
363. ДЛЯ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. пульсирующего характера болей с иррадиацией в ключицу б. увеличения размеров матки в. появления цианоза шейки матки и слизистой влагалища г. определения при пальпации сбоку от матки вытянутого образования	
364. КАКОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ, ПОЗВОЛЯЕТ УСТАНОВИТЬ ДИАГНОЗ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ?	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. гинекологическое исследование и кульдоцентез б. кольпоскопия в. тест на АФП г. гистеросальпингография	
365. ВОЗМОЖНЫЙ ОБЪЕМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. тубэктомия б. надвлагалищная ампутация матки с придатками с одной стороны в. удаление придатков с пораженной стороны г. билатеральная аднексэктомия	
366. ВОЗМОЖНЫЙ ОБЪЕМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. туботомия и милкинг б. надвлагалищная ампутация матки с придатками с одной стороны в. удаление придатков с пораженной стороны билатеральная аднексэктомия	
367. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОТКРЫТЫХ РАНАХ НАРУЖНЫХ	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5,

ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И ВЛАГАЛИЩА ВСЕ, КРОМЕ а. очистительной клизмы и тугого тампонирования раны б. первичной хирургической обработки в. ушивания по принципу «сверху вниз» с катетером в мочевом пузыре г. профилактики инфекционных осложнений	ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
368. В СОСТАВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ НОЖКИ ЯИЧНИКА НЕ ВХОДИТ а. круглая связка матки б. воронко-тазовая связка яичника в. труба г. собственная связка яичника	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
369. КАКОЙ СИМПТОМ ТИПИЧЕН ПРИ ПЕРЕКРУТЕ НОЖКИ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА? а. наличие неподвижного, резко болезненного образования в малом тазу при бимануальном исследовании б. анемия в. умеренные боли внизу живота, не связанные с физической нагрузкой г. тошнота, рвота	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
370. ПРИ ПРЕРВАВШЕЙСЯ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ТИПУ ТРУБНОГО АБОРТА а. показана немедленная лапароскопическая операция б. показана плановая лапаротомная операция в. показано проведение раздельного лечебно-диагностического выскабливания г. показано назначение метотрексата под контролем УЗИ и ХГЧ	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
371. ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ а. показана немедленная лапароскопическая операция б. показана плановая лапаротомная операция в. показано проведение раздельного лечебно-диагностического выскабливания г. динамическое наблюдение в течение 12-24 часов	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
372. ПРИ ТРУБНОМ АБОРТЕ ПОКАЗАНО а. туботомия и тубэктомия б. лечебно-диагностическое выскабливание в. выжидательная тактика г. прием метотрексата	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
373. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АМК ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ а. транексамовую кислоту б. курантил в. этамзилат г. миролют	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
374. АНОМАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С а. начавшимся самопроизвольным выкидышем б. субсерозной миомой матки в. анемической формой апоплексии яичника г. прогрессирующей трубной беременностью	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
375. РАЗДЕЛЬНОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ВЫСКАБЛИВАНИЕ ПРИ АНОМАЛЬНОМ МАТОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ПРОВОДИТСЯ а. позднем репродуктивном возрасте старше 40 лет и постменопаузе б. подростковом возрасте в. раннем репродуктивном возрасте г. независимо от возраста	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
376. ЧТО НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ РАЗРЫВА ТРУБЫ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ? а. обильные кровяные выделения из влагалища б. запяная острая боль в животе в. признаки геморрагического шока г. задержка менструации	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
377. ПРИ ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ШЕЙКА МАТКИ а. бочкообразной формы б. нормальной формы в. нормальной формы г. округлой формы	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
378. АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА ЧАЩЕ СЛУЧАЕТСЯ а. в лютеиновую фазу менструального цикла б. во время менструации в. в фолликулярную фазу менструального цикла г. в любую фазу менструального цикла	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
379. ТРУБНЫЙ АБОРТ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ ПЛОДНОГО ЯЙЦА В ЧАСТИ МАТОЧНОЙ ТРУБЫ а. ампулярной б. истмической	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

в. интерстициальной г. интрамуральной	
380. ПРИ РАЗРЫВЕ МАТОЧНОЙ ТРУБЫ КРОВЬ СКАПЛИВАЕТСЯ а. в дугласовом пространстве б. во влагалище в. в переднем своде влагалища г. в пузырно-маточном пространстве	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
381. ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ТИПУ ТРУБНОГО АБОРТА ПРОИСХОДИТ В СРОКЕ: а. 4-6 недель б. 9-10 недель в. 7-8 недель г. 11-12 недель	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
382. БЕРЕМЕННОСТЬ „ЛОКАЛИЗУЮЩАЯСЯ В ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ТРУБЫ,ПРЕРЫВАЕТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО В СРОКЕ: а. 7-8 недель б. 3-4 недели в. 5-6 недель г. 1-2 недели	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
383. БОЛЬНОЙ С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ ПОКАЗАНО: а. операция б. консервативное противовоспалительное лечение в. гемотрансфузия г. КОК	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
384. ПРИ ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ БОЛЬНОЙ С ПРЕРВАВШЕЙСЯ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ ПОКАЗАНО ВСЕ,КРОМЕ: а. стабилизация состояния в ОРИТ , затем операция б. немедленное переливание крови в. безотлагательное удаление источника кровотечения (беременной трубы) г. надежный гемостаз	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
385. ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ ВЫЯВЛЕНА ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ ТРУБНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ,ПРИ ЭТОМ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОЙ УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ: а. немедленная операция б. операцию можно произвести в плановом порядке в. возможно консервативное лечение больной г. возможна отсроченная операция	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
386. РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ВСЕ ,КРОМЕ: а. антибактериальная терапия б. ультразвуковую терапию в. гормональную терапию г. электрофорез лекарственных средств	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
387. СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЬНОЙ, ПО ПОВОДУ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ, ЖЕЛАТЕЛЬНЫ НЕ МЕНЕЕ: а. 4-5 недель б. 8-9 недель в. 2-3 недель г. 6-7 недель	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
388. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПЕРИТОНИТА ВСЕ, КРОМЕ: а. повышенное газообразование б. вздутие живота в. парез кишечника г. прогрессирующая тахикардия	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
389. НАРУШЕНИЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ТИПУ ТРУБНОГО АБОРТА ПРОТЕКАЕТ СО СЛЕДУЮЩЕЙ СИМПТОМАТИКОЙ,КРОМЕ: а. нарушение гемодинамики-снижение АД б. скудные кровянистые выделения из половых путей в. боли внизу живота и в подвздошной паховой области г. при влагалищном исследовании — увеличение и болезненность придатков	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
390. НАРУШЕНИЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ТИПУ РАЗРЫВА МАТОЧНОЙ ТРУБЫ ПРОТЕКАЕТ, КАК ПРАВИЛО, СО СЛЕДУЮЩЕЙ СИМПТОМАТИКОЙ: а. при влагалищном исследовании-тракции за шейку матку безболезненные ,своды глубокие б. внезапный приступ боли в. иррадиация боли в плечо г. тошнота или рвота	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

391. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНОЙ, ОПЕРИРОВАННОЙ ПО ПОВОДУ ПЕРЕКУТА НОЖКИ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА, СОСТОИТ В ПРОВЕДЕНИИ МЕРОПРИЯТИЙ, КРОМЕ: а. контрацепции мужским механическим средством б. противовоспалительной рассасывающей терапии в. коррекции функции оставшегося яичника г. проведение антибактериальной терапии	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
392. ТРУБНЫЙ АБОРТ (БЕЗ ЗНАЧИТЕЛЬНОГО ВНУТРИБРЮШНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ) НАДО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ СО ВСЕМИ, КРОМЕ : а. с аппендицитом б. с обострением хронического сальпингоофорита в. с дисфункциональным маточным кровотечением г. с самопроизвольным выкидышем малого срока	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
393. ШОКОВЫЙ ИНДЕКС — ЭТО: а. отношение частоты пульса к величине систолического АД, равное 0,5 б. отношение частоты пульса к величине систолического АД, равное 1 в. отношение частоты пульса к величине диастолического АД, равное 1 г. отношение частоты пульса к величине диастолического АД, равное 0,5	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
394. ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ НЕБОЛЬШОМ ДЕФЕКТЕ МАТКИ (ВО ВРЕМЯ ЧРЕВОСЕЧЕНИЯ ПО ПОВОДУ ПЕРФОРАЦИИ МАТКИ) ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ: а. надвлагалищной ампутации матки б. иссечения краев перфорационного отверстия в. ушивание перфорационного отверстия г. ревизия органов малого таза	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
395. ПРИ ПЕРИТОНИТЕ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНОЙ ПОКАЗАНА ОПЕРАЦИЯ В ОБЪЕМЕ: а. экстирпация матки с трубами б. экстирпация матки с придатками в. надвлагалищная ампутация матки с придатками г. надвлагалищная ампутация матки с тубами	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
396. ПРИЧИНЫ «ОСТРОГО ЖИВОТА» ВСЛЕДСТВИЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ КРОВОСНАБЖЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ: а. внематочная беременность б. перекрут ножки опухоли яичника в. инфаркт миоматозного узла г. перекрут ножки субсерозного узла	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
397. ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ПЕРЕКУТА НОЖКИ ДЕРМОИДНОЙ КИСТЫ ЯИЧНИКА: а. аднексэктомия с одной стороны б. перекрученную ножку опухоли яичника надо обязательно раскрутить, чтобы разобраться в анатомии в. производят экстирпацию матки с придатками г. удаляют оба яичника	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
398. ДЛЯ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ: а. резко выраженного нарастания числа лейкоцитов в крови б. болей внизу живота, возникающих на фоне полного благополучия в. отсутствие наружного кровотечениями г. нерезко выраженных симптомов раздражения брюшины	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
399. ДЛЯ ПЕРЕКУТА НОЖКИ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА ХАРАКТЕРНО ВСЕ , КРОМЕ: а. скудные кровянистые выделения из половых путей б. сильные боли внизу живота, возникшие после физического напряжения в. при бимануальном исследовании в малом тазу определение неподвижной резко болезненной опухоли г. положительные симптомы раздражения брюшины на стороне опухоли	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
400. ПРИ ТРУБНОМ АБОРТЕ ВОЗМОЖНО ВСЕ, КРОМЕ: а. массивное кровотечение в брюшную полость б. образование перитубарной гематомы в. образование гематосальпинкса г. образование заматочной гематомы	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
401. ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНОЙ С ТУБООВАРИАЛЬНЫМ ОБРАЗОВАНИЕМ В СТАДИИ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ ВСЕ, КРОМЕ: а. опасность травмы кишечника и мочевого пузыря б. дренирование брюшной полости в. технические трудности при выполнении операции необходимого объема г. операция проводится под прикрытием двух антибиотиков	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

402. ПЕРИТОНИТ - ЭТО ВОСПАЛЕНИЕ : а. висцеральной брюшины и париетальной брюшины б. лимфатических узлов брыжейки тонкого кишечника в. клетчатки малого таза г. брюшины малого таза	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
403. АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА - ЭТО ВСЕ ,КРОМЕ: а. остро возникшее нарушение кровоснабжения яичника б. остро возникшее кровотечение из яичника в. разрыв яичника г. разрыв фолликула	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
404. ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ У БОЛЬНОЙ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ВНЕМАТОЧНУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ ВЫЯВЛЕНО: НАРУЖНЫЙ ЗЕВ ПРИОТКРЫТ. АЛЫЕ КРОВЯНИСТЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА. МАТКА УВЕЛИЧЕНА ДО 8 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ. ПРИДАТКИ НЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ, СВОДЫ СВОБОДНЫ. ДИАГНОЗ : а. нарушенная маточная беременность б. трубный аборт в. обострение воспалительного процесса придатков матки г. апоплексия яичников	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
405. ФАКТОРЫ РИСКА ПЕРФОРАЦИИ МАТКИ ПРИ ВЫСКАБЛИВАНИИ ВСЕ,КРОМЕ : а. внематочная беременность в анамнезе б. в анамнезе - множественные аборты в. эндометрит г. пузырный занос	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
406. ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ У БОЛЬНОЙ ВЫЯВЛЕНО: НАРУЖНЫЙ ЗЕВ ЗАКРЫТ, МАТКА СЛЕГКА УВЕЛИЧЕНА, РАЗМЯГЧЕНА. СПРАВА В ОБЛАСТИ ПРИДАТКОВ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ МЯГКОВАТОЕ, БОЛЕЗНЕННОЕ ОБРАЗОВАНИЕ, ОТМЕЧАЕТСЯ БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ДВИЖЕНИИ ЗА ШЕЙКУ МАТКИ. ВОЗМОЖНЫЙ ДИАГНОЗ: а. прервавшаяся внематочная беременность б. апоплексия правого яичника в. обострение хронического воспалительного процесса правых придатков матки г. прогрессирующая трубная беременность справа	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
407. ПРИ ПЕРФОРАЦИИ МАТКИ НЕОБХОДИМО ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОИЗВЕСТИ ЛАПАРОТОМИЮ, ЕСЛИ: а. положительный симптом «крик Дугласа» б. перфорация матки произведена зондом в. состояние больной удовлетворительное г. признаки кровотечения в брюшную полость не выражены	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
408. ВОЗМОЖНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ФОРМУЛЫ КРОВИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ, КРОМЕ: а. лейкопения б. количество лейкоцитов несколько больше нормы в. лимфопения г. сдвиг формулы белой крови влево	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
409. ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЛОДНОГО ЯЙЦА ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВАРИАНТЫ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ, КРОМЕ : а. беременность в углу матки б. двусторонняя трубная беременность в. брюшная беременность г. шеечная беременность	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
410. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДАБОРТА В САМОМ НАЧАЛЕ ОПЕРАЦИИ ВОЗНИКЛО ОБИЛЬНОЕ МАТОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ. ДИАГНОСТИРОВАНА ШЕЕЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ. ТАКТИКА ВРАЧА : а. экстирпация матки б. удаление плодного яйца кюреткой в. удалить плодное яйцо пальцем г. удаление плодного яйца с помощью вакуум-эксектора	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
411. ПРИ ПРЕРЫВАНИИ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ОБЫЧНО ПРОИСХОДИТ, КРОМЕ: а. набухание молочных желез б. снижение содержания хорионического гонадотропина в моче в. отторжение децидуальной оболочки матки	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

г. гибель плодного яйца	
412. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРЕРВАВШЕЙСЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЗАВИСЯТ,КРОМЕ :	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. от возраста женщины б. от характера прерывания (разрыв трубы, трубный аборт) в. от срока беременности г. от локализации плодного яйца	
413. ПО ПОВОДУ ПРЕРВАВШЕЙСЯ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОВОДИТСЯ ОПЕРАЦИЯ В ОБЪЕМЕ :	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. сальпингэктомии б. консервативно-пластической операции на трубе в. сальпингэктомии и резекции яичника (по показаниям) г. надвлагалищной ампутации матки с придатками (на стороне поражения)	
414. ПРОГРЕССИРУЮЩУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ В РУДИМЕНТАРНОМ РОГЕ МАТКИ НАДО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ СО ВСЕМИ ,КРОМЕ :	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. с начавшимся самопроизвольным выкидышем б. с беременностью в интерстициальном отделе трубы в. с подбрюшинным миоматозным узлом г. с прогрессирующей внематочной беременностью	
415. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ВСЕ ,КРОМЕ :	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. позднее начало менструаций б. хронический воспалительный процесс в области придатков в. отсутствие (а анамнезе) реабилитации после медаборта г. недостаточность лютеиновой фазы менструального цикла	
416. РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНОЙ, ОПЕРИРОВАННОЙ ПО ПОВОДУ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ,ВСЕ ,КРОМЕ :	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. кариотипирование пары б. восстановление менструальной функции в. восстановление репродуктивной функции г. обучение больной элементам самоконтроля	
417. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА ЗАВИСИТ :	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. от возраста больной б. от наличия сопутствующих заболеваний в. от выраженности болевого синдрома г. от величины кровотечения	
418. ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС, НЕРЕДКО ПРЕДШЕСТВУЮЩИЙ РАЗВИТИЮ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА :	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. хронический гастрит б. мелкокистозное изменение яичника в. хронический аппендицит г. хроническое воспаление придатков матки	
419. АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА ЧАЩЕ НАСТУПАЕТ :	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. в стадию васкуляризации желтого тела б. в перiovуляторном периоде в. в период созревания граафова фолликула г. в период атрезии фолликулов	
420. АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ :	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. в состоянии покоя б. вследствие чрезмерного физического напряжения в. вследствие сексуальной гиперактивности г. во время беременности	
421. ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ У БОЛЬНОЙ С АПОПЛЕКСИЕЙ ЯИЧНИКА ПОКАЗАНО :	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. чревосечение, ушивание разрыва яичника б. диагностическая лапароскопия в. наблюдение дежурного врача за динамикой симптомов, по показаниям – гемотранфузия г. консервативная терапия:покой, холод на низ живота, общеукрепляющая терапия	
422. В СОСТАВ АНАТОМИЧЕСКОЙ НОЖКИ КИСТЫ ЯИЧНИКА ВХОДИТ ВСЕ,КРОМЕ:	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. труба б. воронко-тазовая связка в. собственная связка яичника г. мезовариум	
423. НАЧАВШИЙСЯ САМОПРОИЗВОЛЬНЫЙ ВЫКИДЫШ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ :	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
а. кровянистыми выделениями б. болями внизу живота в. признаками размягчения и укорочения шейки матки	

г. изменением размеров матки	
424. ЧАСТЯЯ ПРИЧИНА САМОПРОИЗВОЛЬНОГО ВЫКИДЫША В РАННИЕ СРОКИ ЯВЛЯЕТСЯ : а. хромосомные аномалии б. несовместимость по Rh-фактору в. инфекции г. истмикоцервикальная недостаточность	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
425. ПРИ НАЧАВШЕМСЯ САМОПРОИЗВОЛЬНОМ ВЫКИДЫШЕ ПОКАЗАНО: а. госпитализация б. инструментальное удаление плодного яйца в. применение антибиотиков г. применение сокращающих средств	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
426. В ЖЕНСКУЮ КОНСУЛЬТАЦИЮ ОБРАТИЛАСЬ ЖЕНЩИНА 25 ЛЕТ С ЖАЛОБАМИ НА ЗАДЕРЖКУ МЕНСТРУАЦИИ В ТЕЧЕНИЕ 2 МЕСЯЦЕВ, ТЯНУЩИЕ БОЛИ ВНИЗУ ЖИВОТА. ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ МАТКА, УВЕЛИЧЕННАЯ ДО 8 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ, ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ КАНАЛ ЗАКРЫТ, ПРИДАТКИ БЕЗ ОСОБЕННОСТЕЙ. ВАШ ДИАГНОЗ : а. беременность 8 недель, угрожающий выкидыш б. внематочная беременность в. миома матки г. неполный аборт	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
427. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПРИЧИНАМИ ПОЗДНЕГО САМОПРОИЗВОЛЬНОГО ВЫКИДЫША ЯВЛЯЮТСЯ : а. истмико-цервикальная недостаточность б. предлежание плаценты в. плацентарная недостаточность г. ранняя преэклампсия	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
428. ОПЕРАЦИЮ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ЖЕЛАНИЮ ЖЕНЩИНЫ ПРИ НАЛИЧИИ У НЕЕ РЕЗУС-ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ КРОВИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ : а. до 8-й недели беременности б. на 9-10-й неделе беременности в. на 11-12-й неделе беременности г. на 13-14 неделе беременности	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
429. К СОЦИАЛЬНЫМ ПОКАЗАНИЯМ К ИСКУССТВЕННОМУ ПРЕРЫВАНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ ОТНОСИТСЯ : а. беременность в результате изнасилования б. возраст женщины старше 40 лет в. расторжение брака во время беременности г. пребывание женщины или ее мужа в местах лишения свободы	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
430. ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПО МЕДИЦИНСКИМ ПОКАЗАНИЯМ ПРОВОДИТСЯ В СРОКЕ : а. в любом сроке беременности б. до 8 недель в. до 12 недель г. до 22 недель	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
431. ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПО СОЦИАЛЬНЫМ ПОКАЗАНИЯМ ПРОВОДИТСЯ В СРОКЕ : а. до 22 недель б. до 8 недель в. до 12 недель г. до 15 недель	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
432. К НАИМЕНЕЕ ТРАВМАТИЧНЫМ МЕТОДАМ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ОТНОСЯТ : а. вакуумную аспирацию и медикаментозный аборт б. кюретаж полости матки в. интраамниальное введение гипертонического раствора г. кюретаж полости матки и вакуумную аспирацию	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
433. МЕТОД КОНТРАЦЕПЦИИ, КОТОРЫЙ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ В ЮНОМ ВОЗРАСТЕ? : а. «двойной голландский метод» б. мини-пили в. внутриматочные контрацептивы г. имплантаты	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
434. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ Cu-СОДЕРЖАЩИХ ВНУТРИМАТОЧНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ : а. асептический воспалительный процесс и энзимные нарушения в эндометрии б. угнетение секреции ЛГ	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

в. угнетение секреции ФСГ г. гипертрофия эндометрия	
435. К ЧИСТО ПРОГЕСТАГЕННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ МЕТОДЫ, КРОМЕ : а. интравагинального контрацептивного кольца б. мини-пили в. имплантатов г. инъекционных депо-форм	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
436. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ, СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ РФ РАЗРЕШЕНО ВЫПОЛНЕНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТА ПО ЖЕЛАНИЮ ЖЕНЩИНЫ МИФЕПРИСТОНОМ ДО СРОКА : а. до 42 дней аменореи б. до 63 дней аменореи в. до 86 дней аменореи г. в любом сроке	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
437. ПЕРЕРЫВЫ В ПРИЕМЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ГРМОНАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ : а. не требуются, если нет заинтересованности в беременности б. необходимы каждые 2-3 года использования препарата в. должны составлять не менее 3-х месяцев г. должны чередоваться с применением спермицидов	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
438. ВО II ТРИМЕСТРЕ НАИМЕНЕЕ ТРАВМАТИЧНЫМ МЕТОДОМ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ : а. медикаментозная стимуляция с применением мифепристона и мизопростола б. дилатация и эвакуация в. амниоинфузия гиперосмолярных растворов г. малое кесарево сечение	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
439. РАЗНОВИДНОСТЬ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, ПРИ КОТОРОМ ПРОИСХОДИТ ПОЛНАЯ ЭКСПУЛЬСИЯ ВСЕХ ПРОДУКТОВ ЗАЧАТИЯ : а. полный выкидыш б. неполный выкидыш в. несостоявшийся выкидыш г. неразвивающаяся беременность	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
440. РАЗНОВИДНОСТЬ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, ПРИ КОТОРОМ ПРОИСХОДИТ ЧАСТИЧНАЯ ЭКСПУЛЬСИЯ ПРОДУКТОВ ЗАЧАТИЯ И НЕКОТОРЫЕ ИЗ НИХ ЗАДЕРЖАЛИСЬ В ПОЛОСТИ МАТКИ : а. неполный выкидыш б. полный выкидыш в. несостоявшийся выкидыш г. неразвивающаяся беременность	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
441. РАЗНОВИДНОСТЬ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, ПРИ КОТОРОМ ПРОИСХОДИТ РАСКРЫТИЕ ШЕЙКИ МАТКИ, НО ЭКСПУЛЬСИИ ПРОДУКТОВ ЗАЧАТИЯ НЕ ПРОИЗОШЛО ВСЕ, КРОМЕ : а. полный выкидыш б. неполный выкидыш в. несостоявшийся выкидыш г. неразвивающаяся беременность	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
442. РАЗНОВИДНОСТЬ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, ПРИ КОТОРОМ В МАТКЕ ПРОИЗОШЛА ГИБЕЛЬ ПЛОДА, НО ОН ОСТАЕТСЯ В ПОЛОСТИ МАТКИ В СВЯЗИ С ОТСУТСТВИЕМ ЕЕ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ : а. неразвивающаяся беременность б. неполный выкидыш в. полный выкидыш г. несостоявшийся выкидыш	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
443. В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ, КРОМЕ: а. перорального дезогестрела в непрерывном режиме б. «двойного голландского метода» в. низкодозированных эстроген-гестагенных контрацептивов г. барьерных методов в сочетании со спермицидами	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
444. С ЦЕЛЬЮ КОНТРАЦЕПЦИИ ПРИЕМ КОМБИНИРОВАННЫХ ЭСТРОГЕН-ГЕСТАГЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НАЗНАЧАЮТ : а. с 1-го дня менструального цикла б. накануне менструации в. в период овуляции г. независимо от дня менструального цикла	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

445. ТРЕБОВАНИЯ К МЕТОДАМ КОНТРАЦЕПЦИИ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ : а. минимальный риск метаболических нарушений б. избегать назначения ВМК в. избегать барьерных методов контрацепции г. избегать назначения гестагенов	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
446. К МЕТОДАМ LARC-КОНТРАЦЕПЦИИ ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ : а. внутриматочная рилизинг-система б. комбинированные оральные контрацептивы в. спермициды г. презервативы и шеечные колпачки	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
447. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ВНУТРИМАТОЧНОГО ГОРМОНАЛЬНОГО КОНТРАЦЕПТИВА : а. гипо- и атрофия эндометрия б. стимуляция секреции ЛГ в середине менструального цикла в. снижение вязкости цервикальной слизи г. снижение маточного тонуса и перистальтики маточных труб	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
448. СУТОЧНАЯ ДОЗИРОВКА ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ НА ЭТАПЕ ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕФЕКТОВ НЕРВНОЙ ТРУБКИ, КОТОРЫЕ ЧАСТИЧНО ПРИВОДЯТ К РАННИМ САМОПРОИЗВОЛЬНЫМ ВЫКИДЫШАМ : а. 400 мкг б. 200 мкг в. 800 мкг г. 1000мкг	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
449. САМОПРОИЗВОЛЬНЫЙ ВЫКИДЫШ-ЭТО.....: а. прерывание беременности до 22 недель б. прерывание беременности до 8 недель в. прерывание беременности до 12 недель г. прерывание беременности до 25 недель	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
450. ПРИВЫЧНЫЙ ВЫКИДЫШ-ЭТО НАЛИЧИЕ В АНАМНЕЗЕ У ЖЕНЩИНЫ ПОДРЯД И БОЛЕЕ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ ПЕРЕРЫВАНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ В СРОКАХ ДО 22 НЕДЕЛЬ : а. 3 б. 2 в. 4 г. 5	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
451. ПРИ КАКОМ МЕТОДЕ КОНТРАЦЕПЦИИ ПРОИСХОДИТ ПОДАВЛЕНИЕ ОВУЛЯЦИИ? : а. использование КОК б. инертные ВМС в. барьерный метод г. календарный метод	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
452. ЧТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ГЕСТАГЕННЫМ КОМПОНЕНТОМ, ВХОДЯЩИМ В СОСТАВ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ? : а. этинилэстрадиол б. дезогестрел в. гестоден г. левоноргестрел	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
453. К МЕХАНИЗМАМ КОНТРАЦЕПТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ КОК ОТНОСЯТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ,КРОМЕ : а. асептическое воспаление эндометрия б. подавление овуляции в. сгущение шеечной слизи г. изменения эндометрия, препятствующие имплантации	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
454. К АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ПРИЕМА КОК ОТНОСЯТ : а. полиморфизм генов свертывающей системы крови б. желчнокаменная болезнь и другие заболевания желчного пузыря в. курение менее 15 сигарет в день в возрасте старше 35 лет г. послеродовой период без лактации ло 3 недель	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
455. К ЖАЛОБАМ ОБЩЕГО ХАРАКТЕРА, КОТОРЫЕ ЯВЛЯЮТСЯ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ОТМЕНЫ КОК ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ : а. эпизоды носовых кровотечений на фоне приема КОК б. мигрень, появившаяся на фоне приема КОК в. повышение АД, соответствующее АГ (140/90 мм.рт.ст и более) г. формирование камней в желчном пузыре	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
456. ПОСЛЕ АБОРТА ПО ЖЕЛАНИЮ ЖЕНЩИНЫ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ НЕЗАПЛАНИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИЕМ КОК НЕОБХОДИМО НАЗНАЧАТЬ : а. в день аборта	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

б. с 1ого дня следующей менструации в. через 2 недели после аборта г. с последнего дня следующей менструации	
457. ВЛАГАЛИЩНОЕ КОНТРАЦЕПТИВНОЕ КОЛЬЦО ОТНОСИТСЯ К : а. гормональному методу контрацепции б. к барьерному методу контрацепции в. к календарному методу контрацепции г. к внутриматочным средствам контрацепции	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
458. ПРОГЕСТИНОВЫЕ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ МОГУТ БЫТЬ НАЗНАЧЕНЫ У ЖЕНЩИН ВО ВСЕХ СЛУЧАЯХ, КРОМЕ : а. сразу после родов б. через 3 недели после родов у не кормящих женщин в. у кормящих женщин через 6 недель после родов г. сразу после аборта	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
459. К НЕДОСТАТКАМ ПРИЕМА ПРОГЕСТИНОВЫХ ИНЪЕКЦИОННЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ НЕ ОТНОСЯТ : а. минимальная вероятность ошибок пользователя б. отсроченное восстановление фертильности в. невозможность прекратить контрацептивную защиту в любое желаемое пациенткой время г. необходимость регулярных обращений в клинику для повторных инъекций	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
460. К НЕДОСТАТКАМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПОДКОЖНЫХ ИМПЛАНТОВ, КАК МЕТОДУ КОНТРАЦЕПЦИИ, ОТНОСЯТ : а. отсутствие анонимности контрацептивного выбора б. высокая контрацептивная эффективность в. возможность применения у женщин различного возраста г. отсутствие необходимости ежедневного приема	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
461. К АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ НАЗНАЧЕНИЯ ВМС НЕ ОТНОСЯТ : а. неконтролируемая артериальная гипертензия б. ВЗОМТ в настоящий момент в. миома матки с деформацией полости матки г. неуточненные влагалищные кровотечения	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
462. ЧТО ПОДРАЗУМЕВАЕТ ПОД СОБОЙ МЕТОД ЮЗПЕ? : а. сочетание приема КОК и использование презерватива б. прием в течение 72 часов после незащищенного полового акта 10мг мифепристона в. прием в течение 72 часов после незащищенного полового акта 1.5 мг левоноргестрела г. прием суммарной дозы 100 мкг этинилэстрадиола и 0,5 мг левоноргестрела	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
Раздел 5. Онкогинекология. Гиперпластические заболевания половых органов. Неправильные положения половых органов. Нарушения развития половых органов.	
463. КАКОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИМ? д. радиоволновая коагуляция е. субтотальная гистерэктомия ж. ампутация шейки матки з. пластика шейки матки	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
464. СУБТОТАЛЬНАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ ПОДРАЗУМЕВАЕТ а. удаление тела матки б. экстирпацию матки в. удаление шейки матки г. удаление придатков матки	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
465. ЦИСТАДЕНОМА ЯИЧНИКОВ -ЭТО а. эпителиальная доброкачественная опухоль б. ретенционное образование в. злокачественное новообразование г. это новообразование, обладающее способностью к инвазивному росту	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
466. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ХОРИОНКАРЦИНОМА ВОЗНИКАЕТ ПОСЛЕ а. пузырного заноса б. нормальных родов в. преждевременных родов г. аборта	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
467. ПРИ ПОДСЛИЗИСТОЙ МИОМЕ МАТКИ ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ а. нарушение менструального цикла по типу меноррагии б. вторичное бесплодие в. тазовая боль г. бели	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

468. ПОКАЗАНИЯМИ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ МИОМЕ МАТКИ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ а. наличия 2-х интерстициальных узлов, диаметром 1,5 и 2 см б. наличия субсерозного узла на ножке в. наличия субсерозного узла на широком основании, диаметром 6,5 см г. наличия одного подслизистого узла, диаметром 2 см	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
469. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ МИОМЫ МАТКИ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ? а. подслизистый узел, диаметром 2 см и более б. интерстициальный узел, диаметром 3 см в. два интерстициальных узлов, диаметром 1 и 2 см г. субсерозный узел на широком основании диаметром 4 см	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
470. К ФАКТОРАМ РИСКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ОТНОСЯТ СЛЕДУЮЩИЕ, КРОМЕ а. возраста старше 80 лет б. курения в. низкого социально-экономического статуса г. инфицированности ПВИ	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
471. РАК ЯИЧНИКОВ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ДИАГНОСТИРУЕТСЯ а. на 3-4 стадии б. на 1-2 стадии в. на этапе предопухолевого процесса г. ретроспективно в послеоперационном периоде	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
472. ТИПИЧНАЯ ИСТИННАЯ ЭРОЗИЯ ШЕЙКИ МАТКИ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ, КАК ПРАВИЛО, НЕ ТРЕБУЕТ а. деструкции б. противовоспалительной и регенерирующей терапии в. назначения локальных форм эстрогенов г. коррекции генитального пролапса	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
473. ФАКТОРАМИ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ОПУЩЕНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ а. приема алкоголя б. травматичных родов в. тяжелого физического труда г. хронического запора	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
474. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ а. подслизистый узел б. интерстициальный узел в. субсерозно-интерстициальный узел небольших размеров г. миома матки небольших размеров	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
475. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ а. размер матки при множественной миоме, соответствующий 14 неделям беременности б. интерстициальный узел в. субсерозно-интерстициальный узел небольших размеров г. миома матки небольших размеров	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
476. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ а. нарушение функции соседних органов б. интерстициальный узел в. субсерозно-интерстициальный узел небольших размеров г. миома матки небольших размеров	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
477. ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАДИОИЗОТОПНОГО МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ НАКОПЛЕНИЕ ³²P В МАТКЕ БОЛЕЕ 350% ХАРАКТЕРНО ДЛЯ а. рака эндометрия б. миомы матки в. эндометриоза г. полипоза эндометрия	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
478. КАКИЕ КОНТРАСТНЫЕ ВЕЩЕСТВА ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРИ ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПОДСЛИЗИСТОЙ МИОМЫ МАТКИ? а. водорастворимые б. жирорастворимые в. спирторастворимые г. нерастворимые в воде	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
479. ЧТО ПОЗВОЛЯЕТ ВЫПОЛНИТЬ ГИСТЕРОСКОПИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА РАК ЭНДОМЕТРИЯ?	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

а. прицельную биопсию б. определить стадию распространенности процесса в. установить глубину инвазии г. подтвердить клинический диагноз	
480. МЕТОД «ЗОЛОТОГО СТАНДАРТА» ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ а. гистероскопия и гистологическое исследование б. ультразвуковое исследование в. доплерометрия г. клинико-анамнестический метод	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
481. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ЧИСТЫХ ЭСТРОГЕНОВ ЯВЛЯЕТСЯ а. рак матки б. назначение с целью заместительной гормональной терапии в. профилактика остеопороза в менопаузе г. климактерические расстройств	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
482. СИНДРОМ ШЕРЕШЕВСКОГО - ТЕРНЕРА - ЭТО а. типичная форма дисгенезии гонад б. гиперпродукция соматотропного гормона до периода полового созревания в. ложный мужской гермафродитизм г. гипопродукция тиреотропного гормона	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
483. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОЙ С ЛЮБОЙ ФОРМОЙ ДИСГЕНЕЗИИ ГОНАД ИСКЛЮЧАЕТСЯ, КАК ПРАВИЛО а. восстановление генеративной функции б. восстановление менструальной функции в. восстановление половой функции г. подавление гипертрихоза	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
484. ПОКАЗАНИЯМИ К БИОПСИИ ШЕЙКИ МАТКИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ а. наличия истинной эрозии, вызванной атрофией эпителия б. признаков HSIL при цитологическом скрининге в. наличия аномальных кольпоскопических признаков г. наличия яркой йод-негативной зоны при проведении пробы Шиллера	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
485. ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ И РАКА ЭНДОМЕТРИЯ ВСЕ,КРОМЕ: а. Прием КОК б. нарушение жирового обмена в. стрессовые ситуация г. нарушение менструального цикла	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
486. АТИПИЧЕСКАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИИ МОРФОЛОГИЧЕСКИ НАИБОЛЕЕ СХОДНА: а. с высокодифференцированным раком б. с железисто-кистозной гиперплазией в. с эндометриальным полипом г. с метрозэндометритом	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
487. ВТОРОЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ТИП РАКА ЭНДОМЕТРИЯ, КАК ПРАВИЛО, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ,КРОМЕ: а. железисто-кистозной гиперплазией эндометрия б. глубокая постменопауза в. отсутствием обменных нарушений г. фиброзом яичникового	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
488. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ У ЖЕНЩИН В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ ВСЕ,КРОМЕ: а. схваткообразные боли внизу живота б. ациклические кровотечениями в. наличие предменструальной «мазни» г. меноррагии	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
489. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ГОРМОНАЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ: а. аденомиоз б. хронического тромбофилиита в. опухоли яичниках г. кровянистых выделений из половых путей	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
490. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ И РАКА ЭНДОМЕТРИЯ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ СО ВСЕМИ,КРОМЕ : а. с дисаденомой яичника б. с субмукозным узлом миомы в. с железисто-фиброзным полипом эндометрия	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

г. с гормонально-активной опухолью яичников	
491. ОСНОВНОЙ ПУТЬ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ПРИ РАКЕ ЭНДОМЕТРИЯ: а. лимфогенный б. контактный в. гематогенный г. имплантационный	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
492. ТЕСТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ, УКАЗЫВАЮЩИЕ НА ГИПЕРЭСТРОГЕНИЮ ВСЕ,КРОМЕ: а. атрофический эндометрий б. кариопикнотический индекс 50-60 % и более-менее в. длина растяжения цервикальной слизи 7-8 см и более г. 1У тип влагалищного мазка	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
493. СОВРЕМЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЗВОЛЯЮТ ВЫДЕЛИТЬ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ТИП ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ И РАКА ЭНДОМЕТРИЯ: а. первый б. третий в. смешанный г. неклассифицируемый	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
494. ПЕРВЫЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ТИП РАКА ЭНДОМЕТРИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ, КАК ПРАВИЛО, У ВСЕХ БОЛЬНЫХ,КРОМЕ: а. с атрофичным эндометрием б. с эндокринно-обменными нарушениями в. с ануляторными кровотечениями г. с фенимизирующими опухолями яичникового	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
495. К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ЭНДОМЕТРИЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ ОТНОСИТСЯ ВСЕ ,КРОМЕ : а. атипическая гиперплазия б. железистая терапия в. эндометриальный полип г. железисто-кистозная гиперплазия	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
496. К ПРЕДРАКУ ЭНДОМЕТРИЯ ОТНОСИТСЯ: а. аденоматозный полип б. типичная гиперплазия в. рецидивирующая железистая гиперплазия в климактерическом периоде г. атрофический эндометрий	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
497. ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ ВСЕ,КРОМЕ: а. немелкоклеточный б. эндометриоидный рак в. аденокарцинома г. светлоклеточный рак	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
498. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ СОСТОИТ В ПРИМЕНЕНИИ: а. гестагенов б. трандермальных эстрогенов в. андрогенов г. тирсоидина	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
499. О НАЛИЧИИ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ МОЖНО СУДИТЬ НА ОСНОВАНИИ: а. гистологического исследования б. цитологического исследования аспирата из полости матки в. гистероскопии г. раздельного диагностического выскабливания матки	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
500. ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ ВСЕ ,КРОМЕ: а. боли внизу живота на ранних стадиях б. кровянистые выделения из половых путей в менопаузе в. ациклические кровотечения в репродуктивном возрасте г. обильные слизистые выделения из половых путей	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
501. МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАННИМИ СТАДИЯМИ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ ВСЕ,КРОМЕ: а. химиотерапия б. хирургический в. лучевой г. гормональный	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
502. ОБЪЕМ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАКЕ ЭНДОМЕТРИЯ ВСЕ,КРОМЕ: а. надвлагалищная ампутация матки б. расширенная экстирпация матки с придатками в. экстирпация матки с придатками г. экстирпация матки без придатков при начальных стадиях процесса	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
503. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ГИСТЕРОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5,

НАЛИЧИЕ: а. гиперплазии эндометрия по УЗИ б. интерстициальной миомы матки в. опухоли яичников г. подозрения на внематочную беременность	ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
504. ЧТО НЕ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫПОЛНИТЬ ГИСТЕРОСКОПИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА РАК ЭНДОМЕТРИЯ: а. подтвердить клинический диагноз б. прицельную биопсию в. определить стадию распространенности процесса г. установить глубину инвазии	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
505. МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ПО СИСТЕМЕ TNM ОБОЗНАЧАЕТ ,КРОМЕ: а. G – инвазия опухоли б. N - регионарные лимфатические узлы таза в. M - отдаленные метастазы г. T - опухоль (тумор)	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
506. У БОЛЬНЫХ ПРИ АВТОНОМНОМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМ ВАРИАНТЕ СО СТАДИЯМИ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ IБ, II ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ОБЫЧНО ПРОВОДЯТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ: а. лучевое б. гормональное в. иммунотерапевтическое г. химиотерапевтическое	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
507. ПРИ III СТАДИИ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ВСЕ ВАРИАНТЫ ,КРОМЕ: а. химиотерапия б. гормональное лечение в. расширенная операция + лучевая терапия г. лучевое лечение	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
508. ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ РАКА МАТОЧНОЙ ТРУБЫ ЯВЛЯЮТСЯ : а. выделения из половых путей б. увеличение живота в объеме в. запоры г. затруднение мочеиспускания	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
509. ТРЕТЬЯ СТАДИЯ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ,КРОМЕ: а. отсутствием перехода опухоли на яичник б. прорастанием опухолью серозной оболочки матки в. переходом опухоли за пределы матки г. метастазированием опухоли во влагалище	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
510. ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЭНДОМЕТРИЯ ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ ВСЕХ КРИТЕРИЙ ,КРОМЕ: а. симптомов заболевания б. гистологической формы опухоли в. стадии заболевания г. патогенетического варианта течения рака	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
511. К МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ АТИПИЧЕСКОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ ОТНОСИТСЯ ВСЕ ,КРОМЕ: а. отечная строма б. клеточный полиморфизм и гиперхромия в. значительное число митозов г. в железах встречаются сосочкоподобные структуры	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
512. ДЛЯ ЖЕЛЕЗИСТОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ: а. циклические изменения в эпителии желез б. большое число желез с пролиферацией базального слоя в. железы неправильной формы г. кистозное расширение желез	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
513. ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ МАТОЧНЫХ ТРУБ ПРЕДСТАВЛЕНЫ СЛЕДУЮЩИМИ ГИСТОЛОГИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ,КРОМЕ: а. плоскоклеточный рак б. сосочковая аденокарцинома в. железисто-солидный рак г. низкодифференцированный рак	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
514. ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ И РАК ЭНДОМЕТРИЯ РАЗВИВАЮТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО НА ФОНЕ,КРОМЕ : а. регулярного менструального цикла б. ановуляции в. ожирения	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

г. сахарного диабета	
515. ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНЩИН, ВЕДУЩИЕ К ГИПЕРЭСТРОГЕНИИ : а. цирроз печени б. холецистит в. панкреатит г. гастрит	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
516. ЭКСТИРПАЦИЯ МАТКИ КАК КОМПОНЕНТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЭНДОМЕТРИЯ ПОКАЗАНА ПРИ СЛЕДУЮЩЕЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА,КРОМЕ : а. T4NxM1 б. T1N0M0 в. T1N1M0 г. T2NxM0	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
517. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОСТОЙ ЭКСТИРПАЦИИ МАТКИ С ПРИДАТКАМИ У БОЛЬНОЙ РАКОМ ЭНДОМЕТРИЯ НА ПРОГНОЗ ДЛЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОЙ ОКАЗЫВАЕТ ВЛИЯНИЕ ВСЕ,КРОМЕ : а. поражение верхних 2/3 полости матки б. высокодифференцированная морфологическая структура опухоли в. расположение очага поражения в области дна и боковых стенок матки г. инфильтрация опухолью миометрия до 1/3 его толщины	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
518. ПРИ РАСШИРЕННОЙ ЭКСТИРПАЦИИ МАТКИ УДАЛЯЮТСЯ ВСЕ ГРУППЫ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ,КРОМЕ: а. паховые б. внутренние подвздошные в. наружные подвздошные г. запиральные	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
519. НЕ ПОКАЗАНА ЭКСТИРПАЦИИ МАТКИ С ПРИДАТКАМИ ПРИ: а. рак эндометрия IIIб стадии б. рак эндометрия I стадии в. рак шейки матки Ia стадии г. рак яичников I стадия	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
520. ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ И РАКА ЭНДОМЕТРИЯ ВСЕ,КРОМЕ: а. стрессовые ситуации б. эндометрит в. нарушение жирового обмена г. нарушение менструального цикла	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
521. ГОНАДОТРОПИНЫ, ИГРАЮЩИЕ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ И РАКА ЭНДОМЕТРИЯ, СЕКРЕТИРУЮТСЯ: а. передней долей гипофиза б. надпочечниками в. гипоталамусом г. яичниками	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
522. АТИПИЧЕСКАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ ПЕРЕХОДИТ В РАК ЧАЩЕ : а. в периоде постменопаузы б. в репродуктивном возрасте в. в климактерическом возраст г. в любом возрасте	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
523. ВТОРАЯ СТАДИЯ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ : а. переходом опухоли на цервикальный канал б. увеличением размеров матки в. поражением клетчатки таза г. поражением яичников	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
524. УРОВЕНЬ ЭСТРОГЕНОВ И ПРОГЕСТЕРОНА ПРИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ В ЭНДОМЕТРИИ СООТВЕТСТВУЕТ ТАКОВОМУ : а. в первой фазе менструального цикла б. в постменопаузе в. во второй фазе менструального цикла г. всегда различен	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
525. ПЕРВАЯ СТАДИЯ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ РАЗДЕЛЯЕТСЯ НА ВАРИАНТЫ (А, Б) В ЗАВИСИМОСТИ : а. от степени инвазии опухоли в миометрий б. от степени распространения опухоли за пределы матки в. от величины полости матки г. от размеров матки	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
526. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ РАКЕ ЭНДОМЕТРИЯ 1А СТАДИИ ПРОИЗВОДЯТ: а. пангистерэктомию с придатками	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

б. экстирпацию матки с придатками и верхней третью влагалища в. экстирпацию матки с придатками, верхней третью влагалища и лимфаденэктомию г. расширенную экстирпацию матки с придатками по Вертгейму	
527. ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ СОСТОИТ ВО ВСЕМ, КРОМЕ: а. вакцинации б. в устранении нарушений овуляции в. в своевременном лечении диабета, ожирения и гипертонической болезни г. в применении гормональной контрацепции	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
528. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ : а. имеет тенденцию к повышению б. остается стабильной в. является самой высокой среди всех злокачественных опухолей гениталий г. наметилось ее снижение во всех странах	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
529. ТЯЖЕЛАЯ СТЕПЕНЬ ДИСПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ЭПИТЕЛИИ : а. во всех слоях, кроме поверхностного б. двух слоев в. только в поверхностном г. только в отдельных клетках	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
530. ВНУТРИЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ РАК ШЕЙКИ МАТКИ ИМЕЕТ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ : а. во всей толще эпителия б. в поверхностном слое в. только атипию в некоторых клетках г. только в отдельных участках пласта эпителия	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
531. ТЯЖЕЛАЯ ДИСПЛАЗИЯ ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ - ЭТО: а. предрак б. дисгормональная гиперплазия в. фоновый процесс г. начальная форма рака	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
532. ПРЕДРАК ШЕЙКИ МАТКИ- ЭТО... : а. дисплазия шейки матки б. эктропион шейки матки в. простая лейкоплакия шейки матки г. эритроплакия шейки матки	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
533. ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ЧЕРТОЙ ВНУТРИЭПИТЕЛИАЛЬНОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ : а. очагового проникновения группы клеток в строму б. отсутствия инвазии в подлежащую строму в. сохранения базальной мембраны г. клеточного атипизма во всем пласте эпителия	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
534. СКРИНИНГ-МЕТОДОМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ : а. цитологическое исследование мазков б. визуальный осмотр в. кольпоскопия г. радионуклеидный метод	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
535. РАК IN SITU ШЕЙКИ МАТКИ НАЗЫВАЮТ "КОМПЕНСИРОВАННЫМ" В СВЯЗИ С ТЕМ, ЧТО ОН ИМЕЕТ : а. малую стромальную инвазию б. высокую потенцию к метастазированию в. раковые эмболы в лимфатических узлах г. малые размеры	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
536. РАК IN SITU ШЕЙКИ МАТКИ НАЗЫВАЮТ "КОМПЕНСИРОВАННЫМ" В СВЯЗИ С ТЕМ, ЧТО ОН ИМЕЕТ : а. низкую потенцию к метастазированию б. высокую потенцию к метастазированию в. раковые эмболы в лимфатических узлах г. малые размеры	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
537. РАК IN SITU ШЕЙКИ МАТКИ ПО СВОЕМУ КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ СХОДЕН : а. с тяжелой дисплазией б. с эктропионом в. с легкой дисплазией г. с инвазивным раком	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
538. РАК IN SITU ШЕЙКИ МАТКИ ПО СВОЕМУ КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ СХОДЕН : а. с внутриэпителиальным раком б. с эктропионом	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

в. с легкой дисплазией г. с инвазивным раком	
539. ПРИ РАКЕ IN SITU ШЕЙКИ МАТКИ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОК МЕТОДОМ ВЫБОРА ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ : а. электроконизация и выскабливание цервикального канала б. экстирпация матки с придатками в. экстирпация матки без придатков г. криодеструкция	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
540. ПРИ РАКЕ IN SITU ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН 50 ЛЕТ И СТАРШЕ С ЛЕЧЕБНОЙ ЦЕЛЬЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОИЗВОДИТЬ : а. экстирпацию матки с придатками б. экстирпацию матки без придатков в. криодеструкцию г. электроконизацию	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
541. ПРИ РАКЕ IN SITU ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПРИМЕНЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ВИДЫ ЛЕЧЕНИЯ, КРОМЕ : а. операции Вертгейма б. лазерной конизации в. высокой ножевой ампутации шейки матки г. экстирпации матки без придатков	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
542. КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ВКЛЮЧАЕТ КОМБИНАЦИЮ ДВУХ МЕТОДОВ (ИЗ ЧИСЛА УКАЗАННЫХ), КРОМЕ : а. сочетанной лучевой терапии б. хирургического и химиотерапевтического в. лучевого и химиотерапевтического г. гормонотерапии и хирургического	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
543. БОЛЬНЫЕ С КАКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ ДОЛЖНЫ СОСТОЯТЬ НА УЧЕТЕ У ОНКОЛОГА-ГИНЕКОЛОГА : а. дисплазия шейки матки б. простая лейкоплакия в. эктропион г. полип цервикального канала	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
544. БОЛЬНЫЕ С КАКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ ДОЛЖНЫ СОСТОЯТЬ НА УЧЕТЕ У ОНКОЛОГА-ГИНЕКОЛОГА: а. лейкоплакия с атипией б. эктропион в. полип цервикального канала г. простая лейкоплакия	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
545. БОЛЬНЫЕ С КАКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ НЕ ДОЛЖНЫ СОСТОЯТЬ НА УЧЕТЕ У ОНКОЛОГА-ГИНЕКОЛОГА : а. простая форма лейкоплакии б. дисплазия 3 в. лейкоплакия с атипией г. дисплазия 2	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
546. К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ПРОЦЕССАМ ПОКРОВНОГО ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ ОТНОСИТСЯ: а. эктопия шейки матки б. дисплазия легкой степени в. дисплазия умеренной степени г. дисплазия тяжелой степени	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
547. К ПРЕДРАКУ ШЕЙКИ МАТКИ ОТНОСИТСЯ: а. лейкоплакия с атипией б. папиллома в. ретенционные кисты г. эктропион	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
548. БЛАГОПРИЯТНЫЙ ПЕРИОД МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДИАТЕРМОКОАГУЛЯЦИИ ОСЛОЖНЕННОЙ ЭКТОПИИ ШЕЙКИ МАТКИ: а. сразу после менструации б. в дни менструации в. в период овуляции г. за 2-3 дня до менструации	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
549. НЕ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЙ ВИД ДИСПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ : а. смешанную б. слабую в. умеренную г. тяжелую	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

550. ФАКТОРЫ РИСКА ПО ВОЗНИКНОВЕНИЮ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ : а. вирусная инфекция б. ожирение в. первичное бесплодие г. ретенционные кисты шейки матки	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
551. ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ НЕОБХОДИМО: а. гистологическое исследование б. радионуклеиновый метод в. ПЦР-диагностика г. цитологическое исследование	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
552. ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД С ЦЕЛЬЮ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ : а. у всех подряд обратившихся к гинекологу б. при профилактических осмотрах в. у беременных при первом обращении г. у больных с патогномичными жалобами	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
553. КОЛЬПОСКОПИЧЕСКИЕ КАРТИНЫ, КОТОРЫЕ НЕ ОТНОСЯТСЯ К АНОМАЛЬНЫМ : а. зона метаплазии б. атипические сосуды в. мозаика г. пунктация	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
554. ИНВАЗИВНЫЙ РАК ШЕЙКИ МАТКИ В ОТЛИЧИЕ ОТ МИКРОИНВАЗИВНОГО ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ : а. инвазия в строму более 3 мм б. низкая способность к метастазированию в. способность к регрессу опухоли г. повышение признаков тканевой защиты	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
555. ИНВАЗИВНЫЙ РАК ШЕЙКИ МАТКИ В ОТЛИЧИЕ ОТ МИКРОИНВАЗИВНОГО ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ: а. высокая потенция к метастазированию б. низкая способность к метастазированию в. способность к регрессу опухоли г. повышение признаков тканевой защиты	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
556. КАКИЕ СЕРОТИПЫ ВПЧ ЯВЛЯЮТСЯ ВЫСОКООНКОГЕННЫМИ? : а. 16,18 тип б. 4,6 тип в. 11,44 тип г. 29,37 тип	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
557. КАКИЕ СЕРОТИПЫ ВПЧ ЯВЛЯЮТСЯ НИЗКООНКОГЕННЫМИ: а. 6,11 тип б. 16,18 тип в. 31,33тип г. 52,56 тип	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
558. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПРЕДРАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ ПРОИЗВОДИТСЯ ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ МЕТОДАМИ, КРОМЕ : а. криодеструкции б. электроконизации в. ножевой ампутации г. лазерной конизации	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
559. ДИАТЕРМОКОНИЗАЦИЯ ШЕЙКИ МАТКИ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОВОДИТСЯ ПРИ : а. дисплазии шейки матки б. эктопии шейки матки в. полипе цервикального канала г. ретенционных кистах шейки матки	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
560. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ НА ШЕЙКЕ МАТКИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНА СЛЕДУЮЩАЯ ТАКТИКА : а. динамическое наблюдение б. криодеструкция в. взятие прицельной биопсии г. цитологическое исследование	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
561. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ АНОМАЛЬНОЙ КОЛЬПОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ НЕОБХОДИМО : а. решение вопроса о необходимости прицельной биопсии б. динамическое наблюдение в. назначение КОК	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

г. выполнение электроконизации	
562. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ЛЕЙКОПЛАКИИ ШЕЙКИ МАТКИ НЕОБХОДИМО : а. прицельная биопсия б. диагностическая лапароскопия в. цитология шейки матки г. выскабливание цервикального канала	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
563. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ЭКТОПИИ ШЕЙКИ МАТКИ РЕКОМЕНДОВАНО ПРОВЕДЕНИЕ : а. кольпоскопии б. прицельной биопсии в. мазка на флору г. ПЦР- исследования	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
564. ВАКЦИНА «ЦЕРВАРИКС» СОДЕРЖИТ СМЕСЬ ВИРУСОПОДОБНЫХ ЧАСТИЦ РЕКОМБИНАНТНЫХ ПОВЕРХНОСТНЫХ БЕЛКОВ ВПЧ : а. 16,18 типов б. 31, 33 типов в. 52,56 типов г. 6,11 типов	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
565. РАСШИРЕННАЯ КОЛЬПОСКОПИЯ НЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ : а. обработка шейки матки раствором 3% борной кислоты б. обработку шейки матки раствором Люголя в. обработку шейки матки раствором 3% уксусной кислоты г. использование цветных светофильтров	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
566. КАКИЕ КОНТРАСТНЫЕ ВЕЩЕСТВА ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРИ ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПОДСЛИЗИСТОЙ МИОМЫ МАТКИ: а. водорастворимые б. жирорастворимые в. спирторастворимые г. нерастворимые в воде	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
567. КАКОЙ МЕТОД ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СОСТОЯНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ а. гистероскопия б. амниоскопия в. кольпоскопия г. хромосальпингоскопия	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
568. ПОКАЗАНИЕМ К ГИСТЕРОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ: а. подозрение на субмукозный узел миомы б. подозрение на внематочную беременность в. инфекционный фактор невынашивания беременности г. опухоль яичника	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

569. ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ МИОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ: а. подслизистый узел б. интерстициальный узел в. субсерозно-интерстициальный узел небольших размеров г. миома матки небольших размеров	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
570. ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ МИОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ: а. размер матки при множественной миоме, соответствующий 14 неделям беременности б. интерстициальный узел в. субсерозно-интерстициальный узел небольших размеров г. миома матки небольших размеров	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
571. ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ МИОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ: а. нарушение функции соседних органов б. миома матки небольших размеров в. интерстициальный узел г. субсерозно-интерстициальный узел небольших размеров	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
572. СИМПТОМ ПОДСЛИЗИСТОЙ МИОМЫ МАТКИ: а. нарушение менструального цикла по типу меноррагии б. вторичное бесплодие в. тазовая боль г. бели	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
573. ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ МИОМЫ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ ВСЕ, КРОМЕ: а. наличия 2-х интерстициальных узлов диаметром 1,5 и 2 см. б. наличия субсерозного узла на ножке в. наличия субсерозного узла на широком основании диаметром 6,5 см. г. наличия одного подслизистого узла диаметром 2 см.	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
574. ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ МИОМЫ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ: а. подслизистый узел диаметром 2 см. и более б. интерстициальный узел диаметром 3 см. в. два интерстициальных узлов диаметром 1 и 2 см. г. субсерозный узел на широком основании диаметром 4 см.	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

575. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ГИСТЕРОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ: а. субмукозная миома матки б. субсерозная миома матки в. интерстициальной миомы матки г. подозрения на внематочную беременность	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
576. СУБТОТАЛЬНАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ -ЭТО: а. удаление тела матки б. экстирпацию матки в. удаление шейки матки г. удаление придатков матки	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
577. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ,КРОМЕ: а. мини-пили б. агонисты Гн-РГ в. улипристал ацетат г. ВМС «Мирена»	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
578. АЛЬТЕРНАТИВА ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ ВСЕ ,КРОМЕ: а. Миомэктомия б. эмболизация маточных артерий в. гормональная терапия г. MrgFUS	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
579. ПОКАЗАНИЕ К ЭМА: а. симптомная миома матки б. субсерозная миома на ножке в. узел миомы меньше 2 см г. миома матки в сочетании с аденомиозом	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
580. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ К ЭМА ВСЕ ,КРОМЕ: а. субмукозная миома матки б. беременность в. некроз миоматозного узла г. быстрый рост миомы	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

581. ОБЪЕМ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МИОМЕ МАТКИ НЕ ЗАВИСИТ ОТ : а. продолжительности заболевания б. от репродуктивных планов в. от расположения миоматозных узлов г. от возраста пациентки	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
582. ИНТРАЛИГАМЕНТАРНАЯ МИОМА СОПРОВОЖДАЕТСЯ: а. боли б. анемия в. интоксикация г. кровотечение	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
583. КЛИНИКА СУБСЕРОЗНОЙ МИОМЫ МАТКИ НА НОЖКЕ: а. боли б. кровотечение в. интоксикация г. анемия	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
584. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЖДУ ОПУХОЛЬЮ ЯИЧНИКА И МИОМОЙ МАТКИ : а. лапароскопия б. двуручное влагалищное исследование в. УЗИ г. проба с пулевыми щипцами	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
585. ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ СУБМУКОЗНОЙ МИОМЫ МАТКИ, КРОМЕ: а. лапароскопия б. УЗИ органов малого таза в. гистероскопия г. гистерография	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
586. МИОМА МАТКИ ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ С: а. эндометриозом б. раком эндометрия в. опухолью яичника г. раком яичников	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

587. ПРИ ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИИ НЕ ВОЗМОЖНО УДАЛИТЬ: а. узел 2 типа 5см в диаметре б. узел 0 типа 3см в диаметре в. узел 1 типа 4см в диаметре г. узел 0 типа 6 см в диаметре	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
588. КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ МИОМЕ МАТКИ НЕ: а. ноющими болями внизу живота б. сопровождаются схваткообразными болями в. связаны с нарушением сократительной способности миометрия г. является показанием для гистероскопии	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
589. БЫСТРОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О: а. злокачественное перерождение узла б. активный кровоток в узле в. симптом рака эндометрия г. необходимости назначения консервативной терапии	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
590. НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ СОСЕДНИХ ОРГАНОВ: а. является показанием к оперативному лечению б. возникает при быстром росте субмукозного узла в. возникает при интрамуральном расположении узла г. требует консервативной терапии	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
591. КОНСЕРВАТИВНАЯ ТРАПИЯ МИОМЫ МАТКИ ВСЕ ПРЕПАРАТЫ,КРОМЕ: а. циклическая витаминотерапия б. антианемическая терапия в. агонисты гонадотропин-рилизинг гормона г. норэтистерон ацетат	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
592. РАДИКАЛЬНЫЙ ОБЪЕМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МИОМЕ МАТКИ: а. экстирпация матки б. НАМ в. миомэктомия г. ЭМА	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

593. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИКОЙ МИОМЫ МАТКИ : а. боль в нижних отделах живота, усиливающаяся накануне менструации б. гиперполименорея в. нарушение функции соседних органов г. бесплодие	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
594. ПО РАСПОЛОЖЕНИЮ ОТНОСИТЕЛЬНО ЧАСТЕЙ МАТКИ РАЗЛИЧАЮТ МИОМУ: а. больших размеров б. подслизистая в. шеечная г. субсерозная	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
595. МИОМА МАТКИ РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ ТКАНИ: а. мышечной б. железистой в. эпителиальной г. жировой	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
596. ПОКАЗАНИЕ К МИОМЭКТОМИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВСЕ, КРОМЕ: а. бессимптомное течение б. большие и гигантские размеры узлов, приводящие к нарушению функции органов брюшной полости и малого таза в. быстрый рост опухоли г. перекрут ножки узла	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
597. ОСЛОЖНЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ ВСЕ ,КРОМЕ: а. кальцификация узла б. выворот матки в. перекрут узла г. некроз узла	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
598. ВЛИЯНИЕ МИОМЫ НА БЕРЕМЕННОСТЬ ВСЕ,КРОМЕ: а. маловодие б. угрозы прерывания в. неправильное положение плода г. ФПН	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

599. ПОКАЗАНИЕ К ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МИОМЕ МАТКИ: а. при сочетании миомы матки с аденомиозом; б. при величине матки свыше 12 недель; в. при сочетании миомы матки с опухолями яичников; г. быстрый рост	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
600. ВИДЫ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МИОМЕ МАТКИ ВСЕ, КРОМЕ: а. прогестагены б. эстроген-гестагенные препараты; в. антагонисты гонадотропинов г. агонисты релизинг-фактора гонадотропного гормона	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
601. ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ МИОМЫ МАТКИ ВСЕ, КРОМЕ: а. миома и беременность б. миома величиной 12 недель и более в репродуктивном периоде в. шеечная миома матки г. субмукозная миома	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
602. ПОКАЗАНИЕ К МИОМЭКТОМИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВСЕ, КРОМЕ: а. бессимптомное течение б. большие и гигантские размеры узлов, приводящие к нарушению функции органов брюшной полости и малого таза в. быстрый рост опухоли г. перекрут ножки узла	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
603. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ХОРИОКАРЦИНОМА ВОЗНИКАЕТ ПОСЛЕ : а. пузырного заноса б. абортов в. нормальных родов г. преждевременных родов	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
604. НАЛИЧИЕ У БОЛЬНЫХ ХОРИОКАРЦИНОМОЙ МАТКИ ЛЮТЕИНОВЫХ КИСТ ВЛИЯЕТ НА ПРОГНОЗ: а. неблагоприятно б. благоприятно в. не имеет влияния г. неизвестно	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

605. ПРОВЕДЕНИЕ ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ПУЗЫРНОГО ЗАНОСА: { а. в зависимости от клинических и лабораторных данных б. не рекомендуется в. обязательна г. зависит от морфологической картины	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
606. БОЛЬНЫМ С ХОРИОКАРЦИНОМОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПРОЦЕССА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ: { а. химиотерапию б. лучевую терапию в. противовоспалительную терапию г. ЛДВ полости матки	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
607. К ПОКАЗАНИЯМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ХОРИОКАРЦИНОМОЙ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ : а. рецидивы пузырного заноса б. кровотечение в. размеры матки более 12 недель г. неэффективность химиотерапии	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
608. ТРОФОБЛАСТИЧЕСКИЕ ОПУХОЛИ НЕ СЕКРЕТИРУЮТ : а. глюкокортикоиды б. хорионический гонадотропин в. хорионический соматотропин г. хорионический тиреотропин	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
609. ВЫБЕРИТЕ УТВЕРЖДЕНИЕ, КОТОРОЕ НЕ ОТНОСИТСЯ К ПОНЯТИЮ ТРОФОБЛАСТ : а. внутренний слой клеток у зародышей млекопитающих б. обеспечивает контакт между зародышем и материнским организмом в. обособляется на стадии бластоцисты г. принимает участие в имплантации зародыша в стенку матки и образовании плаценты	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
610. ВНУТРЕННИЙ СЛОЙ ТРОФОБЛАСТА : а. цитотрофобласт б. эндovasкулярный трофобласт в. синцитиотрофобласт г. эмбриобласт	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

611. НАРУЖНЫЙ СЛОЙ ТРОФОБЛАСТА : а. синцитиотрофобласт б. эндovasкулярный трофобласт в. эмбриобласт г. цитотрофобласт	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
612. ТРОФОБЛАСТИЧЕСКИЕ НЕОПЛАЗИИ ОБЛАДАЮТ СЛЕДУЮЩИМИ СВОЙСТВАМИ : а. характеризуются высокой злокачественностью б. характеризуются медленным отдаленным метастазированием в. характеризуются низкой частотой излечения только с помощью химиотерапии г. приводят к бесплодию	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
613. РАЗНОВИДНОСТЬ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, ОБЛАДАЮЩАЯ СВОЙСТВАМИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОСТИ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ : а. инвазивный пузырный занос б. хорионкарцинома в. трофобластическая опухоль плацентарного ложа г. эпителиоидная трофобластическая опухоль	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
614. КАКАЯ ФОРМА ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ? : а. пузырный занос б. хорионкарцинома в. трофобластическая опухоль плацентарного ложа г. эпителиоидная трофобластическая опухоль	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
615. КАКАЯ ФОРМА ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ РЕЖЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ? : а. эпителиоидная трофобластическая опухоль б. хорионкарцинома в. трофобластическая опухоль плацентарного ложа г. пузырный занос	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
616. ТРОФОБЛАСТИЧЕСКИЕ НЕОПЛАЗИИ ОБЛАДАЮТ СЛЕДУЮЩИМИ СВОЙСТВАМИ: а. характеризуются быстрым отдаленным метастазированием б. характеризуются низкой злокачественностью в. характеризуются низкой частотой излечения только с помощью химиотерапии г. приводят к бесплодию	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

617. ДЛЯ ЧАСТИЧНОГО ПУЗЫРНОГО ЗАНОСА ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СВОЙСТВА, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ : а. гиперплазия как синцитиотрофобласта. так и цитотрофобласта б. характерен триплоидный набор хромосом в. гиперплазии подвергается только синцитиотрофобласт г. патологический продукт зачатия с наличием эмбриона или плода	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
618. К ФАКТОРАМ РИСКА ПО МАЛИГНИЗАЦИИ ПУЗЫРНОГО ЗАНОСА ОТНОСЯТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ : а. предыдущая беременность закончилась абортom б. если концентрация ХГ перед эвакуацией ПЗ выше 100 000 МЕ/л в. двухсторонние лютеиновые кисты г. возраст пациентки старше 40 лет	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
619. В НОРМЕ ПОНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ХГЧ ОТМЕЧАЕТСЯ ПОСЛЕ : а. 11-12 недель беременности б. 8-9 недель беременности в. 18-19 недель беременности г. 24-25 недель беременности	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
620. В НОРМЕ АЛЬФА-ФЕТОПРОТЕИН НАЧИНАЕТ ПРОГРЕССИВНО УВЕЛИЧИВАТЬСЯ : а. с 11 недель беременности б. с 8 недель беременности в. с 18 недель беременности г. с 25 недель беременности	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
621. ЛЕЧЕНИЕ ПУЗЫРНОГО ЗАНОСА : а. хирургическое б. химиотерапия в. лучевая терапия г. противовоспалительная терапия	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
622. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ЦИТОСТАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПОСЛЕ ЭВАКУАЦИИ ПУЗЫРНОГО ЗАНОСА ПРОВОДИТСЯ, ЕСЛИ ПОКАЗАТЕЛИ ХГ В КРОВИ ЧЕРЕЗ 5-6 НЕД. ПОСЛЕ ЭВАКУАЦИИ ПУЗЫРНОГО ЗАНОСА : а. более 20 тыс. МЕ/л. б. менее 10 тыс. МЕ/л. в. более 10 тыс. МЕ/л. г. более 40 тыс. МЕ/л.	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

623. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ХОРИОНКАРЦИНОМА МЕТАСТАЗИРУЕТ В : а. легкие б. печень в. головной мозг г. почки	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
624. ПРИ КАКОЙ ИЗ ФОРМ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПРОИСХОДИТ УВЕЛИЧЕНИЕ ПЛАЦЕНТАРНОГО ЛАКТОГЕНА : а. трофобластическая опухоль плацентарного ложа б. хорионкарцинома в. полный пузырный занос г. инвазивный пузырный занос	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
625. К ФАКТОРАМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ ОТНОСИТСЯ : а. нарушение менструальной функции б. хронический эндометрит в. заболевания шейки матки г. большое число родов в анамнезе	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
626. ДЛЯ РАСПОЗНАВАНИЯ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКА НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МЕТОД : а. ПЦР-диагностика б. эндоскопический в. ультразвуковой г. гистологический	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
627. К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ЯИЧНИКОВ НЕ ОТНОСИТСЯ : а. светлоклеточная опухоль б. серозная цистаденома в. муцинозная цистаденома г. эндометриодная цистаденома	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
628. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ИСТИННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ : а. хирургическое б. лучевое в. гормональное г. антибактериальное	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

629. К ОПУХОЛЕВИДНЫМ ПРОЦЕССАМ В ЯИЧНИКЕ НЕ ОТНОСИТСЯ: а. дермоидная киста б. фолликулярная киста в. киста желтого тела г. эндометриоз	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
630. ПОГРАНИЧНЫЕ (ПОТЕНЦИАЛЬНО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ) ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ ВСТРЕЧАЮТСЯ РЕДКО И ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ: а. наличием асцита б. отсутствие диссеминации по брюшине в. благоприятным прогнозом г. способностью к регрессу	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
631. ПОГРАНИЧНЫЕ (ПОТЕНЦИАЛЬНО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ) ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ ВСТРЕЧАЮТСЯ РЕДКО И ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ: а. злокачественным клиническим течением б. диссеминацией по брюшине в. благоприятным прогнозом г. способностью к регрессу	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
632. У БОЛЬНЫХ С ПОГРАНИЧНОЙ ОПУХОЛЬЮ ЯИЧНИКА ПРИМЕНЯЕТСЯ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ : а. хирургический б. гормональный в. лучевой г. противовоспалительный	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
633. ИСТИННЫМ РАКОМ ЯИЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ : а. серозная цистаденокарцинома б. серозная цистаденома в. муцинозная цистаденома г. фиброма яичника	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
634. ИСТИННЫМ РАКОМ ЯИЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ : а. эндометриоидная аденоакантома б. серозная цистаденома в. муцинозная цистаденома г. фиброма яичника	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

635. ИСТИННЫМ РАКОМ ЯИЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ : а. муцинозная цистаденокарцинома б. серозная цистаденома в. муцинозная цистаденома г. фиброма яичника	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
636. ИСТИННЫМ РАКОМ ЯИЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ : а. светлоклеточная карцинома б. серозная цистаденома в. муцинозная цистаденома г. фиброма яичника	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
637. ГЕРМИНОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ СРЕДИ ОСТАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКА ПРЕОБЛАДАЮТ, КАК ПРАВИЛО, В ВОЗРАСТЕ : а. от 15 до 40 лет б. от 60 до 80 лет в. от 40 до 60 лет г. старше 80 лет	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
638. К РЕДКИМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ЯИЧНИКОВ ОТНОСЯТ : а. дисгерминому б. зрелую тератому в. папиллярную цистаденому г. фиброму яичника	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
639. К РЕДКИМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ЯИЧНИКОВ ОТНОСЯТ : а. опухоль эндодермального синуса б. зрелую тератому в. папиллярную цистаденому г. фиброму яичника	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
640. К РЕДКИМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ЯИЧНИКОВ ОТНОСЯТ : а. эмбриональную карциному б. зрелую тератому в. папиллярную цистаденому г. фиброму яичника	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

641. К РЕДКИМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ЯИЧНИКОВ ОТНОСЯТ : а. тератобластому б. зрелую тератому в. папиллярную цистаденому г. фиброму яичника	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
642. В ГРУППУ ОПУХОЛЕЙ СТРОМЫ ПОЛОВОГО ТЯЖА ВХОДИТ : а. гранулезоклеточная опухоль б. папиллярная цистаденома в. муцинозная цистаденома г. опухоль эндодермального синуса	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
643. В ГРУППУ ОПУХОЛЕЙ СТРОМЫ ПОЛОВОГО ТЯЖА ВХОДИТ: а. текаклеточная опухоль б. папиллярная цистаденома в. муцинозная цистаденома г. опухоль эндодермального синуса	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
644. В ГРУППУ ОПУХОЛЕЙ СТРОМЫ ПОЛОВОГО ТЯЖА ВХОДИТ: а. андробластома из клеток Лейдига и Сертоли б. папиллярная цистаденома в. муцинозная цистаденома г. опухоль эндодермального синуса	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
645. В ГРУППУ ОПУХОЛЕЙ СТРОМЫ ПОЛОВОГО ТЯЖА ВХОДИТ: а. фиброма яичника б. папиллярная цистаденома в. муцинозная цистаденома г. опухоль эндодермального синуса	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
646. ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ, ОСОБЕННО ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ, ОТЛИЧАЮТСЯ : а. агрессивным течением б. тенденцией к перекруту в. отеком передней брюшной стенки г. сочетанием с межменструальными кровянистыми выделениями	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

647. ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ, ОСОБЕННО ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ, ОТЛИЧАЮТСЯ: а. обширным метастазированием б. сочетанием с межменструальными кровянистыми выделениями в. тенденцией к перекруту г. отеком передней брюшной стенки	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
648. ЖАЛОБЫ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ: а. утомляемость, слабость б. полиурия в. учащенное сердцебиение г. отеки нижних конечностей	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
649. ЖАЛОБЫ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ : а. боли неопределенного характера б. полиурия в. учащенное сердцебиение г. отеки нижних конечностей	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
650. ДЛЯ ГРАНУЛЕЗОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА ХАРАКТЕРНО : а. нарушение менструального цикла б. отеки нижних конечностей в. полиурия г. гидроторакс	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
651. ДЛЯ ГРАНУЛЕЗОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА ХАРАКТЕРНО : а. гиперплазия эндометрия б. отеки нижних конечностей в. полиурия г. гидроторакс	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
652. ДЛЯ ГРАНУЛЕЗОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА ХАРАКТЕРНО : а. "омоложение" женщины в постменопаузе б. отеки нижних конечностей в. полиурия г. гидроторакс	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

653. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ СТЕПЕНИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ : а. ЭЭГ б. ультразвуковое исследование в. лапароскопия г. компьютерная томография	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
654. К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ЯИЧНИКОВ ОТНОСИТСЯ : а. серозная цистаденома б. муцинозная цистаденокарцинома в. эндометриоидная аденоакантома г. серозная цистаденокарцинома	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
655. К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ЯИЧНИКОВ ОТНОСИТСЯ : а. фиброма яичника б. муцинозная цистаденокарцинома в. эндометриоидная аденоакантома г. эндометриоидная аденоакантома	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
656. К ОПУХОЛЕВИДНЫМ ПРОЦЕССАМ В ЯИЧНИКЕ ОТНОСИТСЯ: а. фолликулярная киста б. опухоль Бреннера в. цистаденома г. дермоидная киста	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
657. К ОПУХОЛЕВИДНЫМ ПРОЦЕССАМ В ЯИЧНИКЕ ОТНОСИТСЯ : а. киста желтого тела б. опухоль Бреннера в. цистаденома г. дермоидная киста	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
658. ТАКТИКА ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ЯИЧНИКА: а. контроль УЗИ через 1-3 мес. б. диагностическая лапароскопия в. назначение КОК г. хирургическое лечение	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

659. ТАКТИКА ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ КИСТЫ ЖЕЛТОГО ТЕЛА : а. контроль УЗИ через 1-3 мес. б. диагностическая лапароскопия в. назначение КОК г. хирургическое лечение	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
660. К ОНКОМАРКЕРАМ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ НЕ ОТНОСИТСЯ : а. АМГ б. СА 125 в. НЕ 4 г. СА 19.9	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
661. К ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОМУ ЭНДОМЕТРИОЗУ ОТНОСИТСЯ: а. эндометриоз послеоперационного рубца б. эндометриоз шейки матки в. эндометриозидные кисты яичников г. аденомиоз	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
662. К ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОМУ ЭНДОМЕТРИОЗУ НЕ ОТНОСИТСЯ: а. эндометриоз маточной трубы б. эндометриоз послеоперационного рубца в. эндометриоз пупка г. эндометриоз слезной железы	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
663. К НАРУЖНО-ГЕНИТАЛЬНОМУ ЭНДОМЕТРИОЗУ ОТНОСЯТСЯ : а. эндометриозидные кисты яичников б. эндометриоз послеоперационного рубца в. эндометриоз тела матки г. эндометриоз пупка	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
664. К НАРУЖНО-ГЕНИТАЛЬНОМУ ЭНДОМЕТРИОЗУ НЕ ОТНОСИТСЯ : а. эндометриоз послеоперационного рубца б. эндометриозидные кисты яичников в. эндометриоз шейки матки г. эндометриоз маточных труб	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

665. ЭНДОМЕТРИОЗ МАТОЧНЫХ ТРУБ ОТНОСИТСЯ К : а. наружно-генитальному эндометриозу б. экстрагенитальному эндометриозу в. внутреннему эндометриозу г. ретроцервикальному эндометриозу	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
666. ЭНДОМЕТРИОЗ ВЛАГАЛИЩА ОТНОСИТСЯ К : а. наружно-генитальному эндометриозу б. экстрагенитальному эндометриозу в. внутреннему эндометриозу г. ретроцервикальному эндометриозу	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
667. ЭНДОМЕТРИОЗ ТЕЛА МАТКИ ОТНОСИТСЯ К : а. внутреннему эндометриозу б. экстрагенитальному эндометриозу в. наружно-генитальному эндометриозу г. ретроцервикальному эндометриозу	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
668. ЭНДОМЕТРИОЗ-ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ ЗА ПРЕДЕЛАМИ ЭНДОМЕТРИЯ ПРОИСХОДИТ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЕ РАЗРАСТАНИЕ ТКАНИ, ПО МОРФОЛОГИЧЕСКИМ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СВОЙСТВАМИ ПОДОБНОЙ ЭНДОМЕТРИЮ : а. гормонально-зависимое б. гормонально-независимое в. злокачественное г. острое	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
669. ЭНДОМЕТРИОЗ-ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ ЗА ПРЕДЕЛАМИ ЭНДОМЕТРИЯ ПРОИСХОДИТ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЕ РАЗРАСТАНИЕ ТКАНИ, ПО МОРФОЛОГИЧЕСКИМ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СВОЙСТВАМИ ПОДОБНОЙ ЭНДОМЕТРИЮ: а. хроническое б. гормонально-независимое в. злокачественное г. острое	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
670. СКОЛЬКО СТАДИЙ ИМЕЕТ КАЖДАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА: а. 4 б. 2 в. 3 г. 5	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

671. МАЛЫЕ ФОРМЫ ЭНДОМЕТРИОЗА- ЭТО : а. единичные эндометрионные гетеротопии на брюшине малого таза б. эндометриоз влагалища в. эндометриоз шейки матки г. эндометриоз пупка	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
672. КАКАЯ СТАДИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ ОПИСАНА В ДАННОМ СЛУЧАЕ? → «МЕЛКИЕ ГЕТЕРОТОПИИ НА ПОВЕРХНОСТИ ЯИЧНИКОВ БЕЗ ОБРАЗОВАНИЯ КИСТОЗНЫХ ПОЛОСТЕЙ» : а. 1 стадия б. 2 стадия в. 3 стадия г. 4 стадия	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
673. КАКАЯ СТАДИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ ОПИСАНА В ДАННОМ СЛУЧАЕ? → «ДВУХСТОРОННИЕ КИСТЫ ЯИЧНИКОВ ДИАМЕТРОМ БОЛЕЕ 6 СМ, РАСПРОСТРАНЕННЫЙ СПАЕЧНЫЙ ПРОЦЕСС С ВОВЛЕЧЕНИЕМ В ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС СОСЕДНИХ ОРГАНОВ» : а. 4 стадия б. 1 стадия в. 2 стадия г. 3 стадия	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
674. КАКАЯ СТАДИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ ОПИСАНА В ДАННОМ СЛУЧАЕ? → «ЭНДОМЕТРИОИДНАЯ КИСТА ОДНОГО ЯИЧНИКА РАЗМЕРОМ НЕ БОЛЕЕ 5–6 СМ С МЕЛКИМИ ЭНДОМЕТРИОИДНЫМИ ВКЛЮЧЕНИЯМИ НА БРЮШИНЕ МАЛОГО ТАЗА. НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЙ СПАЕЧНЫЙ ПРОЦЕСС В ОБЛАСТИ ПРИДАТКОВ МАТКИ БЕЗ ВОВЛЕЧЕНИЯ КИШЕЧНИКА» : а. 2 стадия б. 1 стадия в. 3 стадия г. 4 стадия	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
675. КАКАЯ СТАДИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ ОПИСАНА В ДАННОМ СЛУЧАЕ? → «ЭНДОМЕТРИОИДНЫЕ КИСТЫ ОБОИХ ЯИЧНИКОВ (ДИАМЕТР КИСТЫ ОДНОГО ЯИЧНИКА БОЛЕЕ 5–6 СМ И НЕБОЛЬШАЯ ЭНДОМЕТРИОМА ДРУГОГО). ЭНДОМЕТРИОИДНЫЕ ГЕТЕРОТОПИИ НЕБОЛЬШОГО РАЗМЕРА НА ПАРИЕТАЛЬНОЙ БРЮШИНЕ МАЛОГО ТАЗА. ВЫРАЖЕННЫЙ СПАЕЧНЫЙ ПРОЦЕСС В ОБЛАСТИ ПРИДАТКОВ МАТКИ С ЧАСТИЧНЫМ ВОВЛЕЧЕНИЕМ КИШЕЧНИКА» : а. 3 стадия б. 1 стадия в. 2 стадия г. 4 стадия	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

676. КАКАЯ СТАДИЯ РЕТРОЦЕРВИКАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА ОПИСАНА В ДАННОМ СЛУЧАЕ? → «ЭНДОМЕТРИОИДНЫЕ ОЧАГИ РАСПОЛАГАЮТСЯ В ПРЕДЕЛАХ РЕКТОВАГИНАЛЬНОЙ КЛЕТЧАТКИ» : а. 1 стадия б. 2 стадия в. 3 стадия г. 4 стадия	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
677. КАКАЯ СТАДИЯ РЕТРОЦЕРВИКАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА ОПИСАНА В ДАННОМ СЛУЧАЕ? → «ПРОРАСТАНИЕ ЭНДОМЕТРИОИДНОЙ ТКАНИ В ШЕЙКУ МАТКИ И СТЕНКУ ВЛАГАЛИЩА С ОБРАЗОВАНИЕМ МЕЛКИХ КИСТ» : а. 2 стадия б. 1 стадия в. 3 стадия г. 4 стадия	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
678. КАКАЯ СТАДИЯ РЕТРОЦЕРВИКАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА ОПИСАНА В ДАННОМ СЛУЧАЕ? → «РАСПРОСТРАНЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА НА КРЕСТЦОВО-МАТОЧНЫЕ СВЯЗКИ, СЕРОЗНЫЙ ПОКРОВ ПРЯМОЙ КИШКИ» : а. 3 стадия б. 1 стадия в. 2 стадия г. 4 стадия	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
679. КАКАЯ СТАДИЯ РЕТРОЦЕРВИКАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА ОПИСАНА В ДАННОМ СЛУЧАЕ? « «ВОВЛЕЧЕНИЕ В ПРОЦЕСС ПРЯМОЙ КИШКИ, БРЮШИНЫ МАТОЧНО-ПРЯМОКИШЕЧНОГО ПРОСТРАНСТВА, СПАЕЧНЫЙ ПРОЦЕСС С ВОВЛЕЧЕНИЕМ ПРИДАТКОВ МАТКИ» : а. 4 стадия б. 1 стадия в. 2 стадия г. 3 стадия	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
680. КАКАЯ СТАДИЯ ВНУТРЕННЕГО ЭНДОМЕТРИОЗА ОПИСАНА В ДАННОМ СЛУЧАЕ? → «ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ОГРАНИЧЕН ПОДСЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКОЙ ТЕЛА МАТКИ» : а. 1 стадия б. 2 стадия в. 3 стадия г. 4 стадия	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

681. КАКАЯ СТАДИЯ ВНУТРЕННЕГО ЭНДОМЕТРИОЗА ОПИСАНА В ДАННОМ СЛУЧАЕ? → «ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ПЕРЕХОДИТ НА МЫШЕЧНЫЙ СЛОЙ МАТКИ» : а. 2 стадия б. 1 стадия в. 3 стадия г. 4 стадия	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
682. КАКАЯ СТАДИЯ ВНУТРЕННЕГО ЭНДОМЕТРИОЗА ОПИСАНА В ДАННОМ СЛУЧАЕ? → «РАСПРОСТРАНЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА НА ВСЮ ТОЛЩУ МЫШЕЧНОЙ ОБОЛОЧКИ МАТКИ ДО ЕЕ СЕРОЗНОГО ПОКРОВА» : а. 3 стадия б. 1 стадия в. 2 стадия г. 4 стадия	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
683. КАКАЯ СТАДИЯ ВНУТРЕННЕГО ЭНДОМЕТРИОЗА ОПИСАНА В ДАННОМ СЛУЧАЕ? → «ВОВЛЕЧЕНИЕ В ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС, ПОМИМО МАТКИ, ПАРИЕТАЛЬНОЙ БРЮШИНЫ МАЛОГО ТАЗА И СОСЕДНИХ ОРГАНОВ»: а. 4 стадия б. 1 стадия в. 2 стадия г. 3 стадия	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
684. ЦВЕТ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ ГЕТЕРОТОПИЙ , ОТРАЖАЮЩИХ АКТИВНУЮ СТАДИЮ ПРОЦЕССА : а. красный б. темно-багровый в. белый г. цвет гетеротопий не характеризует стадию процесса	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
685. ДЛЯ ЭНДОМЕТРИОЗА ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ : а. уменьшение длительности менструации б. тазовые боли в. менометроррагии г. бесплодие	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

686. ДЛЯ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ ПО ДАННЫМ УЗИ ХАРАКТЕРНО: а. наличие мелкодисперсной взвеси б. тонкая капсула в. неправильная форма образования г. высокая подвижность	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
687. ДЛЯ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ ПО ДАННЫМ УЗИ НЕ ХАРАКТЕРНО: а. анэхогенное содержимое б. мелкодисперсная взвесь в. утолщенная капсула г. ограниченная подвижность	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
688. ДЛЯ АДЕНОМИОЗА ПО ДАННЫМ УЗИ НЕ ХАРАКТЕРНО : а. неоднородный эндометрий за счет образований на ножке, исходящих из передней и задней стенок матки б. участки повышенной эхогенности в миометрии в. зазубренность границы эндометрия и миометрия г. увеличение передне-заднего размера матки за счет утолщения одной из стенок матки	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
689. РУТИННЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЭНДОМЕТРИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ: а. ультразвуковое исследование органов малого таза б. хромосальпингоскопия в. гистеросальпингография г. МРТ малого таза	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
690. К ПОКАЗАНИЯМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЭНДОМЕТРИОЗА НЕ ОТНОСИТСЯ: а. болезненные менструации с невозможностью трудоспособности в данный период б. размер эндометриоидной кисты яичника более 6 см в сочетании с бесплодием в. неэффективность консервативной терапии или ее непереносимость г. аденомиоз 3-4 стадии с выраженной клиникой	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

691. АДЕКВАТНЫЙ ОБЪЕМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ПОВОДУ ЭНДОМЕТРИОИДНОЙ КИСТЫ ЯИЧНИКА 6 СМ. : а. кистэктомия б. дренирование кисты в. резекция яичника г. хирургическое лечение в данном случае не показано	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
692. ДОСТОВЕРНЫМ ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ АДЕНОМИОЗА СЛУЖИТ: а. гистероскопия б. лапароскопия в. ультразвуковое исследование с использованием транвагинального датчика г. кольпоскопия	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
693. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ В ДИАГНОСТИКЕ ЭНДОМЕТРИОЗА ШЕЙКИ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫПОЛНЕНИЕ : а. кольпоскопии б. наличие клиники в. УЗИ органов малого таза г. цитологии шейки матки	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
694. ЭНДОМЕТРИОЗ ШЕЙКИ МАТКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПОСЛЕ : а. диатермокоагуляции б. лапароскопии в. расширенной кольпоскопии г. ежемесячного УЗИ органов малого таза	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
695. ВЫРАЖЕННОСТЬ ДИСМЕНОРЕИ ПРИ АДЕНОМИОЗЕ ЗАВИСИТ ОТ : а. распространенности эндометриоза б. возраста в. наличия экстрагенитальной патологии г. количества предшествующих беременностей	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

696. ДЛЯ ВНУТРЕННЕГО ЭНДОМЕТРИОЗА 3 СТАДИИ НЕ ХАРАКТЕРНО : а. размягчение матки б. уплотнение матки при бимануальном исследовании в. увеличение матки г. резкая болезненность	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
697. ТЕРМИН АДЕНОМИОЗ ПРИМЕНЯЕТСЯ : а. только при разрастании эндометриoidных гетеротопий в стенке матки б. при эндометриозе, который сопровождается образованием кист в. только когда прорастание миометрия сопровождается наличием миоматозных узлов г. только при ретроцервикальном эндометриозе	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
698. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА ШЕЙКИ МАТКИ КРИОДЕСТРУКЦИЮ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ : а. сразу после менструации б. за 1-2 дня до начала менструации в. на 12-14 день менструального цикла г. на 22-24 день менструального цикла	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
699. КАКАЯ ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ АДЕНОМИОЗА : а. на фоне бледной слизистой видны ходы б. увеличение полости матки в. выраженная деформация полости матки г. наличие полиповидных разрастаний	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
700. ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ЭНДОМЕТРИОЗА ШЕЙКИ МАТКИ : а. пред- и постменопаузальные кровянистые выделения б. дисменорея в. менометроррагия г. бесплодие	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

701. ВАЖНЕЙШАЯ РОЛЬ В ФОРМИРОВАНИИ ОПУЩЕНИЯ И ВЫПАДЕНИЯ СТЕНОК ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ ПРИНАДЛЕЖИТ ТРАВМАТИЧЕСКИМ ПОВРЕЖДЕНИЯМ: а. мышц тазового дна б. широких связок матки в. крестцово-маточных связок г. круглых маточных связок	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
702. ПОВЕДЕНИЕ МАТКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ,КРОМЕ: а. может быть связано с сидячим образом жизни б. считается полным, если шейка матки выходит за пределы половой щели в. может осложняться развитием декубитальных язв является показанием к операции	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
703.<ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА> ПРИ НЕПОЛНОМ ВЫПАДЕНИИ МАТКИ И ЭЛОНГАЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ: а. манчестерская операция б. влагалищная экстирпация матки в. ампутация шейки матки г. срединная кольпография	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
704. ПРОЛАПС ГЕНИТАЛИЙ – ЭТО: а. смещение тазовых органов в просвет влагалища или за его пределы б. аномалия развития внутренних половых органов в. нарушение мочеиспускания и дефекации при опущении стенок влагалища г. требует консервативной терапии	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
705. ПРОБА ВАЛЬСАЛЬВЫ ВЫПОЛНЯТСЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ: а. смещения тазовых органов за пределы гименального кольца при натуживании б. потери мочи при повышении внутрибрюшного давления в. возможности самостоятельного мочеиспускания при пролапсе гениталий г. верно 2 и 3	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

706. ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ НЕ ЗАВИСИТ ОТ : а. длительности заболевания б. степени пролапса гениталий в. преобладания цистоцеле/ректоцеле г. наличия сопутствующего недержания мочи	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
707. ТЕРМИН «ЦИСТОЦЕЛЕ» ОБОЗНАЧАЕТ: а. пролабирование мочевого пузыря через переднюю стенку влагалища б. увеличение объема мочевого пузыря в. невозможность самостоятельного мочеиспускания г. наличие непроизвольного мочеиспускания у пациентки	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
708. ТЕРМИН РЕКТОЦЕЛЕ ОБОЗНАЧАЕТ : а. увеличение объема прямой кишки б. невозможность самостоятельной дефекации в. пролабирование прямой кишки через заднюю стенку влагалища г. наличие множественных геморроидальных узлов	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
709. КЛАССИФИКАЦИЯ ROR-Q НЕ ПОДРАЗУМЕВАЕТ: а. обнаружение сопутствующих нарушений мочеиспускания б. стадирование пролапса гениталий по степени тяжести в. выявление взаимоотношений тазовых органов при пролапсе гениталий г. систему количественной оценки пролапса тазовых органов	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

Ответы на тесты:

Во всех тестах – а

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена.

Оценочные средства:

1. Вопросы к экзамену

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности (преподавателем указывает лишь те задания и иные материалы, которые им используются в рамках данной дисциплины)

5.1.1. Вопросы к экзамену по дисциплине Гинекология

Вопросы	Код компетенции (согласно РПД)
1. Современные представления о нейро-эндокринной регуляции менструального цикла. 2. Классификация нарушений менструального цикла. 3. Аномальные маточные кровотечения, клиника, диагностика, лечение. 4. Современные принципы гормональной терапии АМК в разных возрастных группах. 5. Дифференциальный диагноз различных форм аменорей. 6. Аменорея центрального генеза. Клиника, диагностика, лечение. 7. Аменорея первичная. Роль хромосомных и генетических факторов. 8. Яичниковая и маточная формы аменорей. Этиология и патогенез, клиника, диагностика, принципы терапии. 9. Гиперпролактинемическая аменорея. Классификация, клиника, диагностика, лечение. 10. Синдром поликистозных яичников. Клиника, диагностика, терапия. 11. Биологические свойства половых гормонов. Методы исследования эндокринной функции яичников. 12. Функциональные пробы с гормонами в диагностике эндокринных нарушений женщины. 13. Дисгенезия гонад и тестикулярная феминизация. Клиника, диагностика, лечение. 14. Система опроса гинекологических больных. Методы объективного обследования в гинекологии. 15. Рентгеновские и ультразвуковые методы исследования. Их значение в диагностике гинекологических заболеваний. 16. Эндоскопия в современной гинекологии. Значение в диагностике и лечении. 17. Климактерический синдром. 18. Деонтология в практике врача акушера-гинеколога. 19. Пороки развития внутренних половых органов и гинатрезии. Этиология и классификация. Диагностика и принципы лечения. 20. Неправильные положения матки. Этиология и патогенез, классификация, диагностика, принципы лечения. 21. Принципы хирургического лечения опущений и выпадений матки. Вентрофиксация. Показания и противопоказания. 22. Острый живот в гинекологии. Этиология, клиника, диагностика, подходы к лечению. 23. Трубная беременность. Этиопатогенез, классификация. Клиническая картина разрыва трубы и трубного аборта. Диагностика и лечение. 24. Аборт медицинский и по социальным показаниям. Методы прерывания беременности. 25. Самопроизвольный аборт. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Инфицированный аборт. Борьба с абортами. 26. Современные методы контрацепции. 27. Миома матки. Этиология, классификация, клиника, диагностика, принципы лечения. 28. Клинические проявления и методы диагностики миом матки. 29. Консервативное лечение больных миомой матки на современном этапе. 30. Показания к оперативному лечению больных миомой матки, виды и объем оперативного вмешательства. Достоинства и недостатки. 31. Клиника, диагностика и современный взгляд на лечение субмукозной миомы матки. 32. Клиника, диагностика и лечение саркомы матки. 33. Эндометриоз. Этиопатогенез, классификация, современные принципы диагностики и лечения. 34. Современные методы лечения генитального эндометриоза. 35. Внутренний эндометриоз. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение. 36. Наружный генитальный эндометриоз. Эндометриоз придатков матки.	УК 1, ОПК 1, ОПК 4, ОПК 5, ОПК 7, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

Клиника, методы диагностики и терапии. Дифференциальный диагноз с хроническим аднекситом. 37. Ретроцервикальный эндометриоз. Классификация, методы диагностики и лечения. 38. Классификация опухолей яичников. Современные принципы лечения доброкачественных и злокачественных опухолей яичников. 39. Осложнения опухолей яичников, диагностика, подходы к лечению. 40. Ретенционные (функциональные) кисты яичников. Клиника, диагностика, лечение. 41. Рак яичников. Классификация, методы диагностики и лечения. Профилактика, прогноз. 42. Цистаденомы яичников. Классификация, клиника, характеристика по данным гинекологического осмотра и УЗИ, принципы лечения. 43. Зрелая тератома яичника. Клиника, диагностика и лечение. 44. Фиброма яичника. Клиника, диагностика и лечение. 45. Гормонопродуцирующие опухоли яичников. Клиника, диагностика и лечение. 46. Методы лечения онкологических заболеваний. 47. Пузырный занос. Этиопатогенез, клиника, диагностика, методы лечения, прогноз. 48. Хорионкарцинома матки. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз, профилактика. 49. Доброкачественные и предраковые заболевания шейки матки. Классификация, диагностика, лечение. 50. Современные методы диагностики рака шейки матки. 51. Рак шейки матки. Этиопатогенез, факторы риска, классификация, клиника, диагностика. 52. Рак шейки матки. Методы лечения в зависимости от стадии заболевания и возраста больных, Прогноз, профилактика. 53. Предрак тела матки. Клиника, методы диагностики и лечения. 54. Рак тела матки. Этиопатогенез, классификация, клиника, методы диагностики. 55. Рак тела матки. Методы лечения в зависимости от стадии заболевания и патогенетического варианта развития. Прогноз, профилактика. 56. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний половых органов у женщин. Принципы диагностики и лечения. 57. Современные методы диагностики генитальных инфекций, принципы антибактериальной терапии. 58. Современные методы диагностики и лечения ИППП. 59. Острые воспалительные процессы внутренних половых органов септической этиологии. Клиника, диагностика, лечение, профилактика. 60. Принципы лечения воспалительных заболеваний внутренних половых органов в хронической стадии. 61. Вульвовагинит. Особенности клинического течения в различные возрастные периоды. 62. Воспалительные заболевания наружных половых органов у женщин. 63. Острый сальпингит, пельвеоперитонит. Этиология, клиника, диагностика, лечение. Показания к хирургическому лечению. 64. Острый и хронический эндометрит, сальгогаоофорит. Клиника, диагностика, современные методы терапии. 65. Параметрит, Классификация, клиника, диагностика, лечение. 66. Воспалительные заболевания гениталий хламидийной этиологии. Клиника, диагностика, лечение. 67. Гонорея. Этиология, эпидемиология, классификация, лечебная тактика. 68. Гонорея нижнего отдела половых путей. Клиника, диагностика, методы провокации, лечение. 69. Туберкулез женских половых органов. Патогенез, классификация, методы диагностики, терапия, профилактика. 70. Грибковый вульвовагинит. Этиопатогенез, клиника, методы диагностики, лечение. 71. Трихомониаз. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение. 72. Бактериальный вагиноз. Причины, методы диагностики и терапии. 73. Бесплодный брак. Классификация. Диагностика и профилактика женского бесплодия. 74. Причины женского и мужского бесплодия. Алгоритм и методы обследования при бесплодном браке. 75. Методы диагностики бесплодия у женщин, роль эндоскопических методов. 76. Лечение различных форм женского бесплодия. Показания к оперативному лечению. 77. Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО). Оплодотворение спермой мужа и донора. Показания, методы. 78. Дифференциальная диагностика внутреннего эндометриоза, субмукозной миомы	
---	--

матки и дисфункционального маточного кровотечения.	
--	--

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для экзамена

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки	Продemonстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	Продemonстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	Продemonстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными незначительными недочетами, выполнены все задания в полном объеме
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продemonстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продemonстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов
Характеристика сформированности компетенций*	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач	Сформированность компетенции в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным задачам	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных профессиональных задач
Уровень сформированности компетенций*	Низкий	Ниже среднего	Средний	Высокий

* - не предусмотрены для программ аспирантуры

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Полный комплект оценочных средств для дисциплины «Название дисциплины» представлен на портале СДО Приволжского исследовательского медицинского университета – <https://sdo.pimunn.net/question/edit.php?courseid=3044&category=769%2C81&qbshowtext=0&qbshowtext=1&recurse=0&showhidden=0&showhidden=1>

Разработчик(и):

Боровкова Л.В., зав.кафедрой, д.м.н., профессор

Пак С.В., доцент, к.м.н.

Дата «15» февраля 2023 г.