

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**  
**УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ**  
**«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**Кафедра акушерства и гинекологии**

# **СБОРНИК ТЕСТОВ И СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ПО ГИНЕКОЛОГИИ**

**Учебно-методическое пособие  
для студентов 5, 6 курсов всех факультетов  
медицинских вузов**

**Гомель  
ГомГМУ  
2017**

УДК618 (072) (076.1)

ББК 57.1+57.16 я73

С 23

**Авторы:**

*Т. Н. Захаренкова, Е. А. Эйныш, И. Ф. Крот, Ю. А. Лызикова*

**Рецензенты:**

доктор медицинских наук, профессор  
заведующая кафедрой акушерства и гинекологии  
Гродненского государственного медицинского университета

*Л. В. Гутикова;*

кандидат медицинских наук,  
заведующая наблюдением отделением  
Гомельской городской клинической больницы № 2

*Е. Л. Лакудас*

**Сборник тестов и ситуационных задач по гинекологии:** учеб.-метод.  
С 23 пособие для студентов 5, 6 курсов всех факультетов медицинских  
вузов / Т. Н. Захаренкова [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2017. — 188 с.  
ISBN 978-985-506-929-5

Учебно-методическое пособие содержит тестовые вопросы и ситуационные задачи по гинекологии и ответы к ним для обучения и контроля знаний студентов. Предназначено для студентов 5, 6 курсов всех факультетов медицинских вузов.

Утверждено и рекомендовано к изданию научно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» 25 февраля 2016 г., протокол № 1.

**УДК 618 (072) (076.1)**  
**ББК 57.1+57.16 я73**

**ISBN 978-985-506-929-5**

© Учреждение образования  
«Гомельский государственный  
медицинский университет», 2017

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Список условных обозначений .....	4
Введение .....	5
<b>Глава 1.</b> Анатомо-физиологические особенности репродуктивной системы женщины.	
Методы обследования в гинекологии .....	6
<b>Глава 2.</b> Менструальный цикл и его нейрогуморальная регуляция. Нарушения менструального цикла .....	22
<b>Глава 3.</b> Нейроэндокринные синдромы в гинекологии .....	38
<b>Глава 4.</b> Доброкачественные и предраковые заболевания шейки матки и эндометрия .....	54
<b>Глава 5.</b> Эндометриоз. Доброкачественные заболевания молочных желез .....	70
<b>Глава 6.</b> Доброкачественные опухоли матки и яичников .....	86
<b>Глава 7.</b> Воспалительные заболевания женских половых органов ....	102
<b>Глава 8.</b> Неотложная помощь в гинекологии. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение гинекологических больных .....	118
<b>Глава 9.</b> Врожденные аномалии развития. Неправильные положения женских половых органов .....	135
<b>Глава 10.</b> Бесплодный брак. Планирование семьи .....	151
<b>Глава 11.</b> Детская гинекология .....	168

## СПИСОК УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

а-ГнРГ	— агонист гонадотропного рилизинг-гормона
АКТГ	— адренкортикотропный гормон
АМК	— аномальные маточные кровотечения
БВ	— бактериальный вагиноз
ВДКН	— врожденная дисфункция коры надпочечников
ВМК	— внутриматочные контрацептивы
ГнРГ	— гонадотропный рилизинг-гормон
ГТГ	— гонадотропные гормоны
ДГЭА-С	— дегидроэпиандростерона сульфат
ДМК	— дисфункциональные маточные кровотечения
ЗГТ	— заместительная гормональная терапия
ИМТ	— индекс массы тела
ИППП	— инфекции, передаваемые половым путем
ИФА	— иммуноферментный анализ
КОК	— комбинированные оральные контрацептивы
КПИ	— кариопикнотический индекс
КТ	— компьютерная томография
ЛГ	— лютеинизирующий гормон
МРТ	— магнитно-резонансная томография
НЛФ	— недостаточность лютеиновой фазы
НПВС	— нестероидные противовоспалительные средства
ОЦК	— объем циркулирующей крови
ПВИ	— папилломавирусная инфекция
ПМС	— предменструальный синдром
ПЦР	— полимеразная цепная реакция
ПЦР-РВ	— полимеразная цепная реакция в режиме реального времени
РДВ	— раздельное диагностическое выскабливание
СЗП	— свежезамороженная плазма
СПКЯ	— синдром поликистозных яичников
T <sub>3</sub>	— трийодтиронин
T <sub>4</sub>	— тироксин
ТТГ	— тиреотропный гормон
УЗИ	— ультразвуковое исследование
ФСГ	— фолликулостимулирующий гормон
ФУЗ	— фокусированный ультразвук
ХГ	— хорионический гонадотропин
ЦДК	— цветное доплеровское картирование
ЦНС	— центральная нервная система
ЭКГ	— электрокардиограмма
ЭКО	— экстракорпоральное оплодотворение
ЭМА	— эмболизация маточных артерий
СIN	— цервикальная интраэпителиальная неоплазия
17-ОНП	— 17-гидроксипрогестерон

## **ВВЕДЕНИЕ**

Умение решать тестовые задания и ситуационные задачи является неотъемлемой частью практического занятия по клинической дисциплине, такой как гинекология. Тестирование студентов позволяет за короткий промежуток времени объективно оценить знания студентов по изучаемым темам гинекологии, а разбор ситуационных задач позволяет развивать у студентов клиническое мышление.

«Сборник тестов и ситуационных задач по гинекологии» предназначен для обучения студентов 5 и 6 курсов всех факультетов. Содержит 11 базовых разделов в соответствии с учебной программой по дисциплине «Акушерство и гинекология для специальности Лечебное дело» высшего образования. Каждый раздел учебно-методического пособия содержит по 30 тестовых заданий для проверки исходного (входящего) уровня знаний по теме занятия и по 10 ситуационных задач. Тесты имеют по 5 вариантов ответа, из которых один правильный. Ситуационные задачи составлены в соответствии с конкретной клинической ситуацией. В каждой задаче поставлено 3 вопроса по наиболее вероятному диагнозу, оптимальному объему обследования пациента с целью подтверждения диагноза и лечебной тактике. Предложено 5 вариантов ответа, из которых один правильный. В конце пособия приведены правильные ответы, что позволит студентам самостоятельно проверить уровень своих знаний.

# ГЛАВА 1

## АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИНЫ. МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ

*Выберите один правильный вариант ответа*

**1. К нижнему отделу генитального тракта не относится:**

*Варианты ответа:*

- а) влагалище;
- б) шейка матки;
- в) большие железы преддверия влагалища;
- г) тело матки;
- д) малые половые губы.

**2. Оценивая анамнез, доктор обращает внимание на:**

*Варианты ответа:*

- а) перенесенные заболевания;
- б) цвет кожных покровов;
- в) уровень гемоглобина в анализе крови;
- г) менструальную функцию;
- д) характеристики шейки матки.

**3. Снижение секреторной функции слизистой влагалища наблюдается при:**

*Варианты ответа:*

- а) воспалительных процессах влагалища, матки;
- б) влагалищном дисбиозе;
- в) гипофункции яичников;
- г) эндометриозе шейки матки;
- д) внематочной беременности.

**4. Повышение секреторной функции слизистой влагалища наблюдается при:**

*Варианты ответа:*

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

**5. Для женского морфотипа характерны:**

*Варианты ответа:*

- а) широкий таз;
- б) хорошо выраженная мускулатура;

- в) широкий плечевой пояс;
- г) длинные конечности;
- д) плоское туловище.

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

*Варианты ответа:*

- а) прямой кишки;
- б) уретры, цервикального канала шейки матки, заднего свода влагалища;
- в) переднее-бокового свода влагалища;
- г) слизистой оболочки щеки;
- д) толстая капля крови.

**7. Забор материала для бактериоскопического исследования осуществляется:**

*Варианты ответа:*

- а) шпателем;
- б) маточным зондом;
- в) корнцангом;
- г) ложечкой Фолькмана;
- д) пальцем.

**8. Забор материала для бактериоскопического исследования осуществляется:**

*Варианты ответа:*

- а) после проведения ректо-абдоминального исследования;
- б) до вагинального исследования;
- в) после проведения кольпоскопии;
- г) после обработки влагалища раствором антисептика;
- д) не имеет принципиального значения.

**9. Слизистая оболочка влагалища представлена следующими словами клеток:**

*Варианты ответа:*

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

**10. К тестам функциональной диагностики не относятся:**

*Варианты ответа:*

- а) базальная температура;
- б) кульдоцентез;

- в) симптом зрачка;
- г) симптом натяжения шеечной слизи;
- д) подсчет кариопикнотического индекса.

**11. Базальная температура измеряется:**

*Варианты ответа:*

- а) в локтевом сгибе;
- б) в паховом сгибе;
- в) в подмышечной впадине;
- г) в прямой кишке;
- д) во влагалище.

**12. К моменту овуляции КПИ равен:**

*Варианты ответа:*

- а) 25–30 %;
- б) 15–20 %;
- в) 5–10 %;
- г) 70–80 %;
- д) 40–60 %.

**13. УЗИ в гинекологии не используется для:**

*Варианты ответа:*

- а) определения положения матки;
- б) определения структуры яичников;
- в) определения выраженности фимбрий маточных труб;
- г) определения размеров тела и шейки матки;
- д) оценки толщины и структуры слизистой оболочки матки.

**14. К инструментальным методам диагностики относятся:**

*Варианты ответа:*

- а) гистологическое исследование;
- б) цитологическое исследование;
- в) полимеразная цепная реакция;
- г) иммуноферментный анализ;
- д) биопсия шейки матки.

**15. Длина нормальной матки по зонду составляет:**

*Варианты ответа:*

- а) 3–4 см;
- б) 5–6 см;
- в) 7–8 см;
- г) 9–10 см;
- д) 11–12 см.

**16. Для цитологического исследования может быть использован весь материал, кроме полученного при:**

*Варианты ответа:*

- а) аспирационной биопсии из полости матки;
- б) биопсии шейки матки;
- в) мазке отпечатке из эндо- и экзоцервикса;
- г) кульдоцентезе;
- д) отпечатке ВМС.

**17. Гормональное исследование в репродуктивном периоде проводят:**

*Варианты ответа:*

- а) на 2–3 и 22–24 день цикла;
- б) на 5–6, 13–14 и 22 день менструального цикла;
- в) независимо от фазы цикла;
- г) на 19–21 день;
- д) методом парных определений через 2 недели.

**18. Положительная прогестероновая проба говорит о:**

*Варианты ответа:*

- а) выраженном дефиците эстрогенов;
- б) маточной форме аменореи;
- в) снижении продукции рилизинг-гормонов;
- г) нарушении функции гипоталамуса;
- д) отсутствии маточной формы аменореи.

**19. Отрицательная проба с эстрогеном и прогестероном свидетельствует о:**

*Варианты ответа:*

- а) нарушении функции гипофиза;
- б) маточной форме аменореи (аномалии развития, синехии);
- в) снижении количества андрогенов;
- г) нарушении функции гипоталамуса;
- д) снижении продукции прогестерона желтым телом.

**20. Функциональную пробу с дексаметазоном проводят для:**

*Варианты ответа:*

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

**21. Расширенная кольпоскопия включает в себя:**

*Варианты ответа:*

- а) пробу с КОН;
- б) пробу с 9 % уксусной кислотой;

- в) пробу Шиллера с раствором Люголя;
- г) пробу с кломифеном;
- д) кольпоскопию с прицельной биопсией.

**22. Гистероскопия позволяет диагностировать:**

*Варианты ответа:*

- а) субсерозную миому матки;
- б) субмукозную миому матки;
- в) трубно-перитонимальное бесплодие;
- г) синдром Штейна—Левинталя;
- д) трубную беременность.

**23. При помощи гистерорезектоскопии производится:**

*Варианты ответа:*

- а) резекция яичника;
- б) абляция эндометрия;
- в) забор асцитической жидкости;
- г) сальпингоовариолизис;
- д) аднексэктомия.

**24. Лапароскопия позволяет диагностировать:**

*Варианты ответа:*

- а) субсерозную миому матки;
- б) врожденную дисфункцию коры надпочечников;
- в) субмукозную миому матки;
- г) синдром Ашермана;
- д) железисто-фиброзный полип эндометрия.

**25. При помощи лапароскопии производится все, кроме:**

*Варианты ответа:*

- а) резекции яичника;
- б) абляции эндометрия;
- в) тотальной гистерэктомии;
- г) сальпингоовариолизиса;
- д) сакровагинопексии.

**26. Метросальпингография позволяет диагностировать все, кроме:**

*Варианты ответа:*

- а) аденомиоза;
- б) субмукозной миомы матки;
- в) параовариальной кисты яичника;
- г) трубно-перитонимального бесплодия;
- д) полипа эндометрия.

**27. Тесты функциональной диагностики позволяют определить:**

*Варианты ответа:*

- а) двухфазность менструального цикла;
- б) уровень эстрогенной насыщенности организма;
- в) уровень гестагенной насыщенности организма;
- г) наличие овуляции;
- д) все перечисленное.

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

*Варианты ответа:*

- а) действием прогестерона яичника на центр терморегуляции в гипоталамусе;
- б) действием прогестерона, который снижает теплоотдачу;
- в) интенсификацией биохимических процессов в матке;
- г) транзиторной гипертермической реакцией под влиянием прогестерона;
- д) всем перечисленным.

**29. Показанием для кульдоцентеза является:**

*Варианты ответа:*

- а) подозрение на нарушенную внематочную беременность;
- б) опухоль яичника;
- в) симптомы пельвиоперитонита;
- г) необходимость цитологической оценки асцита;
- д) все ответы верны.

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

*Варианты ответа:*

- а) для диагностики патологии эндометрия;
- б) при опухолях матки;
- в) при опухолях яичников;
- г) для дифференциальной диагностики локализации патологического процесса;
- д) все ответы верны.

### **Ситуационная задача № 1**

На профилактический осмотр детского гинеколога обратилась пациентка 11 лет. Жалоб не предъявляет.

ИЗ АНАМНЕЗА: первый ребенок в семье от срочных родов через естественные родовые пути. Росла и развивалась согласно возрасту, соматически здорова.

Данные гинекологического исследования: наружные половые органы развиты правильно, соответственно возрасту. Девственная плева кольцевидной формы, не нарушена.

РЕКТАЛЬНО: тело матки в antepositio, соответствует возрастной норме, плотное, безболезненное. Придатки не определяются.

В мазке из заднего свода влагалища определяются лейкоциты 4–5 в поле зрения, флора кокковая.

***Вопрос 1. Каким методом произведено исследование мазка?***

*Варианты ответа:*

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

***Вопрос 2. Данный мазок соответствует:***

*Варианты ответа:*

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

***Вопрос 3. Чем обусловлена у данной пациентки кокковая микрофлора влагалища?***

*Варианты ответа:*

- А. Материнская микрофлора, приобретенная интранатально.
- Б. Патогенная микрофлора в результате патологического процесса.
- В. Эстрогенной недостаточностью, предшествующей периоду полового созревания.
- Г. Иммуными нарушениями.
- Д. Все ответы верны.

**Ситуационная задача № 2**

На прием гинеколога обратилась пациентка 23 лет. Жалобы на периодический зуд, жжение в области наружных половых органов, обильные выделения, по поводу чего трижды за последние 6 месяцев получала лечение в виде местных противогрибковых препаратов с временным эффектом.

ИЗ АНАМНЕЗА: не замужем, половой партнер постоянный. С целью контрацепции применяет регулон 12 месяцев. Менструальная функция не нарушена. Страдает частыми вирусными заболеваниями респираторного тракта, запорами.

ОБЪЕКТИВНО: состояние удовлетворительное, пульс 72 в 1 мин, ритмичный, живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. При осмотре в зеркалах уретра не инфильтрирована, слизистая влагалища, шейки матки бледно-розового цвета, выделения обильные, серого цвета с неприятным запахом. При бимануальном исследовании: матка не увеличена, безболезненная при пальпации, придатки с обеих сторон не определяются, своды глубокие.

ПРИ БАКТЕРИОСКОПИИ мазков из уретры и канала шейки матки лейкоциты 6–10 в поле зрения, микрофлора кокковая, обнаружены «ключевые» клетки.

**Вопрос 1. Ваш диагноз?**

*Варианты ответа:*

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

**Вопрос 2. Чем обусловлены повторные эпизоды заболевания?**

*Варианты ответа:*

- А. Изменением гормонального фона при приеме КОК.
- Б. Отсутствием в терапии лекарственных средств, воздействующих на анаэробы.
- В. Снижением общей реактивности организма.
- Г. Нарушением дефекации.
- Д. Все ответы верны.

**Вопрос 3. Какое исследование позволяет более детально оценить биоценоз влагалища?**

*Варианты ответа:*

- А. Бактериологический.
- Б. ИФА.
- В. Качественная ПЦР.
- Г. ПЦР-РТ, «Фемофлор-16».
- Д. ПЦР-РТ, «Фемофлор-скрин».

**Ситуационная задача № 3**

Пациентка, 37 лет, обратилась на прием к гинекологу с жалобами на длительные обильные менструации в течение 3-х циклов.

ИЗ АНАМНЕЗА: менструальный цикл регулярный, 28–29 дней, длительность менструации последние 3 месяца составила 7–10 дней. Беременностей 4: родов 2 через естественные родовые пути, 2 — медицинских аборта путем выскабливания, без осложнений. Последний раз на приеме у гинеколога была 1 год назад — без патологии.

**ОБЪЕКТИВНО:** кожные покровы бледно-розовой окраски. Пульс 78 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных свойств. АД 120/80 мм рт. ст. В общем анализе крови гемоглобин 96 г/л. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Физиологические отправления в норме.

**ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ:** тело матки увеличено до 7–8 недель беременности, плотное безболезненное бугристое, подвижное. Придатки с обеих сторон не пальпируются.

**Вопрос 1. Какая причина нарушения менструальной функции наиболее вероятна?**

*Варианты ответа:*

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

**Вопрос 2. Какой из вышеперечисленных патологических процессов нельзя уточнить при помощи УЗИ органов малого таза?**

*Варианты ответа:*

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

**Вопрос 3. Какой метод исследования наиболее информативен с целью уточнения состояния эндометрия?**

*Варианты ответа:*

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

#### **Ситуационная задача № 4**

На прием по бесплодию обратилась пациентка 30 лет с жалобами на отсутствие беременности в течение 4 лет.

**ИЗ АНАМНЕЗА:** менструальная функция не нарушена, гинекологические заболевания отрицает. Замужем 6 лет, 2 года принимала трирегол с целью контрацепции, 4 года не предохраняется, беременностей не было. Неоднократно проходила гормональное обследование, УЗИ органов малого таза. Патологии не выявлено. Посткоитальный тест положительный. Спермограмма мужа в норме.

**ОБЪЕКТИВНО:** общее состояние удовлетворительное, вес 60 кг, рост 167 см.

**ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС:** влагалище без особенностей, шейка матки чистая, наружный зев точечный, матка в ретрофлексии, не увеличена, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются.

**Вопрос 1. Какой фактор бесплодия у данной пациентки с помощью проведенных исследований не исключен?**

*Варианты ответа:*

- А. Трубно-перитонеальный.
- Б. Эндокринный.
- В. Маточный.
- Г. Иммунный.
- Д. Мужской.

**Вопрос 2. Какой метод исследования является наиболее информативным для оценки проходимости маточных труб?**

*Варианты ответа:*

- А. Рентгеновская МСГ.
- Б. Соногистеросальпингография.
- В. Лапароскопия, хромосальпингография.
- Г. Гидротубации.
- Д. Гистероскопия.

**Вопрос 3. Какой период менструального цикла является предпочтительным для проверки проходимости маточных труб?**

*Варианты ответа:*

- А. С началом менструации (1-й день менструального цикла).
- Б. Фолликулярная фаза (6–10-й день цикла).
- В. Овуляторный период.
- Г. Период имплантационного окна (21–24 день цикла).
- Д. Независимо от дня менструального цикла.

### **Ситуационная задача № 5**

На прием к гинекологу обратилась пациентка 18 лет с жалобами на болезненные менструации.

**ИЗ АНАМНЕЗА:** менструации с 13 лет по 5–6 дней через 28–30 дней, умеренные, болезненные с периода менархе. Половой жизнью не живет.

**ОСМОТР НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ:** развиты правильно. Девственная плева фестончатой формы.

**РЕКТАЛЬНО:** матка в позиции retroflexio, не увеличена, плотная, безболезненная. Придатки не определяются.

**Вопрос 1. Какой предварительный диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Отсутствие патологического состояния.
- Б. Предменструальный синдром.
- В. Диспареуния.
- Г. Дисменорея.
- Д. Хронический сальпингит.

**Вопрос 2. Какова вероятная причина болезненных менструаций у данной пациентки?**

*Варианты ответа:*

- А. Аденомиоз.
- Б. Стеноз цервикального канала.
- В. Аномалия положения матки.
- Г. Врожденная аномалия развития гениталий с нарушением оттока менструальной крови.
- Д. Остеохондроз позвоночника.

**Вопрос 3. Какие методы обследования необходимо применить для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

- А. УЗИ органов малого таза.
- Б. Комплексное обследование на ИППП.
- В. Гистероскопию.
- Г. Зондирование цервикального канала и полости матки.
- Д. Все вышеперечисленные.

**Ситуационная задача № 6**

На прием обратилась пациентка 55 лет с жалобами на сухость во влагалище, периодические жжение, зуд, недержание мочи.

ИЗ АНАМНЕЗА: менопауза 6 лет, родов — 2 через естественные родовые пути. Из гинекологических заболеваний: диатермоконизация шейки матки по поводу умеренной дисплазии 15 лет назад.

ОБЪЕКТИВНО: состояние удовлетворительное, вес 70 кг, рост 168 см. АД 150/100 мм рт. ст., постоянно принимает гипотензивные препараты.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: при исследовании в зеркалах шейка матки конизирована; слизистая влагалища истончена, гиперемирована, легко ранима, выделения слизистые скудные. При бимануальном исследовании: матка уменьшена в размерах, подвижна, безболезненна, придатки не определяются.

**Вопрос 1. В каком возрастном периоде находится данная пациентка?**

*Варианты ответа:*

- А. Перименопаузальном.
- Б. Менопаузе.
- В. Пременопаузальном.
- Г. Постменопаузальном.
- Д. Старческом.

**Вопрос 2. Для какого состояния характерны симптомы, наблюдаемые у данной пациентки?**

*Варианты ответа:*

- А. Возрастная норма.
- Б. Прولاпс гениталий.
- В. Ранние симптомы климактерического синдрома.
- Г. Средневременные симптомы климактерического синдрома.
- Д. Поздние симптомы климактерического синдрома.

**Вопрос 3. Какое обследование необходимо провести?**

*Варианты ответа:*

- А. Микроскопию мазков на флору и степень чистоты влагалища.
- Б. Бактериологическое исследование.
- В. Комплексное уродинамическое исследование.
- Г. Онкоцитологическое исследование мазков из экзо- и эндоцервикса.
- Д. Все вышеперечисленные.

### **Ситуационная задача № 7**

Пациентка 17 лет обратилась на прием гинеколога с жалобами на редкие менструации, повышенный рост волос на теле.

**ИЗ АНАМНЕЗА:** росла и развивалась соответственно возрастным нормам. Соматически здорова. Менархе в 15 лет, менструации через 45–60 дней по 2–3 дня. Половой жизнью не живет.

**ОБЪЕКТИВНО:** рост 154 см, вес 56 кг, кожа жирная, угревая сыпь на лице, спине. Рост терминальных волос на верхней губе, подбородке, в области грудины. Молочные железы гипопластичны.

**ОСМОТР НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ:** развиты правильно, оволосение по мужскому типу, девственная плева не нарушена.

**РЕКТАЛЬНО:** тело матки в antepositio, соответствует возрастной норме, плотное, безболезненное. Придатки не определяются.

**Вопрос 1. Какова вероятная причина гипоменструального синдрома?**

*Варианты ответа:*

- А. Яичниковая гиперандрогения.

- Б. Надпочечниковая гиперандрогения.
- В. Гипогонадизм.
- Г. Гипоплазия матки.
- Д. Хронический эндометрит.

**Вопрос 2. Какое количество баллов повизуальной шкале Ферримана-Голлвея соответствует гирсутизму?**

*Варианты ответа:*

- А. 1–4.
- Б. 5 и более.
- В. 9 и более.
- Г. 15 и более.
- Д. 20 и более.

**Вопрос 3. Какие гормоны необходимо определить для уточнения источника избыточной продукции андрогенов?**

*Варианты ответа:*

- А. Эстрадиола, ФСГ, ЛГ.
- Б. Прогестерона во 2-ю фазу менструального цикла.
- В. Тестостерона.
- Г. Тестостерона, ДГЭА-С, 17-ОП, кортизола.
- Д. ФСГ, ЛГ, тестостерона, ДГЭА-С, кортизола.

### **Ситуационная задача № 8**

На прием к гинекологу обратилась пациентка 24 лет после самопроизвольного аборта 1 месяц назад с целью дообследования.

**ИЗ АНАМНЕЗА:** родилась недоношенной, перенесла корь, краснуху. Менархе в 15 лет, менструальный цикл через 35–40 дней, менструации по 3–4 дня, умеренные. Забеременела через 2 года от начала половой жизни без предохранения. На 5–6 неделе беременности появились схваткообразные боли, началось кровотечение, произошел неполный выкидыш. Выполнено выскабливание полости матки. Часто простудные заболевания.

**ОБЪЕКТИВНО:** астеничного телосложения, рост 158 см, вес 45 кг.

**ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС:** наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: шейка матки эрозирована, конической формы. Выделения из влагалища умеренные, слизистые.

**БИМАНУАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:** тело матки резко отклонено кпереди, несколько уменьшено в размерах, плотное, безболезненное. Придатки не определяются.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Задержка полового развития.

- Б. Аномалия развития матки: гипоплазия матки.
- В. Привычное невынашивание беременности неуточненного генеза.
- Г. СПКЯ.
- Д. Неклассическая форма врожденной дисфункции коры надпочечников.

**Вопрос 2. Какое исследование позволит уточнить диагноз?**

*Варианты ответа:*

- А. Гормональное исследование: ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон.
- Б. УЗИ органов малого таза.
- В. Гистероскопия.
- Г. Соногистерография.
- Д. Диагностическая лапароскопия.

**Вопрос 3. Какие размеры матки соответствуют ее гипоплазии?**

*Варианты ответа:*

- А. 44×37×43 мм.
- Б. 51×39×50 мм.
- В. 40×27×30 мм.
- Г. Все ответы верны.
- Д. Верно А, В.

### **Ситуационная задача № 9**

На специализированный прием гинеколога-эндокринолога обратилась пациентка 25 лет с жалобами на отсутствие менструации в течение 2-х лет.

ИЗ АНАМНЕЗА: росла и развивалась согласно возрасту, менархе в 12 лет. Два года назад без видимой причины прекратились менструации, не замужем, не было ни одной беременности.

ОБЪЕКТИВНО: состояние удовлетворительное, рост 164 см, вес 58 кг. В последнее время отмечает ухудшение зрения, головные боли. Фенотип женский.

Концентрация ФСГ в сыворотке крови 0,3 мМЕ/мл (норма 2–20), пролактин — 160 нг/мл (норма 2–25). Проба с гестагенами и эстрогенами положительная.

**Вопрос 1. Какая форма аменореи наиболее вероятна?**

*Варианты ответа:*

- А. Стрессовая.
- Б. Гипофизарная.
- В. Яичниковая.
- Г. Маточная.
- Д. Данное состояние по длительности симптомов не относится к аменорее.

**Вопрос 2. Основное дополнительное исследование для уточнения диагноза у данной пациентки?**

*Варианты ответа:*

- А. УЗИ органов малого таза.
- Б. Исследование глазного дна и полей зрения.
- В. Гистероскопия.
- Г. МРТ гипофиза.
- Д. Гормональная проба с парлоделом.

**Вопрос 3. При выявлении патологических изменений на МРТ гипофиза какой специалист определяет дальнейшую тактику?**

*Варианты ответа:*

- А. Акушер-гинеколог.
- Б. Офтальмолог.
- В. Невролог.
- Г. Эндокринолог.
- Д. Нейрохирург.

### **Ситуационная задача № 10**

Пациентка 30 лет доставлена в стационар с жалобами на острые боли внизу живота, головокружение.

ИЗ АНАМНЕЗА: менструальная функция не нарушена, 24-й день менструального цикла. Замужем, 1-е роды через естественные родовые пути. От беременности не предохранялась.

ОБЪЕКТИВНО: пульс 100 ударов в минуту, АД 100/60 мм рт. ст, температура тела 36,8 °С. Живот резко болезненный в правой подвздошной области, где определяется притупление перкуторного звука, определяется напряжение мышц передней брюшной стенки. Симптомы раздражения брюшины сомнительные.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС. При осмотре в зеркалах шейка матки чистая, выделения молочные умеренные. При бимануальном исследовании из-за резкой болезненности детальный осмотр матки и придатков затруднен. Задний свод влагалища нависает, движения за шейку матки резко болезненные.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Нарушенная трубная беременность.
- Б. Апоплексия яичника.
- В. Перекрут ножки опухоли яичника.
- Г. Некроз субсерозного миоматозного узла.
- Д. Перфорация гнойного образования придатков, пельвиоперитонит.

**Вопрос 2. Какое исследование малоинформативное для дифференциальной диагностики неотложных состояний в гинекологии?**

*Варианты ответа:*

- А. Общий анализ крови.
- Б. УЗИ органов малого таза.
- В. Кульдоцентез.
- Г. Диагностическая лапароскопия.
- Д. РДВ.

**Вопрос 3. Данные какого метода исследования противоречат диагнозу, установленному у данной пациентки?**

- А. При кульдоцентезе получено около 20 мл мутной серозной жидкости.
- Б. При УЗИ визуализируется значительное количество свободной жидкости в брюшной полости.
- В. При лапароскопии определяется кровоизлияние в правый яичник с разрывом его белочной оболочки и продолжающимся кровотечением.
- Г. В общем анализе крови: гемоглобин 90 г/л, эритроциты  $2,8 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты  $8,8 \times 10^9/л$ , лейкоцитарная формула: п-5, э-1, с-75, м-4, л-16.
- Д. При РДВ длина матки по зонду 8 см, получен умеренный соскоб из полости матки.

## ГЛАВА 2 МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ И ЕГО НЕЙРОГУМОРАЛЬНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ. НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

*Выберите один правильный вариант ответа*

**1. Сколько яйцеклеток созревает у женщины на протяжении репродуктивного периода:**

*Варианты ответа:*

- а) 100–150;
- б) 30000–50000;
- в) 350–400;
- г) около 1000;
- д) 1,5–2 млн.

**2. Параметры нормального менструального цикла у пациенток репродуктивного возраста:**

*Варианты ответа:*

- а) длительность цикла 24–38 дней, длительность менструации 3–8 дней, объем кровопотери 5–80 мл;
- б) длительность цикла 19–45 дней, длительность менструации 2–7 дней, объем кровопотери 40–80 мл;
- в) длительность цикла 21–45 дней, длительность менструации 3–8 дней, объем кровопотери 5–80 мл;
- г) длительность цикла 24–38 дней, длительность менструации 3–8 дней, объем кровопотери 80–100 мл;
- д) длительность цикла 24–38 дней, длительность менструации 2–4 дня, объем кровопотери 5–80 мл.

**3. На 1 уровне регуляции менструального цикла активными действующими веществами являются:**

*Варианты ответа:*

- а) эстрогены и прогестерон;
- б) ФСГ, ЛГ, пролактин;
- в) релизинг-гормоны;
- г) нейротрансмиттеры и нейропептиды;
- д) окситоцин и простагландины.

**4. На 2 уровне регуляции менструального цикла активными действующими веществами являются:**

*Варианты ответа:*

- а) эстрогены и прогестерон;

- б) ФСГ, ЛГ, пролактин;
- в) рилизинг-гормоны;
- г) нейротрансмиттеры и нейропептиды;
- д) окситоцин и простагландины.

**5. На 3 уровне регуляции менструального цикла активными действующими веществами являются:**

*Варианты ответа:*

- а) эстрогены и прогестерон;
- б) ФСГ, ЛГ, пролактин;
- в) рилизинг-гормоны;
- г) нейротрансмиттеры и нейропептиды;
- д) окситоцин и простагландины.

**6. Органами и тканями-мишенями для половых гормонов не является:**

*Варианты ответа:*

- а) эндотелий сосудов;
- б) гипоталамус;
- в) матка и маточные трубы;
- г) влагалище;
- д) жировая и костная ткань.

**7. Гормональная функция яичников не включает:**

*Варианты ответа:*

- а) синтез эстрогенов (эстрадиола, эстриола и эстрона);
- б) синтез прогестерона;
- в) синтез андрогенов;
- г) синтез пролактина;
- д) синтез окситоцина, ингибина, простагландинов, релаксина, ростовых факторов.

**8. Действие эстрогенов на эндометрий приводит к:**

*Варианты ответа:*

- а) пролиферации;
- б) секреторной трансформации;
- в) десквамации;
- г) развитию желез;
- д) атрофическим изменениям.

**9. Действие прогестерона на матку приводит к:**

*Варианты ответа:*

- а) пролиферации эндометрия;
- б) секреторной трансформации эндометрия;

- в) десквамации эндометрия;
- г) регенерации эндометрия;
- д) атрофии эндометрия.

**10. Маточный цикл состоит из фаз:**

*Варианты ответа:*

- а) десквамации, регенерации, пролиферации, секреции;
- б) фолликулярной;
- в) желтого тела;
- г) десквамации, пролиферации, секреции;
- д) пролиферации и секреции.

**11. Фазы яичникового цикла:**

*Варианты ответа:*

- а) фолликулярная, фаза желтого тела;
- б) лютеиновая;
- в) фолликулярная, лютеиновая;
- г) фолликулярная, овуляция, лютеиновая;
- д) примордиального, преантрального, доминантного фолликула.

**12. Основным критерием двухфазного менструального цикла является:**

*Варианты ответа:*

- а) правильный ритм менструации;
- б) время наступления первой менструации;
- в) особенность становления менструальной функции в период полового созревания;
- г) длительность менструального цикла;
- д) овуляция.

**13. Аменорея — это ...**

*Варианты ответа:*

- а) регулярные обильные длительные менструации;
- б) нерегулярные маточные кровотечения длительностью более 7 дней при кровопотере более 80 мл, ациклические маточные кровотечения, не связанные с менструальным циклом;
- в) отсутствие менструации в течение 6 месяцев у женщин репродуктивного периода вне беременности и лактации;
- г) отсутствие менструации в течение 3 месяцев у женщин репродуктивного периода вне беременности и лактации уменьшение продолжительности менструаций до 1–2 дней;
- д) редкие и скудные менструации.

**14. Для АМК верно все, кроме:**

*Варианты ответа:*

- а) АМК — любое маточное кровотечение, не отвечающее параметрам нормальной менструации женщины репродуктивного возраста;
- б) обильные менструальные кровотечения (ОМК) — регулярные, обильные и длительные менструации;
- в) межменструальные кровотечения (ММК) — нерегулярные маточные кровотечения между менструациями;
- г) АМК бывают острыми и хроническими;
- д) АМК не встречаются в постменопаузе.

**15. Основными органическими причинами АМК являются:**

*Варианты ответа:*

- а) polyp (полип);
- б) adenomyosis (аденомиоз);
- в) leiomyoma (лейомиома);
- г) malignancy (малигнизация) и hyperplasia (гиперплазия);
- д) все верно.

**16. Основными неорганическими причинами АМК являются все, кроме:**

*Варианты ответа:*

- а) coagulopathy (коагулопатия);
- б) ovulatory dysfunction (овуляторная дисфункция);
- в) endometrial (эндометриальное);
- г) adenomyosis (аденомиоз);
- д) iatrogenic (ятрогенное); not yet classified (еще не классифицировано).

**17. Наиболее частые причины АМК у подростков все, кроме:**

*Варианты ответа:*

- а) ановуляции при атрезии фолликулов;
- б) нарушении в системе гемостаза;
- в) рака эндометрия;
- г) прерывающейся беременности;
- д) инфекции.

**18. Причины АМК в репродуктивном возрасте:**

*Варианты ответа:*

- а) органическая патология матки и эндометрия (субмукозная миома матки, аденомиоз, полипы, гиперплазия эндометрия);
- б) хронический эндометрит;
- в) прием комбинированных оральных контрацептивов;
- г) прерывающаяся беременность;
- д) все верно.

**19. Причины АМК в перименопаузе:**

*Варианты ответа:*

- а) ановуляция при персистенции фолликула;
- б) органическая патология эндо- и миометрия;
- в) прерывающаяся беременность;
- г) рак эндометрия;
- д) все верно.

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

*Варианты ответа:*

- а) рак шейки матки;
- б) рак эндометрия;
- в) подслизистая миома матки;
- г) рак яичников;
- д) шеечная миома матки.

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

*Варианты ответа:*

- а) гистерэктомию с придатками матки;
- б) медикаментозное лечение, позволяющее женщинам сохранить репродуктивную функцию;
- в) аблацию эндометрия;
- г) надвлагалищную ампутацию матки без придатков;
- д) все верно.

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

*Варианты ответа:*

- а) комплексная гемостатическая терапия (антифибринолитики и гормональный гемостаз);
- б) симптоматический гемостаз (окситоцин и этамзилат);
- в) хирургический гемостаз (раздельное диагностическое выскабливание);
- г) хирургический гемостаз (гистерэктомия);
- д) немедикаментозные методы.

**23. Для проведения гормонального гемостаза преимущественно используются:**

*Варианты ответа:*

- а) антагонисты гонадотропных гормонов;
- б) низкодозированные монофазные КОК с современными прогестгенами (дезогестрел 150 мкг, гестоден 75 мкг, диеногест 200 мкг);
- в) а-ГнРГ;

- г) высокодозированные монофазные КОК;
- д) депо-формы гестагенов.

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

*Варианты ответа:*

- а) симптоматический гемостаз;
- б) гормональный гемостаз;
- в) хирургический гемостаз (раздельное диагностическое выскабливание) код контролем гистероскопии;
- г) хирургический гемостаз (гистерэктомия);
- д) фитогомеопатическая терапия.

**25. Для профилактики рецидивов АМК у подростков не применяется:**

*Варианты ответа:*

- а) циклическая гормонотерапия;
- б) КОК;
- в) абляция эндометрия;
- г) циклическая витаминотерапия;
- д) психотерапия и фитогомеопатические препараты.

**26. Для профилактики рецидивов АМК в перименопаузальном периоде применяются:**

*Варианты ответа:*

- а) гестагены в непрерывном режиме;
- б) фитогомеопатические препараты;
- в) КОК;
- г) гестагены во вторую фазу цикла;
- д) витаминотерапия.

**27. Для консервативного лечения АМК препаратом 1-й линии является:**

*Варианты ответа:*

- а) окситоцин;
- б) НПВС;
- в) транексамовая кислота окситоцин;
- г) аминокaproновая кислота;
- д) этамзилат натрия.

**28. Наиболее эффективными препаратами для лечения АМК являются все, кроме:**

*Варианты ответа:*

- а) ЛНГ-ВМС (Мирена);
- б) КОК с динамическим режимом дозирования;

- в) депо-инъекции или имплантов гестагенов;
- г) КОК и антифибринолитиков;
- д) препаратов, стимулирующих сосудисто-тромбоцитарный гемостаз.

**29. Консервативно-хирургические методы лечения АМК (абляция эндометрия) не показаны при:**

*Варианты ответа:*

- а) рецидивирующих гиперпролиферативных процессах эндометрия;
- б) при наличии противопоказаний к гормонотерапии;
- в) при раке эндометрия;
- г) при наличии у пациентки коагулопатии;
- д) при отсутствии эффекта от гормонотерапии.

**30. Гистерэктомия для лечения АМК показана:**

*Варианты ответа:*

- а) при выявлении атипической гиперплазии эндометрия;
- б) при неэффективности гормонотерапии;
- в) при неэффективности малоинвазивных хирургических методов;
- г) при сочетанной патологии матки;
- д) все верно.

### **Ситуационная задача № 1**

Пациентка 45 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на умеренные кровянистые выделения из половых путей, которые появились после задержки очередной менструации на 1,5 мес.

ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: шейка матки не эрозирована, матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная, придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненные, своды глубокие.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Прерывающаяся маточная беременность.
- Б. АМК овуляторная дисфункция.
- В. Нарушения коагуляции.
- Г. Аденомиоз.
- Д. Миома матки.

**Вопрос 2. Необходимый объем обследований для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

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

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

**Вопрос 3. Какое лечение назначить данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

- А. Депо-формы гестагенов.
- Б. Здоровый образ жизни, диета, фитогомеопатическое лечение, при отсутствии атипической гиперплазии — гестагены в лютеиновую фазу или в непрерывном режиме.
- В. Левоноргестрел содержащая-внутриматочная система (ЛНГ-ВМС).
- Г. Здоровый образ жизни, диета, фитогомеопатическое лечение.
- Д. Гистерэктомия с целью профилактики рака эндометрия.

**Ситуационная задача № 2**

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

**ОБЪЕКТИВНО:** кожные покровы бледные, пульс 86 в 1 мин, ритмичный, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Нормального телосложения, вторичные половые признаки хорошо выражены, ИМТ 26,4.

**ОАК:** уровень гемоглобина 100 г/л, гематокрит 30 %.

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

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Прерывающаяся маточная беременность.
- Б. АМК: в ювенильном периоде.
- В. АМК: нарушения коагуляции.
- Г. АМК: аденомиоз.
- Д. АМК: миома матки.

**Вопрос 2. Необходимый объем обследований для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

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

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

**Вопрос 3. Какой гемостаз назначить данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

- А. Симптоматический гемостаз (окситоцин и этамзилат).
- Б. Комплексная гемостатическая терапия (антифибринолитики и гормональный гемостаз).
- В. Хирургический гемостаз (раздельное диагностическое выскабливание).
- Г. Хирургический гемостаз (гистерэктомия).
- Д. Немедикаментозные методы.

**Ситуационная задача № 3**

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

**ОБЪЕКТИВНО:** состояние удовлетворительное. Рост — 165 см, масса тела — 66 кг, индекс массы тела — 24,2. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 68 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных свойств. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Физиологические отправления в норме.

**ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ:** гинекологической патологии не выявлено.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

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

**Вопрос 2. Необходимый объем обследований для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

- А. ОАК с тромбоцитами, коагулограмма, УЗИ, гистероскопия, биопсия эндометрия.
- Б. УЗИ с доплерометрией.
- В. Трансвагинальное УЗИ, соногистерография, ОАК.
- Г. ОАК, коагулограмма, УЗИ, консультация дерматовенеролога.
- Д. ОАК с тромбоцитами, коагулограмма, УЗИ, гистероскопия, биопсия эндометрия, определение уровня половых гормонов.

**Вопрос 3. Какое лечение назначить данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

- А. Дальнейший прием гризеофульвина не показан.
- Б. Продолжить прием гризеофульвина, наблюдение у гинеколога.
- В. Продолжить прием гризеофульвина, наблюдение у дерматовенеролога и гинеколога.
- Г. Лечение КОК.
- Д. Все верно.

**Ситуационная задача № 4**

Пациентка 34 лет пришла на прием к гинекологу с жалобами на обильные длительные менструации. Менструальный цикл регулярный.

**ОБЪЕКТИВНО:** состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 82 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных свойств. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Физиологические отправления в норме.

**ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ:** влагалище и шейка матки не изменены. Тело матки увеличено в размерах до 6 недель беременности, шаровидной формы, плотное, подвижное, чувствительное при пальпации. Придатки с обеих сторон не изменены, своды свободные. Выделения светлые в незначительном количестве.

**ПРИ ПРОВЕДЕНИИ УЗИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА** на 7-й день менструального цикла: тело матки расположение в anteflexio, размер 54×62×53 мм, структура миометрия диффузно неоднородная, толщина передней стенки превышает толщину задней, объемные образования не визуализируются. М-эхо — 5 мм, однородное. Структура шейки матки без особенностей, цервикальный канал не расширен, яичники расположены в типичном месте, объем правого — 5,6 см<sup>3</sup>, левого — 4,9 см<sup>3</sup>.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

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

**Вопрос 2. Необходимый объем обследований для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

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

Г. ОАК, коагулограмма, УЗИ.

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

**Вопрос 3. Какое лечение назначить данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

А. ЛНГ-ВМС.

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

В. Абляция эндометрия.

Г. Гистерэктомия.

Д. КОК.

**Ситуационная задача № 5**

Пациентка 23 лет предъявляет жалобы на задержку очередной менструации на 18 дней. Нарушение менструальной функции отмечает впервые. Половая жизнь регулярная, от беременности не предохраняется.

ПРИ ОСМОТРЕ: состояние удовлетворительное, живот мягкий, безболезненный. Пульс 72 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст.

Тест на хорионический гонадотропин в моче положительный.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

А. Беременность.

Б. АМК в подростковом периоде.

В. Овуляторная дисфункция.

Г. Вторичная патологическая аменорея.

Д. Трофобластическая болезнь.

**Вопрос 2. Необходимый объем обследований для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

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

Б. УЗИ.

В. Трансвагинальное УЗИ, соногистерография, ОАК.

Г. ОАК, коагулограмма, УЗИ.

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

**Вопрос 3. Какое лечение назначить данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

А. КОК для нормализации ритма менструаций.

Б. Гестагены в течение 14 дней для исключения маточной аменореи.

- В. Диспансерное наблюдение по беременности.
- Г. Консультация эндокринолога.
- Д. Консультация онколога.

### **Ситуационная задача № 6**

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

**ОБЪЕКТИВНО:** состояние удовлетворительное, кожные покровы розовые, пульс 72 в 1 мин, АД 140/90 мм рт. ст.

**ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ** патологии не выявлено.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

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

**Вопрос 2. Необходимый объем обследований для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

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

**Вопрос 3. Какой гемостаз назначить данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

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

### Ситуационная задача № 7

Пациентка, 62 года, пришла на прием к гинекологу с жалобами на периодические мажущие кровянистые выделения. Менопауза в 52 года.

ОБЪЕКТИВНО: состояние удовлетворительное. Рост — 168 см, масса тела — 88 кг, индекс массы тела — 31,2.

ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: гинекологической патологии не выявлено

ПРИ УЗИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА: тело матки расположено в retroflexio, размер 45×52×43 мм, структура миометрия однородная, М-эхо — 10 мм, неоднородное. Структура шейки матки без особенностей, цервикальный канал не расширен, яичники расположены в типичном месте, объем правого — 1,5 см<sup>3</sup>, левого — 1,3 см<sup>3</sup>.

#### **Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Рак шейки матки.
- Б. Рак эндометрия.
- В. Подслизистая миома матки.
- Г. Рак яичников.
- Д. Гинекологическая патология отсутствует.

#### **Вопрос 2. Необходимый объем обследований для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

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

#### **Вопрос 3. Какое лечение назначить данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

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

### Ситуационная задача № 8

Пациентка, 32 года, пришла на прием к гинекологу с жалобами на обильные менструации, периодические межменструальные мажущие кровянистые выделения. Менструальный цикл регулярный, 26–28 дней.

**ОБЪЕКТИВНО:** состояние удовлетворительное, по органам и системам — без особенностей. Рост — 168 см, масса тела — 68 кг, индекс массы тела — 24.

**ПРИ УЗИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА** на 6-й день менструального цикла: тело матки расположено в retroflexio, размеры 45×52×43 мм, структура миометрия однородная, М-эхо — 5,5 мм, неоднородное, по задней стенке визуализируется образование размером 8×9 мм. Структура шейки матки без особенностей, цервикальный канал не расширен, яичники расположены в типичном месте, объем правого 5,1 см<sup>3</sup>, левого — 4,9 см<sup>3</sup>.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

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

**Вопрос 2. Необходимый объем обследований для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

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

**Вопрос 3. Какое лечение назначить данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

- А. Аблиция эндометрия.
- Б. Гистеректомия.
- В. Полипэктомия.
- Г. КОК.
- Д. ЛНГ-ВМС.

**Ситуационная задача № 9**

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

ИЗ АНАМНЕЗА: менархе 12 лет, менструации регулярные через 28–29 дней по 5–6 дней. Пациентка живет половой жизнью, методы контрацепции не использует.

ОБЪЕКТИВНО: общее состояние удовлетворительное, пульс 72 удара в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах, симптом Щеткина—Блюмберга отрицательный.

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

***Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?***

*Варианты ответа:*

- А. Беременность 7 недель. Аборт в ходу.
- Б. АМК: пубертатного периода.
- В. АМК: нарушения коагуляции.
- Г. АМК: аденомиоз.
- Д. АМК: миома матки.

***Вопрос 2. Необходимый объем обследований для уточнения диагноза?***

*Варианты ответа:*

- А. ОАК с тромбоцитами, коагулограмма, группа крови и резус-принадлежность, УЗИ.
- Б. ОАК с тромбоцитами, коагулограмма, УЗИ, гистероскопия, биопсия эндометрия, определение уровня половых гормонов.
- В. Трансвагинальное УЗИ, соногистерография, гистероскопия.
- Г. Биопсия эндометрия.
- Д. Тест на беременность.

***Вопрос 3. Какое лечение назначить данной пациентке?***

*Варианты ответа:*

- А. Гормональный гемостаз.
- Б. Медикаментозный гемостаз.
- В. Кюретаж полости матки, лечение постгеморрагической анемии.
- Г. Гистеректомия.
- Д. Терапия по сохранению беременности.

**Ситуационная задача № 10**

Пациентка 15 лет пришла на прием к гинекологу с жалобами на обильные и длительные (до 10–14 дней) менструации.

ИЗ АНАМНЕЗА: менструации регулярные через 28–29 дней. Отмечает 2–3 раза в месяц носовые кровотечения, частая кровоточивость десен. Половую жизнь отрицает.

ОБЪЕКТИВНО: состояние удовлетворительное. Рост — 164 см, масса тела — 58 кг, индекс массы тела — 21,5.

ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ: девственная плева целая, бахромчатая. Выделения из половых путей слизистые умеренные. При ректоабдоминальном исследовании: матка нормальных размеров, плотная, безболезненная, придатки с обеих сторон не увеличены.

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ УЗИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА патологии не выявлено.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. АМК: овуляторная дисфункция.
- Б. АМК: полип.
- В. АМК: нарушения коагуляции.
- Г. АМК: аденомиоз.
- Д. АМК: миома матки.

**Вопрос 2. Необходимый объем обследований для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

- А. ОАК с тромбоцитами, коагулограмма, агрегатограмма, группа крови и резус-принадлежность, УЗИ, консультация гематолога.
- Б. ОАК с тромбоцитами, коагулограмма, УЗИ, гистероскопия, биопсия эндометрия, определение уровня половых гормонов.
- В. Трансвагинальное УЗИ, соногистерография, гистероскопия.
- Г. Биопсия эндометрия.
- Д. Тест на беременность.

**Вопрос 3. Какое лечение назначить данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

- А. Гормональный гемостаз.
- Б. Лечение у гематолога и гинеколога (в дни менструации-антифибринолитики, комбинированные эстроген-гестагенные низкодозированные оральные контрацептивы на 3–6 мес.).
- В. Кюретаж полости матки, лечение постгеморрагической анемии.
- Г. Гистерэктомия.
- Д. Терапия по сохранению беременности.

## ГЛАВА 3

# НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ СИНДРОМЫ В ГИНЕКОЛОГИИ

*Выберите один правильный вариант ответа*

**1. К нейроэндокринным синдромам относятся все, кроме:**

*Варианты ответа:*

- а) ПМС;
- б) синдрома Шерешевского—Тернера;
- в) посткастрационного синдрома;
- г) синдрома Штейна—Левенталя;
- д) послеродовый пангипопитуитаризм.

**2. В этиопатогенезе ПМС выделяют:**

*Варианты ответа:*

- а) повышенное содержание пролактина;
- б) избыток эстрогенов во вторую фазу менструального цикла;
- в) гиперпростагландинемию;
- г) недостаточность магния и витамина В<sub>6</sub>;
- д) все ответы верны.

**3. К клиническим формам ПМС не относится:**

*Варианты ответа:*

- а) цефалгическая;
- б) кризовая;
- в) обменно-эндокринная;
- г) отечная;
- д) психовегетативная.

**4. Для кризовой формы ПМС характерно:**

*Варианты ответа:*

- а) паническая атака с повышением АД, сердцебиение, озноб, чувство сдавления за грудиной в виде ишемии;
- б) боль за грудиной давящего характера, сопровождающаяся изменениями на ЭКГ;
- в) головная боль пульсирующего характера, сопровождающаяся тошнотой, рвотой, светобоязнью;
- г) плаксивость, агрессивность, повышенная чувствительность к звукам и запахам;
- д) приступы удушья, снимаемые вдыханием гормональных лекарственных средств.

**5. Для диагностики ПМС применяют все, кроме:**

*Варианты ответа:*

- а) общего анализа крови, общего анализа мочи;
- б) оценки выделительной функции почек (мочевина, креатинин, проба Реберга—Тореева);
- в) эхоэлектроэнцефалограммы;
- г) рентгенографии черепа, МРТ головного мозга;
- д) ЭКГ.

**6. Лечение ПМС включает:**

*Варианты ответа:*

- а) диету с ограничением углеводов, животных жиров, чая, кофе, молока, физическую нагрузку;
- б) психотерапию, антидепрессанты, анксиолитики;
- в) КОК, прогестиновые оральные контрацептивы;
- г) нестероидные противовоспалительные лекарственные средства, мочегонные, антигистаминные, витаминотерапию;
- д) все выше перечисленное.

**7. Причиной повышенной продукции пролактина может быть:**

*Варианты ответа:*

- а) опухоль коры надпочечников;
- б) доброкачественные заболевания молочной железы;
- в) опухоли гипофиза;
- г) применение агонистов дофамина;
- д) удаление яичников в репродуктивном возрасте.

**8. В клинической картине при гиперпролактинемии не характерно:**

*Варианты ответа:*

- а) головные боли;
- б) галакторея;
- в) аменорея;
- г) АМК;
- д) бесплодие.

**9. Для гиперпролактинемии характерны следующие гормональные изменения:**

*Варианты ответа:*

- а) повышение эстрадиола и прогестерона;
- б) высокие уровни ФСГ и ЛГ;
- в) повышение Т3, Т4, снижение ТТГ;
- г) повышение уровня пролактина;
- д) верно б, в, г.

**10. Признаками пролактиномы гипофиза являются:**

*Варианты ответа:*

- а) уровень пролактина выше 3000 мМЕ/л;
- б) битемпоральное сужение полей зрения;
- в) частые головные боли;
- г) изменения на КТ, МРТ;
- д) все ответы верны.

**11. При функциональной гиперпролактинемии лечение проводят:**

*Варианты ответа:*

- а) КОК на 12 месяцев;
- б) агонистами дофамина (бромкриптин, каберголин);
- в) психотерапию, антидепрессанты, анксиолитики;
- г) рентгенотерапию, телегамматерапию;
- д) а-ГнРГ на 3 месяца.

**12. Для синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) характерно:**

*Варианты ответа:*

- а) двустороннее уменьшение яичников;
- б) гиперандрогения;
- в) соотношение ЛГ/ФСГ менее 2,5;
- г) привычное невынашивание беременности;
- д) АМК.

**13. В патогенезе СПКЯ выделяют:**

*Варианты ответа:*

- а) инсулинорезистентность;
- б) нарушение цирхорального ритма выделение ГнРГ;
- в) дисрегуляцию цитохрома P450c17;
- г) овариальную гиперандрогению и снижение синтеза эстрадиола;
- д) все ответы верны.

**14. В клинической картине СПКЯ наблюдаются все симптомы, кроме:**

*Варианты ответа:*

- а) галактореи;
- б) ожирения;
- в) олиго-, аменореи;
- г) гирсутизма;
- д) бесплодия.

**15. Для диагностики СПКЯ необходимо провести:**

*Варианты ответа:*

- а) УЗИ;
- б) гормональное исследование;

- в) биохимический анализ крови;
- г) все верно;
- д) верно а, б.

**16. На первом этапе лечения СПКЯ назначают:**

*Варианты ответа:*

- а) низкокалорийную диету, метформин, ингибиторы липаз;
- б) лапароскопическую резекцию 2/3 яичников;
- в) стимулятор овуляции кломифен;
- г) монофазные КОК;
- д) прогестагены во вторую фазу менструального цикла.

**17. ВДКН — это ...**

*Варианты ответа:*

- а) гормональноактивная аденома гипофиза (кортикотропинома);
- б) генетически детерминированный дефицит 21-гидроксилазы, участвующей в синтезе кортизола;
- в) андрогенпродуцирующая опухоль надпочечников;
- г) надпочечниковая гипоандрогения;
- д) все ответы верны.

**18. К клиническим формам ВДКН не относится:**

*Варианты ответа:*

- а) сольтеряющая;
- б) простая вирильная;
- в) постпубертатная;
- г) отечная;
- д) все относятся.

**19. Гормональные изменения при ВДКН:**

*Варианты ответа:*

- а) повышение уровня кортизола;
- б) повышение уровней ЛГ и ФСГ, соотношение ЛГ/ФСГ более 2,5;
- в) повышение уровней 17-ОНП, ДГЭА-С;
- г) снижение тестостерона и эстрадиола;
- д) снижение АКТГ.

**20. Для дифференциальной диагностики вирильных синдромов (СПКЯ, ВДКН) проводят:**

*Варианты ответа:*

- а) УЗИ органов малого таза;
- б) гормональные исследования;
- в) КТ, МРТ гипофиза, надпочечников;
- г) пробу с дексаметазоном;
- д) все ответы верны.

**21. Лечение ВДКН проводят:**

*Варианты ответа:*

- а) регулоном;
- б) фемостоном 1/5;
- в) дексаметазоном;
- г) кломифеном;
- д) метформином.

**22. Синдром Шихана развивается в результате:**

*Варианты ответа:*

- а) генетически детерминированного дефицита 21-гидроксилазы, участвующей в синтезе кортизола;
- б) снижения дофаминового контроля выработки пролактина;
- в) нарушения чувствительности тканей к инсулину;
- г) некротических изменений в гипофизе при массивном акушерском кровотечении;
- д) дефицита ферментных систем яичников.

**23. Ранним симптомом синдрома Шихана является:**

*Варианты ответа:*

- а) стойкая агалактия после родов;
- б) ночная галакторея;
- в) выраженная отечность лица, конечностей;
- г) аменорея;
- д) гипотрофия половых органов.

**24. В лечении синдрома Шихана применяют:**

*Варианты ответа:*

- а) циклическую гормонотерапию эстрогенами и гестагенами;
- б) L-тироксин;
- в) глюкокортикоиды;
- г) анаболические стероиды;
- д) все вышеперечисленные.

**25. Прекращение менструаций в возрасте 37–40 лет без хирургического и иного вмешательства — это ...**

*Варианты ответа:*

- а) климактерический синдром;
- б) посткастрационный синдром;
- в) синдром истощения яичников;
- г) преждевременная менопауза;
- д) искусственная менопауза.

**26. В основе патогенеза климактерического синдрома:**

*Варианты ответа:*

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

**27. К поздним клиническим проявлениям климактерического синдрома относят:**

*Варианты ответа:*

- а) депрессию;
- б) приливы жара;
- в) остеопороз;
- г) частое мочеиспускание;
- д) сухость кожи, ломкость ногтей.

**28. Тяжесть климактерического синдрома определяют по:**

*Варианты ответа:*

- а) числу приливов за сутки;
- б) количеству и разнообразию симптомов;
- в) уровню снижения эстрадиола;
- г) уровню повышения ФСГ;
- д) времени после последней менструации.

**29. Для посткастрационного синдрома не характерно:**

*Варианты ответа:*

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

**30. Для заместительной(менопаузальной) гормональной терапии применяют:**

*Варианты ответа:*

- а) фемостон 2/10;
- б) регулон;
- в) анжелик;
- г) климара;
- д) дивигель.

## Ситуационная задача № 1

Пациентка 32 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на выраженные головные боли, головокружение, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, отеком век, лица, раздражительность, появляющиеся за неделю до менструации.

ИЗ АНАМНЕЗА: в 10 лет была закрытая черепно-мозговая травма. Менархе в 12 лет, менструации по 5–6 дней через 28 дней, умеренные, болезненные в первый день. Не замужем, беременностей не было. Головные боли появились около 2 лет назад.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: шейка матки чистая, матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная, придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненные, своды глубокие.

### **Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Дисменорея.
- Б. Аденома гипофиза (пролактинома).
- В. Мигрень.
- Г. Предменструальный синдром.
- Д. Арахноидит.

### **Вопрос 2. Необходимый объем обследований для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

- А. УЗИ органов малого таза, уровень пролактина в крови.
- Б. ЭхоЭГ, реоэнцефалография, МРТ головного мозга, консультация невролога.
- В. ЭхоЭГ, реоэнцефалография, МРТ головного мозга, уровень пролактина в крови, оценка глазного дна и полей зрения, консультация невролога.
- Г. Определение уровня половых гормонов, рентгенография черепа и шейного отдела позвоночника.
- Д. МРТ головного мозга, консультация нейрохирурга.

### **Вопрос 3. Какое лечение назначить данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

- А. Антигистаминные лекарственные средства, верошпирон.
- Б. Диета, физиотерапия, психотерапия, седативные и транквилизаторы, НПВС, ноотропы, средства улучшающие обмен нейромедиаторов в ЦНС, бромкриптин при повышении пролактина.
- В. КОК.
- Г. а-ГнРГ 6 мес.
- Д. Диета, физиотерапия, психотерапия, мастодинон, гестагены с 16 по 25 день менструального цикла.

## Ситуационная задача № 2

Пациентка 38 лет обратилась к гинекологу с жалобами на вздутие живота, нагрубание и болезненность молочных желез, отечность лица и голеней, повышенную утомляемость, сердцебиение, подъемы артериального давления.

ИЗ АНАМНЕЗА: менструации с 13 лет, через 28–29 дней, по 4–5 дней, умеренные. Заболела около 3 лет назад, когда появилось нагрубание молочных желез накануне менструации. С годами количество и выраженность симптомов нарастают, появляются за 10–12 дней до менструации и прекращаются с ее окончанием. В анамнезе 2 родов. Беременности не планирует.

ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ: патологических изменений не выявлено.

### **Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Дисменорея.
- Б. Предменструальный синдром легкой степени тяжести, стадия компенсации.
- В. Предменструальный синдром легкой тяжести, стадия субкомпенсации.
- Г. Предменструальный синдром тяжелое течение, стадия субкомпенсации.
- Д. Предменструальный синдром тяжелое течение, стадия декомпенсации.

### **Вопрос 2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?**

*Варианты ответа:*

- А. Мастопатией.
- Б. Дисменореей.
- В. Хроническими заболеваниями почек.
- Г. Хронической артериальной гипертензией.
- Д. Все вышеперечисленные.

### **Вопрос 3. Какое гормональное лечение в комплексной терапии не применяется при данной патологии?**

*Варианты ответа:*

- А. Натуральные эстрогены (прогинова, дивигель).
- Б. Прогестерон местно на область молочных желез.
- В. Пролонгированная прогестероновая контрацепция (подкожное введение импланона).
- Г. КОК с дроспиреноном.
- Д. а-ГнРГ.

### Ситуационная задача № 3

На прием к гинекологу обратилась пациентка 35 лет с жалобами на отсутствие менструации в течение 12 месяцев, постоянные головные боли.

ИЗ АНАМНЕЗА: 2 родов, 1 медицинский аборт без осложнений. За последний год масса тела увеличилась на 10 кг. Хронические соматические заболевания отрицает. Каких-либо лекарств в течение года не принимала.

ОБЪЕКТИВНО: рост 162 см, вес 83 кг, пульс 60 уд/мин, АД 100/60 мм рт. ст.

ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: тело матки не увеличено, подвижно, безболезненно. Придатки с обеих сторон не пальпируются.

Гормональные исследования: пролактин — 55 нг/мл (норма 5,1–26,5), ТТГ — 20 мЕд/л (норма 0,3–4,2), Т4 свободный — 3,8 пмоль/л (норма 9,0–22,0).

#### **Вопрос 1. Какова причина аменореи у данной пациентки?**

*Варианты ответа:*

- А. Пролактинома гипофиза.
- Б. Функциональная гиперпролактинемия.
- В. Прогестероновая недостаточность.
- Г. Первичный гипотиреоз.
- Д. Ожирение.

#### **Вопрос 2. Необходимый объем обследований для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

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

#### **Вопрос 3. Какой препарат является основным для лечения данной пациентки?**

*Варианты ответа:*

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

### Ситуационная задача № 4

На прием к гинекологу обратилась пациентка 23 лет с жалобами на редкие скудные менструации, увеличение веса.

ИЗ АНАМНЕЗА: менархе в 12 лет. Менструации по 3–4 дня, через 45–60 дней скудные, безболезненные. Беременностей не было.

**ОБЪЕКТИВНО:** рост 160 см, вес 85 кг, АД 140/100 мм рт. ст., ОТ/ОБ=0,86, кожа жирная, угревая сыпь на лице, рост единичных терминальных волос в области подбородка, верхней губы.

**ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ:** тело матки несколько уменьшено в размерах, подвижное, безболезненное. В области придатков справа и слева пальпируются образования 4×4 см, тугоэластической консистенции, подвижные, безболезненные. Своды глубокие. Выделения светлые в незначительном количестве.

**Вопрос 1. Какова наиболее вероятная причина нарушения менструального цикла?**

*Варианты ответа:*

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

**Вопрос 2. Необходимый объем обследований для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

- А. УЗИ органов малого таза, уровень тестостерона, кортизола, ЛГ/ФСГ, ДГЭА-С, 17-ОНП, биохимический анализ крови.
- Б. МРТ органов малого таза, головного мозга.
- В. Трансвагинальное УЗИ, соногистерография.
- Г. УЗИ-мониторинг созревания фолликулов, уровень эстрадиола, прогестерона, пролактина, ТТГ, ЛГ, ФСГ.
- Д. Гистероскопия, диагностическая лапароскопия.

**Вопрос 3. Какие мероприятия и (или) препараты не войдут в комплексное лечение данной пациентки?**

*Варианты ответа:*

- А. Бигуаниды (метформин).
- Б. Натуральные эстрогены (прогинова, дивигель).
- В. КОК с антиандрогенным действием.
- Г. Снижение веса (диета, физическая нагрузка, статины).
- Д. Гипотензивные лекарственные средства.

### **Ситуационная задача № 5**

На прием к гинекологу обратилась пациентка 25 лет с жалобами на редкие менструации, повышенный рост волос на лице.

**ИЗ АНАМНЕЗА:** менархе в 13 лет. Менструации по 5–6 дня, через 40–90 дней скудные, безболезненные. Беременностей не было.

**ОБЪЕКТИВНО:** рост 166 см, вес 60 кг, АД 120/80 мм рт. ст., ОТ/ОБ=0,73, кожа жирная, повышенный рост волос на бедрах, по белой линии живота, около 10 терминальных волос в области подбородка, верхней губы.

**ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ:** тело матки 44×27×30 мм, спереди, М-эхо 7 мм, правый яичник 40×43×38 мм с множеством анэхогенных включений 5–8 мм, левый яичник 45×40×39 мм аналогичной структуры. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

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

**Вопрос 2. Какие исследования позволят определить источник гиперандрогении?**

*Варианты ответа:*

- А. Тесты функциональной диагностики.
- Б. Диагностическая лапароскопия.
- В. Уровень тестостерона, ДГЭА-С, 17-ОНП, кортизола, отношение ЛГ/ФСГ, проба с дексаметазоном.
- Г. МРТ надпочечников и гипофиза.
- Д. Все вышеперечисленные.

**Вопрос 3. Какое лечение необходимо назначить данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

- А. Бигуаниды (метформин).
- Б. Стимуляторы овуляции (кломифен).
- В. Лечебная лапароскопия.
- Г. КОК с антиандрогенным действием.
- Д. Все выше перечисленное.

**Ситуационная задача № 6**

Пациентка 17 лет обратилась на прием гинеколога с жалобами на отсутствие менструаций.

**ИЗ АНАМНЕЗА:** росла и развивалась быстрее сверстников, активно и успешно занимается спортом. Детские заболевания отрицает. Половой жизнью не живет.

**ОБЪЕКТИВНО:** рост 158 см, вес 55 кг, широкие плечи, узкий таз, молочные железы гипоплазированы, рост терминальных волос на бедрах,

спине, груди, по белой линии живота, в области подбородка, верхней губы. Пульс 72 удара в минуту, АД 110/70 мм рт. ст.

ОСМОТР НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ: развиты правильно, оволосение по мужскому типу.

ПРИ РЕКТО-АБДОМИНАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: патологии со стороны гениталий не выявлено.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. ВДКН классическая форма.
- Б. ВДКН неклассическая форма.
- В. Андрогенпродуцирующая опухоль яичников.
- Г. Конституциональная гиперандрогения.
- Д. СПКЯ без метаболического синдрома.

**Вопрос 2. Какие изменения гормонального статуса предполагаются у данной пациентки?**

*Варианты ответа:*

- А. ЛГ/ФСГ > 2,5, повышен тестостерон.
- Б. Повышены уровни 17-ОНП, ДГЭА-С, АКТГ, снижен кортизол.
- В. Снижены уровни эстрадиола и прогестерона, повышены уровни ФСГ и ЛГ.
- Г. Повышены уровни пролактина, ТТГ.
- Д. Пробы с дексаметазоном и АКТГ отрицательные.

**Вопрос 3. Какое первоочередное лечение необходимо назначить данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

- А. ЗГТ эстроген-гестагенными препаратами.
- Б. Стимуляторы овуляции (кломифен).
- В. Лечебная лапароскопия.
- Г. Дексаметазон.
- Д. КОК с антиандрогенным лечением.

**Ситуационная задача № 7**

Пациентка 28 лет пришла на прием к гинекологу с жалобами на отсутствие менструации в течение 2 лет после родов, отеки конечностей, лица, головные боли, общую слабость, сонливость.

ИЗ АНАМНЕЗА: менархе в 13 лет, менструации до беременности по 4–5 дней, через 28 дней. Одни роды 2 года назад через естественные родовые пути с ранним гипотоническим кровотечением с переливанием компонентов крови. Грудью не кормила из-за отсутствия лактации.

**ОБЪЕКТИВНО:** рост — 160 см, масса тела — 70 кг, за 2 года набрала 15 кг. Отеки голеней, кистей, лица. Пульс 76 уд/мин, АД 90/60 мм рт. ст. Молочные железы гипоплазированы.

**ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС:** слизистая влагалища истончена, легко ранима, выделения слизистые скудные. Тело матки не увеличено, подвижно, безболезненно. Придатки с обеих сторон не пальпируются.

В общем анализе крови эритроциты  $2,36 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 88 г/л.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Послеродовый нейроэндокринный синдром.
- Б. Синдром Шихана (послеродовый пангипопитуитаризм).
- В. Синдром Ашермана.
- Г. Синдром истощения яичников.
- Д. Посткастрационный синдром.

**Вопрос 2. Какие изменения гормонального статуса предполагаются у данной пациентки?**

*Варианты ответа:*

- А. Повышены уровни 17-ОНП, ДГЭА-С, АКТГ, снижен кортизол.
- Б. Снижены уровни эстрадиола и прогестерона, повышены уровни ФСГ и ЛГ.
- В. Повышены уровни ТТГ, пролактина.
- Г. Снижены уровни ФСГ, ЛГ, ТТГ, АКТГ, эстрадиола,  $T_4$ ,  $T_3$ , кортизола.
- Д. ЛГ/ФСГ > 2,5, повышен тестостерон.

**Вопрос 3. Какое лечение необходимо назначить данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

- А. ЗГТ эстроген-гестагенными препаратами, препаратами ТТГ, глюкокортикоидами, препараты железа.
- Б. ЗГТ эстроген-гестагенными препаратами, препараты железа.
- В. А-ГнРГ, препараты ТТГ, АКТГ препараты железа.
- Г. Препараты ФСГ, ЛГ, ХГ (меногон, прегнил), препараты железа.
- Д. КОК, препараты железа.

**Ситуационная задача № 8**

На прием обратилась пациентка 50 лет с жалобами на приливы жара к лицу, шее по 15 раз в день, сердцебиение, раздражительность, плаксивость, нарушение сна, чувство «мурашек» по ночам в руках.

**ИЗ АНАМНЕЗА:** последняя менструация 10 месяцев назад, до этого в течение года наблюдались задержки менструации до 3 месяцев. Из гинекологических заболеваний: миома матки малых размеров в течение 10 лет без роста узлов.

**ОБЪЕКТИВНО:** вес 70 кг, рост 168 см. АД 140/100 мм рт. ст., постоянно принимает гипотензивные препараты.

**ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС:** при исследовании в зеркалах шейка матки чистая; слизистая влагалища бледно-розовая, выделения слизистые скудные. При бимануальном исследовании: матка увеличена до 5 недель беременности, подвижна, безболезненна, придатки не определяются.

**Вопрос 1. К какому состоянию относятся симптомы, наблюдаемые у данной пациентки?**

*Варианты ответа:*

- А. Возрастная норма.
- Б. Средневременные симптомы климактерического синдрома тяжелой степени.
- В. Артериальная гипертензия.
- Г. Миома матки.
- Д. Климактерический синдром средней степени тяжести.

**Вопрос 2. Какое основное лечение необходимо назначить пациентке?**

*Варианты ответа:*

- А. Коррекция гипотензивных препаратов и их дозы.
- Б. Оперативное лечение миомы матки и последующее назначение МГТ.
- В. МГТ эстроген-гестагенными препаратами.
- Г. Седативные и транквилизаторы.
- Д. Фитоэстрогены.

**Вопрос 3. Какой оптимальный объем обследования необходимо провести перед назначением МГТ?**

*Варианты ответа:*

- А. Микроскопию мазков на флору и степень чистоты влагалища, УЗИ органов малого таза, печени, ОАК, маммографию и флюорографию.
- Б. Онкоцитологическое исследование мазков из экзо- и эндоцервикса, комплексное уродинамическое исследование, УЗИ органов малого таза.
- В. Онкоцитологическое исследование мазков из экзо- и эндоцервикса, УЗИ органов малого таза, маммографию.
- Г. УЗИ органов малого таза, сердца, денситометрию, маммографию, ЭКГ.
- Д. ОАК, ОАМ, коагулограмму, биохимический анализ крови, ЭКГ.

### **Ситуационная задача № 9**

Пациентка 62 лет обратилась с жалобами на боли в костях и суставах, позвоночнике, дважды за последний год были переломы конечностей.

**ИЗ АНАМНЕЗА:** менопауза 11 лет. Страдает артериальной гипертензией III, риск 3, Н0.

**СПЕЦИАЛЬНОЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:** при исследовании в зеркалах слизистая влагалища истончена, атрофична, вы-

деления слизистые скудные. При бимануальном исследовании тело матки уменьшено в размерах, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не пальпируются, безболезненные. Своды влагалища свободные.

**Вопрос 1. К какому состоянию относятся симптомы, наблюдаемые у данной пациентки?**

*Варианты ответа:*

- А. Возрастная норма.
- Б. Средневременные симптомы климактерического синдрома тяжелой степени.
- В. Артериальная гипертензия.
- Г. Вторичный остеопороз.
- Д. Поздние симптомы климактерического синдрома: постменопаузальный остеопороз.

**Вопрос 2. Необходимые исследования для уточнения диагноза?**

- А. Биохимический анализ крови: электролитами (кальций, фосфор), белок и его фракции, щелочная фосфатаза.
- Б. Уровень витамина Г в сыворотке крови.
- В. Денситометрия позвоночника и проксимального отдела бедренной кости.
- Г. С- и N-телопептиды молекул коллагена I типа — биохимические маркеры резорбции.
- Д. Все вышеперечисленные.

**Вопрос 3. Какое лечение назначить данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

- А. МГТ чистыми эстрогенами, препараты кальция и витамина Г.
- Б. МГТ эстроген-гестагенными препаратами, бифосфонаты.
- В. Фитоэстрогены.
- Г. Препараты кальция и витамина Г, бифосфонаты.
- Д. Седативные препараты и транквилизаторы, поливитамины.

### **Ситуационная задача № 10**

Пациентка 38 лет пришла на прием к гинекологу с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, приливы жара к лицу, шее, интенсивное потоотделение.

ИЗ АНАМНЕЗА: 2 месяца назад произведено хирургическое лечение по поводу двусторонних воспалительных аднекстуморов с перфорацией и перитонитом. Произведена лапаротомия, двусторонняя аднексэктомия. Выписана на 12 сутки после операции в удовлетворительном состоянии. В анамнезе 2 родов, 3 медицинских аборта.

ОБЪЕКТИВНО: пульс 80 уд/мин, АД 140/100 мм рт. ст. Менструаций после операции не было.

ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ: шейка матки чистая, симптом зрачка отрицательный, выделения из половых путей слизистые, скудные. При бимануальном обследовании тело матки нормальных размеров, плотное, безболезненное, подвижность ограничена. Придатки с обеих сторон не определяются.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Климактерический синдром.
- Б. Посткастрационный синдром.
- В. Вторичная маточная аменорея.
- Г. Артериальная гипертензия.
- Д. Нормальное течение послеоперационного периода.

**Вопрос 2. Какой гормональный статус предполагается у данной пациентки?**

*Варианты ответа:*

- А. Снижены уровни ФСГ, ЛГ, эстрадиола и прогестерона.
- Б. Повышены уровни 17-ОНП, ДГЭА-С, АКТГ, снижен кортизол.
- В. Снижены уровни эстрадиола и прогестерона, повышен уровень ФСГ.
- Г. Снижены уровни ФСГ, ЛГ, ТТГ, АКТГ, эстрадиола, Т<sub>4</sub>, Т<sub>3</sub>, кортизола.
- Д. Нет значимых изменений гормонального статуса.

**Вопрос 3. Какое лечение назначить данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

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

## ГЛАВА 4

### ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ И ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ И ЭНДОМЕТРИЯ

*Выберите один правильный вариант ответа*

**1. Влагалищная часть шейки матки в норме покрыта:**

*Варианты ответа:*

- а) цилиндрическим эпителием;
- б) однослойным многоядным эпителием;
- в) железистым эпителием;
- г) многослойным плоским неороговевающим эпителием;
- д) кубическим эпителием.

**2. Стык многослойного плоского и цилиндрического эпителиев шейки матки в репродуктивном возрасте находится:**

*Варианты ответа:*

- а) в области наружного зева шейки матки;
- б) в области внутреннего зева шейки матки;
- в) в средней части цервикального канала;
- г) на влагалищной части шейки матки в радиусе 1–1,5 см от наружного зева;
- д) все ответы верны.

**3. К фоновым заболеваниям шейки матки относятся все перечисленные ниже, кроме:**

*Варианты ответа:*

- а) простой лейкоплакии;
- б) псевдоэрозии шейки матки;
- в) эритроплакии;
- г) остrokонечных кондилом;
- д) цервикальной интраэпителиальной неоплазии.

**4. Гиперкератоз эпителия влагалищной части шейки матки — это ...**

*Варианты ответа:*

- а) эритроплакия;
- б) лейкоплакия;
- в) эктропион;
- г) псевдоэрозия;
- д) интраэпителиальная неоплазия.

**5. К предраковым состояниям шейки матки относят:**

*Варианты ответа:*

- а) эритроплакию;

- б) лейкоплакию без атипии;
- в) эктропион;
- г) псевдоэрозию;
- д) дисплазию многослойного плоского эпителия.

**6. Предраковые процессы шейки матки от фоновых заболеваний отличаются по следующим признакам:**

*Варианты ответа:*

- а) имеют хроническое течение;
- б) плохо поддаются консервативным методам лечения;
- в) имеют риск малигнизации;
- г) клеточная атипия при цитологическом исследовании;
- д) все признаки верны.

**7. Основным этиологическим фактором дисплазии и рака шейки матки является:**

*Варианты ответа:*

- а) вирус простого герпеса 2 типа;
- б) вирус папилломы человека;
- в) гиперэстрогения;
- г) нарушение рН влагалищного секрета;
- д) иммунные и метаболические нарушения в организме.

**8. При проведении расширенной кольпоскопии после обработки 3 % раствором уксусной кислоты шейки матки в норме наблюдается следующая реакция эпителия:**

*Варианты ответа:*

- а) не изменяется;
- б) бледнеет;
- в) равномерно окрашивается в темно-коричневый цвет;
- г) покрывается белым налетом;
- д) становится рельефным, видны сосочки в виде «виноградинок».

**9. Качественная реакция (проба Шиллера) обусловлена взаимодействием йода с содержащимся в многослойном эпителии шейки матки:**

*Варианты ответа:*

- а) гликогеном;
- б) белками;
- в) жирами;
- г) солями Са;
- д) иммуноглобулинами.

**10. Основным методом скринингового исследования для выявления рака шейки матки является:**

*Варианты ответа:*

- а) биопсия с последующим гистологическим исследованием;
- б) простая кольпоскопия;
- в) цитологическое исследование мазков из экзо- и эндоцервикса;
- г) УЗИ;
- д) все перечисленное верно.

**11. Для диагностики патологии шейки матки применяют:**

*Варианты ответа:*

- а) цитологическое исследование мазков из экзо- и эндоцервикса;
- б) ПЦР на ИППП и ВПЧ;
- в) расширенную кольпоскопию;
- г) биопсию шейки матки с гистологическим исследованием;
- д) все вышеперечисленное.

**12. Назовите ведущий клинический симптом дисплазии и рака *in situ* шейки матки:**

*Варианты ответа:*

- а) тазовая боль;
- б) слизисто-гнойные бели;
- в) контактные кровотечения;
- г) ациклические маточные кровотечения;
- д) бесплодие.

**13. Лечение фоновых заболеваний шейки матки:**

*Варианты ответа:*

- а) консервативное (фармакотерапевтическое и немедикаментозное);
- б) хирургическое в виде локальной деструкции шейки матки (радиоволновая эксцизия, диатермокоагуляция, криокоагуляция, лазерная вапоризация и лазерная конизация);
- в) хирургическое радикальное оперативное вмешательство (диатермоконизация шейки матки, собственно радикальная операция в виде ампутации шейки матки, гистерэктомия);
- г) вено б, в;
- д) верно а, б, в.

**14. Для лечения дисплазии шейки матки средней и тяжелой степени применяют все перечисленные ниже методы, кроме:**

*Варианты ответа:*

- а) локальной деструкции эпителия шейки матки растворами кислот;
- б) радиохирургической эксцизии;

- в) электроконизации;
- г) конусовидной ампутации шейки матки по Штурмдорфу;
- д) экстирпации матки.

**15. Диагноз внутриэпителиального рака шейки матки может быть установлен только на основании результатов:**

*Варианты ответа:*

- а) цервикоскопии;
- б) гистероскопии;
- в) расширенной кольпоскопии;
- г) лапароскопии;
- д) гистологического исследования биоптата шейки матки и соскоба эндоцервикса.

**16. Профилактика рака шейки матки:**

*Варианты ответа:*

- а) вакцинация против вируса папилломы человека;
- б) здоровый образ жизни, гигиена половой жизни, контрацепция;
- в) диспансеризация всех больных с фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки;
- г) все ответы верны;
- д) верно а, в.

**17. К предраковым процессам эндометрия относятся:**

*Варианты ответа:*

- а) простая гиперплазия с атипией;
- б) сложная гиперплазия без атипии;
- в) железистые полипы;
- г) аденоматозные полипы;
- д) верно а, г.

**18. В основе развития гиперплазии эндометрия лежит:**

*Варианты ответа:*

- а) хронический воспалительный процесс;
- б) гиперэстрогения;
- в) недостаточность лютеиновой фазы;
- г) длительный прием КОК;
- д) метаболические нарушения.

**19. Причиной гиперэстрогении являются:**

*Варианты ответа:*

- а) гормонпродуцирующие опухоли яичника;
- б) персистенция фолликула;
- в) цирроз печени;

- г) ожирение;
- д) все ответы верны.

**20. Клинические проявления гиперплазии эндометрия:**

*Варианты ответа:*

- а) аномальные маточные кровотечения;
- б) астено-вегетативный синдром;
- в) аменорея;
- г) боль в нижних отделах живота;
- д) интоксикационный синдром.

**21. Полипы эндометрия диагностируются с помощью:**

*Варианты ответа:*

- а) УЗИ;
- б) гистероскопии;
- в) гистологического исследования;
- г) гидросонографии;
- д) все ответы верны.

**22. Основным методом подтверждения гиперплазии эндометрия является:**

*Варианты ответа:*

- а) лапароскопия;
- б) гистологическое исследование соскоба (биоптата) слизистой тела матки;
- в) кульдоцентез;
- г) доплерометрия сосудов матки;
- д) все ответы верны.

**23. Ультразвуковым критерием гиперплазии эндометрия является ширина М-эхо:**

*Варианты ответа:*

- а) менее 5 мм;
- б) более 5 мм;
- в) более 10 мм;
- г) более 16 мм;
- д) более 20 мм.

**24. Дифференциальную диагностику полипа эндометрия необходимо производить с:**

*Варианты ответа:*

- а) субмукозной миомой матки;
- б) субсерозной миомой матки;
- в) интралигаментарной миомой матки;
- г) дисфункциональным маточным кровотечением;
- д) хорионкарциномой.

**25. Выбор тактики лечения при гиперплазии эндометрия зависит от:**

*Варианты ответа:*

- а) возраста пациентки;
- б) длительности заболевания;
- в) гистологической характеристики гиперплазии;
- г) объема кровопотери во время менструации;
- д) все ответы верны.

**26. Консервативное лечение гиперплазии эндометрия проводится:**

*Варианты ответа:*

- а) прогестагенами, агонистами гонадотропных рилизинг-гормонов;
- б) местными формами натурального прогестерона;
- в) агонистами дофаминовых рецепторов;
- г) эстрогенами;
- д) антибиотиками широкого спектра действия.

**27. Хирургическое лечение гиперплазии эндометрия включает:**

*Варианты ответа:*

- а) ампутацию шейки матки по Штурмдорфу;
- б) гистероскопическую абляцию эндометрия;
- в) вентрофиксацию матки по Кохеру;
- г) лапароскопическую сакровагинопексию;
- д) двустороннюю аднексэктомию.

**28. Лечение атипичической гиперплазии эндометрия:**

*Варианты ответа:*

- а) необходимо исключить рак эндометрия;
- б) в репродуктивном возрасте назначают прогестагены, агонисты гонадотропных рилизинг-гормонов, при неэффективности консервативной терапии — хирургическое лечение;
- в) в пре- и постменопаузе — хирургическое лечение;
- г) верно а, б, в;
- д) верно а, в.

**29. Гистерэктомия не показана при:**

*Варианты ответа:*

- а) атипичической гиперплазии эндометрия у женщин старше 45 лет;
- б) сочетание атипичической гиперплазии эндометрия и миомы матки больших размеров у женщин репродуктивного периода;
- в) сложной гиперплазии эндометрия у женщин раннего репродуктивного периода;
- г) сочетание сложной гиперплазии эндометрия и аденомиоза у женщин репродуктивного возраста;
- д) все ответы верны.

**30. Побочными эффектами агонистов гонадотропных рилизинг-гормонов, ограничивающими длительность применения в репродуктивном периоде, являются:**

*Варианты ответа:*

- а) остеопороз;
- б) нарушение обмена жиров и углеводов;
- с) гипертиреоз;
- д) диспепсия;
- е) диарея.

### **Ситуационная задача № 1**

На прием в женскую консультацию обратилась пациентка 40 лет с жалобами на постоянные слизисто-гнойные бели и контактные кровянистые выделения из половых путей.

ИЗ АНАМНЕЗА: Менструальная функция не нарушена. В анамнезе 2 родов и 9 медицинских аборт. Вторые роды оперативные с наложением акушерских щипцов, осложнившиеся разрывом шейки матки. После родов диагностированы цервицит, псевдоэрозия шейки матки, по поводу чего произведена диатермокоагуляция.

СПЕЦИАЛЬНОЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: при осмотре в зеркалах шейка матки с эктопией цилиндрического эпителия, гипертрофирована, деформирована вследствие послеродовых разрывов, наружный зев зияет. При бимануальном исследовании матка и придатки без патологических изменений, параметрии свободны. При расширенной кольпоскопии выявлена обширная зона трансформации с большим количеством открытых и закрытых желез, участком эктопии на передней губе, лейкоплакии — на 12 часах.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

А. Гипертрофия, рубцовая деформация шейки матки. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия.

Б. Гипертрофия, рубцовая деформация шейки матки. Псевдоэрозия. Лейкоплакия.

В. Гипертрофия, рубцовая деформация шейки матки. Генитальный герпес.

Г. Гипертрофия, рубцовая деформация шейки матки. Рак шейки матки.

Д. Эрозированный эктропион. Эритроплакия.

**Вопрос 2. Необходимый достаточный объем обследований для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

А. Микроскопия отделяемого влагалища.

Б. Микроскопия отделяемого влагалища, бактериологическое исследование отделяемого влагалища.

В. Микроскопия отделяемого влагалища, бактериологическое исследование отделяемого влагалища, УЗИ органов малого таза.

Г. Микроскопия отделяемого влагалища, бактериологическое исследование отделяемого влагалища, ИФА на антитела к вирусу простого герпеса 1 и 2 типа

Д. Микроскопия отделяемого влагалища, бактериологическое исследование отделяемого влагалища, цитологическое исследование соскоба, биопсия шейки матки, УЗИ органов малого таза.

**Вопрос 3. Какое лечение назначить данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

А. Системные антибактериальные и противогрибковые препараты (азитромицин + флуконазол).

Б. Криодеструкцию эпителия шейки матки.

В. Соблюдение гигиенических правил, диета, местные антисептические и антибактериальные препараты (хлоргексидина биглюконат, сульфацил натрия, неомицин, левомеколь и др.), поливитамины.

Г. Радиохирургическое лечение.

Д. Экстирпация матки без придатков.

**Ситуационная задача № 2**

Больная 42 лет обратилась в женскую консультацию с кровянистыми выделениями из половых путей.

ИЗ АНАМНЕЗА: Менструации регулярные. Имела 5 беременностей (2 родов и 3 медаборта). Последние 5 лет к гинекологу не обращалась. В течение полугода беспокоят обильные желтоватые выделения с неприятным запахом, иногда с примесью крови.

ОСМОТР: общее состояние удовлетворительное, кожа и видимые слизистые бледные. В зеркалах: шейка матки гипертрофирована, бочкообразной формы, слизистая темно-багрового цвета, из цервикального канала необильные сукровично-кровянистые мутные выделения с неприятным запахом. Бимануально: влагалищная часть шейки матки бочкообразно расширена, очень плотная, неподвижная. Тело матки несколько больше нормы. В параметриях с двух сторон имеются плотные инфильтраты, достигающие до стенок таза.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

А. Шеечная беременность.

Б. Трофобластическая болезнь.

В. Эритроплакия шейки матки.

Г. Рак шейки матки.

Д. Рождающийся субмукозный узел.

**Вопрос 2. Необходимый достаточный объем обследований для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

А. Микроскопия отделяемого вульвы и влагалища, бактериологическое исследование отделяемого вульвы и влагалища, ИФА на антитела к вирусу простого герпеса 1 и 2 типа, туберкулиновая проба, ПЦР.

Б. Кольпоскопия, ректовагинальное обследование, цитологическое, биопсия, УЗИ органов малого таза и брюшной полости.

В. Ректовагинальное обследование, УЗИ, биопсия, консультация онколога.

Г. Определение уровня ХГЧ в крови, УЗИ органов малого таза, кольпоскопия, цитологическое исследование соскоба, биопсия шейки матки.

Д. Кольпоскопия, цервико- и гистероскопия, кюретаж полости матки с гистологическим исследованием соскоба.

**Вопрос 3. Тактика врача женской консультации:**

*Варианты ответа:*

А. Экстренно госпитализировать в отделение гинекологии дежурной больницы

Б. Экстренно госпитализировать в онкогинекологическое отделение

В. Взять амбулаторно биопсию шейки матки, провести дообследование для консультации онколога.

Г. Направить на госпитализацию в гинекологическое отделение в плановом порядке.

Д. Назначить гемостатические и антибактериальные препараты, повторный осмотр после очередной менструации.

**Ситуационная задача № 3**

Пациентка 65 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на кровянистые мажущие выделения из половых путей.

ИЗ АНАМНЕЗА: Постменопауза 13 лет. В течение 10 лет находится на диспансерном учете по поводу артериальной гипертензии. Беременности не было.

ОСМОТР: При гинекологическом исследовании выявлено, что наружные половые органы и влагалище с явлениями возрастной инволюции; слизистая оболочка влагалища бледная, сухая. Шейка матки не эрозирована, симптом «зрачка» отрицательный, из канала шейки матки скудные кровянистые выделения; матка обычных размеров, придатки матки не пальпируются.

**Вопрос 1. Какой диагноз требует исключения?**

*Варианты ответа:*

А. Атрофический вагинит.

Б. Климактерический синдром.

В. Тромбоцитопатия.

Г. Гиперплазия эндометрия.

Д. Рак эндометрия.

**Вопрос 2. Необходимый достаточный объем обследований для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

А. Микроскопия и бактериологическое исследование отделяемого вульвы и влагалища, вагиноскопия, ОАК, кал на яйца глистов, соскоб на энтеробиоз, УЗИ органов малого таза, МСГ.

Б. Микроскопическое исследование отделяемого влагалища, УЗИ органов малого таза, офисная гистероскопия, соскоб ц/к, биопсия эндометрия.

В. Микроскопия и бактериологическое исследование отделяемого вульвы и влагалища, ИФА на антитела к вирусу простого герпеса 1 и 2 типа, ПЦР, УЗИ органов малого таза, РДВ.

Г. Микроскопия и бактериологическое исследование отделяемого вульвы и влагалища, консультация терапевта, онколога.

Д. Микроскопия и бактериологическое исследование отделяемого вульвы и влагалища, УЗИ органов малого таза, ОАК, ОАМ.

**Вопрос 3. Какая тактика врача женской консультации?**

*Варианты ответа:*

А. Диета, гипотензивные препараты, наблюдение терапевта, повторный осмотр гинеколога через 1 месяц.

Б. Экстренная госпитализация в гинекологическое отделение.

В. Соблюдение гигиенических правил, диета, местные антисептические и антибактериальные препараты (хлоргексидина биглюконат, сульфацил натрия, неомицин, левомеколь и др.), поливитамины.

Г. Обследование и лечение проводить амбулаторно.

Д. Госпитализация в гинекологическое отделение в плановом порядке.

**Ситуационная задача № 4**

Пациентка 47 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей, которые появились после задержки очередной менструации на 1,5 месяца.

ОСМОТР: шейка матки эрозирована, симптом «зрачка» (++) ; тело матки нормальных размеров, плотное; матка подвижная, безболезненная; придатки с обеих сторон не пальпируются, их область безболезненная; своды влагалища глубокие.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

А. ДМК климактерического периода.

Б. ДМК ювенильного периода.

В. ДМК репродуктивного периода.

Г. Субмукозная миома матки.

Д. Аденомиоз.

**Вопрос 2. Выберите вариант гемостатической терапии?**

*Варианты ответа:*

- А. РДВ.
- Б. Гормональный гемостаз КОК (регулон).
- В. Внутриматочный баллон Бакри.
- Г. Негормональный гемостаз.
- Д. Эмболизация маточных артерий.

**Вопрос 3. Какое противорецидивное лечение необходимо провести данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

- А. Абляция эндометрия.
- Б. Экстирпация матки с придатками
- В. Клостилбегид в комбинации с гестагенами во 2 фазу цикла.
- Г. Поэтапная деваскуляризация матки.
- Д. Норколут с контролем УЗИ и пайпель-биопсией эндометрия через 6 месяцев.

**Ситуационная задача № 5**

Пациентке 35 лет при профилактическом осмотре произведена кольпоскопия. На слизистой оболочке шейки матки выявлены йод-негативные участки. В анамнезе двое срочных родов и 2 медицинских аборта.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Хронический вульвовагинит.
- Б. Дисплазия шейки матки.
- В. Псевдоэрозия шейки матки.
- Г. Лейкоплакия шейки матки.
- Д. Эритроплакия шейки матки.

**Вопрос 2. Для установления окончательного диагноза необходимо выполнить:**

*Варианты ответа:*

- А. ОАК, ОАМ, УЗИ органов малого таза, обследование на ВПЧ.
- Б. РДВ либо гистероскопию с гистологическим исследованием.
- В. Биопсию шейки матки, гистологическое исследование материала.
- Г. КТ с контрастированием.
- Д. Конизацию шейки матки с последующим гистологическим исследованием удаленного материала.

**Вопрос 3. Какое лечение назначить данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

- А. Противовирусные препараты, поливитамины, вакцинация против ВПЧ.

Б. Соблюдение гигиенических правил, диета, местные антисептические и антибактериальные препараты (хлоргексидина биглюконат, сульфацил натрия, неомицин, левомеколь и др.), поливитамины.

В. Радиохирургическая эксцизия шейки матки с последующим противовирусным лечением.

Г. Криодеструкция эпителия шейки матки.

Д. Ампутация шейки матки по Штурмдорфу.

### **Ситуационная задача № 6**

Пациентка 40 лет обратилась к врачу женской консультации с жалобами на мажущие коричневые выделения из половых путей, появляющиеся накануне менструации за 3–4 дня.

ИЗ АНАМНЕЗА: 3 нормальных родов, псевдоэрозия шейки матки 5 лет назад, которую лечили методом диатермоэлектрокоагуляции. Менструации регулярные, умеренные, по 5 дней, через 30 дней. Последняя менструация 23 дня назад.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: на слизистой оболочке шейки матки обнаружены 2 участка бурого цвета размером 2×2 мм и 2×3 мм. Тело матки нормальных размеров, плотное, безболезненное. Придатки матки не пальпируются, область их безболезненная. Выделения из цервикального канала слизистые, прозрачные.

#### **Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

А. Эндометриоз шейки матки.

Б. Дисплазия шейки матки.

В. Псевдоэрозия шейки матки.

Г. Лейкоплакия шейки матки.

Д. Эритроплакия шейки матки.

#### **Вопрос 2. Для установления диагноза необходимо выполнить:**

*Варианты ответа:*

А. ОАК, ОАМ, УЗИ органов малого таза, обследование на ВПЧ.

Б. РДВ либо гистероскопию с гистологическим исследованием.

В. Биопсию шейки матки, гистологическое исследование материала.

Г. Кольпоскопию.

Д. Конизацию шейки матки с последующим гистологическим исследованием удаленного материала.

#### **Вопрос 3. Какое лечение назначить данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

А. Противовирусные препараты, поливитамины, вакцинация против ВПЧ.

Б. Соблюдение гигиенических правил, диета, местные антисептические и антибактериальные препараты (хлоргексидина биглюконат, сульфацил натрия, неомицин, левомеколь и др.), поливитамины.

В. Радиохирургическая или электрокоагуляция очагов.

Г. Криодеструкция эпителия шейки матки.

Д. Ампутация шейки матки по Штурмдорфу.

### **Ситуационная задача № 7**

Больная 45 лет поступила в гинекологический стационар с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей. Кровянистые выделения не прекращаются на протяжении 7 дней, начинались как менструация.

ИЗ АНАМНЕЗА: Последние пол года отмечает межменструальные кровотечения, к гинекологу не обращалась, самостоятельно принимала этамзилат натрия в таблетках. В анамнезе 2 родов, 3 медаборта.

ОБСЛЕДОВАНИЕ: При осмотре в зеркалах: шейка матки гипертрофирована, деформирована, из цервикального канала исходит багрово-синюшное образование размерами 3×2 см, выделения обильные темно-красные. Тело матки увеличено до 6 недель беременности, плотное, безболезненное, придатки с обеих сторон не изменены. Гемоглобин при поступлении 78 г/л.

#### **Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

А. Эндометриоз шейки матки.

Б. Полип эндометрия

В. Рождающийся субмукозный узел.

Г. Рак шейки матки.

Д. ДМК климактерического периода.

#### **Вопрос 2. Для установления диагноза необходимо выполнить:**

*Варианты ответа:*

А. ОАК, ОАМ, УЗИ органов малого таза, обследование на ВПЧ.

Б. РДВ либо гистероскопию с гистологическим исследованием.

В. Биопсию шейки матки, гистологическое исследование материала.

Г. Кольпоскопию.

Д. Полипэктомию, гистероскопию с гистологическим исследованием удаленного материала.

#### **Вопрос 3. Какое лечение назначить данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

А. Противовирусные препараты, поливитамины, вакцинация против ВПЧ.

Б. Гемостатическая, противоанемическая, антибактериальная терапия.

В. Гормональное лечение в зависимости от гистологической характеристики полипа.

Г. Тотальная гистерэктомия без придатков.

Д. Ампутация шейки матки по Штурмдорфу.

### **Ситуационная задача № 8**

Больная 50 лет поступила с жалобами на ациклические кровянистые выделения из половых путей в течение последнего года.

ИЗ АНАМНЕЗА: Страдает артериальной гипертензией и сахарным диабетом.

ОБЪЕКТИВНО: Рост 155 см, вес 112 кг.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки без выраженных изменений, из цервикального канала значительные кровянистые выделения со сгустками. Бимануально: матка в правильном положении, несколько больше нормы, подвижная, безболезненная. Придатки не определяются, параметральная клетчатка мягкая.

**Вопрос 1. Какая причина аномальных маточных кровотечений наиболее вероятна?**

*Варианты ответа:*

А. Эндометриоз шейки матки.

Б. Гиперплазия эндометрия.

В. Гормонпродуцирующая опухоль яичника.

Г. Неполный аборт.

Д. Коагулопатия.

**Вопрос 2. Для установления диагноза необходимо выполнить:**

*Варианты ответа:*

А. ОАК, ОАМ, УЗИ органов малого таза, обследование на ВПЧ.

Б. РДВ либо гистероскопию с гистологическим исследованием.

В. Биопсию шейки матки, гистологическое исследование материала.

Г. Тест на ХГЧ.

Д. Конизацию шейки матки с последующим гистологическим исследованием удаленного материала.

**Вопрос 3. Какое лечение назначить данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

А. Гормонотерапия прогестагенами или а-ГнРГ по результатам гистологического исследования.

Б. Диетотерапия, нормализация массы тела.

В. Аблиция эндометрия при противопоказаниях к гормональной терапии.

Г. Экстирпация матки с придатками при атипической гиперплазии.

Д. Все ответы верны.

### Ситуационная задача № 9

На прием к акушеру-гинекологу обратилась девушка 20 лет для профосмотра. Жалоб нет.

ИЗ АНАМНЕЗА: Менструации с 13 лет, регулярные по 3–4 дня через 28-30 дней. Замужем 3 месяца, половой партнер 1. Гинекологических заболеваний не было.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: При осмотре в зеркалах выделения слизистые (1 фаза цикла), вокруг наружного зева цервикального канала ободок гиперемии размером около 0,5 см. Матка и придатки пальпаторно не изменены.

#### **Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Эрозия шейки матки.
- Б. Псевдоэрозия шейки матки.
- В. Лейкоплакия.
- Г. Эритроплакия.
- Д. Рак шейки матки.

#### **Вопрос 2. Дополнительные методы исследования?**

*Варианты ответа:*

- А. Расширенная кольпоскопия.
- Б. УЗИ.
- В. Цитологическое исследование мазка из экзо- и эндоцервикса.
- Г. Биопсия шейки матки с последующим гистологическим исследованием.
- Д. Верно А, В.

#### **Вопрос 3. Определите тактику врача женской консультации?**

*Варианты ответа:*

А. Направить пациентку в гинекологическое отделение в плановом порядке для диагностики и лечения заболевания шейки матки.

- Б. Провести деструкцию эпителия.
- В. Назначить повторный осмотр через 6 месяцев.
- Г. Рекомендовать вакцинацию против ВПЧ.
- Д. Назначить повторный осмотр после очередной менструации.

### Ситуационная задача № 10

На прием к акушеру-гинекологу обратилась пациентка 33 лет для выполнения оценки результатов контрольного УЗИ органов малого таза.

ИЗ АНАМНЕЗА: 3 месяца назад проводилось РДВ по поводу патологии эндометрия. Принимает с лечебной целью КОК 3 месяца.

УЗИ: матка расположена правильно, размерами 51×59×57 мм, миометрий однородный. Полость матки расширена до 11 мм, в полости округ-

лое образование диаметром 0,7 см. Яичники нормальных размеров и структуры, жидкости в позадиматочном пространстве нет.

**Вопрос 1. Какая ситуация наиболее вероятна?**

*Варианты ответа:*

- А. Рецидивирующий полип эндометрия.
- Б. Не радикальная полипэктомия при РДВ.
- В. Простая диффузная гиперплазия эндометрия.
- Г. Рак эндометрия.
- Д. Дефект УЗИ диагностики.

**Вопрос 2. Тактика врача:**

*Варианты ответа:*

- А. Повторить УЗИ после очередной менструации.
- Б. Выполнить диагностическую офисную гистероскопию.
- В. Н.Н. направить пациентку на госпитализацию для проведения гистероскопии.
- Г. Продолжить прием КОК еще 3 месяца с контролем УЗИ.
- Д. Провести уточняющие мероприятия: МСГ, КТ, УЗИ с доплерометрией, гидросонографию.

**Вопрос 3. Какой метод профилактики рецидива после полипэктомии рекомендовать?**

*Варианты ответа:*

- А. Курс антибактериальной и противовоспалительной терапии.
- Б. ВМС с левоноргестрелом.
- В. Фитоэстрогены на 12 месяцев.
- Г. Прогестагены в циклическом режиме на 6 месяцев.
- Д. А-ГнРГ на 3 мес.

## ГЛАВА 5

### ЭНДОМЕТРИОЗ. ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

*Выберите один правильный вариант ответа*

**1. Эндометриоз — это ...**

*Варианты ответа:*

- а) доброкачественная, гормональнозависимая опухоль яичника;
- б) диффузная гиперплазия эндометрия;
- в) воспаление слизистой матки;
- г) разрастание ткани, подобной эндометрию за пределами полости матки;
- д) злокачественное заболевание внутренних половых органов.

**2. Аденомиоз — это ...**

*Варианты ответа:*

- а) эндометриоз яичников;
- б) эндометриоз тела матки;
- в) эндометриоз внутренних половых органов;
- г) эндометриоз маточных труб;
- д) ретроцервикальных эндометриоз.

**3. В основе этиопатогенеза эндометриоза следующие теории:**

*Варианты ответа:*

- а) водной «интоксикации»;
- б) метапластическая;
- в) избыток простагландинов;
- г) нарушение обмена нейротрансмиттеров;
- д) малигнизации эндометрия.

**4. Для развития эндометриоза не имеет значения:**

*Варианты ответа:*

- а) избыток прогестерона во вторую фазу менструального цикла;
- б) иммунные нарушения;
- в) абсолютный или относительный избыток эстрогенов;
- г) наследственная предрасположенность;
- д) травма тканей.

**5. Очаги экстрагенитального эндометриоза чаще всего локализу-  
ются в:**

*Варианты ответа:*

- а) спинном мозге;
- б) печени;

- в) кишечнике;
- г) полости рта;
- д) скелетной мускулатуре.

**6. При 3-й стадии внутреннего эндометриоза очаги распространены:**

*Варианты ответа:*

- а) в подслизистом слое тела матки;
- б) на весь мышечный слой тела матки;
- в) прорастают весь мышечный и серозный слой матки, переходят на соседние органы;
- г) в шейке матки;
- д) в ткани яичников с формированием двусторонних кист более 5 см.

**7. Клинические проявления эндометриоза зависят от:**

*Варианты ответа:*

- а) локализации эндометриоидных очагов;
- б) степени распространения;
- в) наличия экстрагенитальной сопутствующей патологии;
- г) наличия психо-вегетативных расстройств;
- д) все ответы верны.

**8. Для клинической картины внутреннего эндометриоза не характерно:**

*Варианты ответа:*

- а) боль, усиление которой связано с менструацией;
- б) гиперполименорея;
- в) темные мажущие выделения из половых путей до и после менструации;
- г) выраженная диспареуния (болезненность при половом акте);
- д) циклические психовегетативные расстройства.

**9. Методы диагностики внутреннего эндометриоза:**

*Варианты ответа:*

- а) УЗИ;
- б) гистероскопия;
- в) гистеросальпингография;
- г) бимануальное исследование;
- д) все ответы верны.

**10. К УЗИ-признакам внутреннего эндометриоза не относится:**

*Варианты ответа:*

- а) диффузное увеличение матки с множеством мелких полостей кистозного характера в толще миометрия;
- б) наличие множества узлов с четкими контурами;

- в) симптом «пчелиных сот»;
- г) интактный эндометрий;
- д) усиление васкуляризации матки при ЦДК со средними значениями уровня сосудистой резистентности.

**11. При проведении метросальпингографии критерием аденомиоза является:**

*Варианты ответа:*

- а) деформация полости матки;
- б) треугольная форма полости матки;
- в) «изъеденность» контуров полости матки, законтурные тени;
- г) дефект наполнения полости матки;
- д) отсутствие поступления контраста в брюшную полость.

**12. Для второй стадии эндометриоза яичников характерно:**

*Варианты ответа:*

- а) двусторонние кисты, одна из которых менее 5–6 см, выраженный спаечный процесс с вовлечением кишечника;
- б) мелкие точечные образования на поверхности яичника;
- в) киста одного яичника до 5–6 см, незначительный спаечный процесс;
- г) двусторонние кисты более 6 см, выраженный спаечный процесс;
- д) распространение патологического процесса на соседние органы (мочевой пузырь, кишечник).

**13. Основным клиническим симптомом эндометриоза яичников является:**

*Варианты ответа:*

- а) боль внизу живота с иррадиацией в поясницу, усиливающаяся накануне и с началом менструации;
- б) гиперполименорея;
- в) темные мажущие выделения из половых путей до и после менструации;
- г) выраженная диспареуния (болезненность при половом акте);
- д) циклические психо-вегетативных расстройства.

**14. Наиболее частым осложнением эндометриоза яичников является:**

*Варианты ответа:*

- а) малигнизация;
- б) перфорация стенки кисты;
- в) перекрут ножки опухоли яичника;
- г) развитие пиовора;
- д) все ответы верны.

**15. Для диагностики эндометриоза яичников применяют:**

*Варианты ответа:*

- а) УЗИ органов малого таза;

- б) лапароскопию;
- в) КТ, МРТ малого таза;
- г) бимануальное гинекологическое исследование;
- д) все ответы верны.

**16. Лабораторные изменения, характерные для эндометриоза яичников:**

*Варианты ответа:*

- а) лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево в ОАК;
- б) признаки выраженного иммунодефицита по иммунограмме;
- в) повышение уровня онкомаркера СА 125;
- г) электролитные нарушения в биохимическом анализе крови;
- д) все ответы верны.

**17. Эндометриоз шейки матки относится к эндометриозу:**

*Варианты ответа:*

- а) внутреннему генитальному;
- б) наружному генитальному;
- в) экстрагенитальному;
- г) малым формам;
- д) особая форма ретроцервикального.

**18. Симптомом эндометриоза шейки матки является:**

*Варианты ответа:*

- а) боль внизу живота с иррадиацией в поясницу, усиливающуюся накануне и с началом менструации;
- б) гиперполименорея;
- в) темные мажущие выделения из половых путей до и после менструации;
- г) выраженная диспареуния (болезненность при половом акте);
- д) циклические психовегетативные расстройства.

**19. Наиболее информативным методом диагностики эндометриоза шейки матки является:**

*Варианты ответа:*

- а) кольпоскопия;
- б) гистероскопия;
- в) лапароскопия;
- г) МРТ;
- д) метросальпингография.

**20. В клинической картине ретроцервикального эндометриоза характерно:**

*Варианты ответа:*

- а) выраженный болевой синдром накануне и с началом менструации;

- б) выраженная диспареуния (болезненность при половом акте);
- в) психовегетативные расстройства;
- г) нарушение акта дефекации, циклические кровянистые выделения из прямой кишки;
- д) все ответы верны.

**21. В диагностике ретроцервикального эндометриоза не информативны:**

*Варианты ответа:*

- а) гистероскопия;
- б) ректороманоскопия;
- в) УЗИ органов малого таза;
- г) МРТ;
- д) лапароскопия.

**22. Для «малых» форм эндометриоза характерно:**

*Варианты ответа:*

- а) протекают бессимптомно;
- б) вызывают бесплодие;
- в) синдром хронических тазовых болей;
- г) мелкие очаги наружного эндометриоза, локализующиеся по брюшине малого таза;
- д) все ответы верны.

**23. Выбор метода лечения эндометриоза зависит от:**

*Варианты ответа:*

- а) локализации и распространенности патологического процесса;
- б) сопутствующей патологии;
- в) возраста пациента;
- г) репродуктивных планов;
- д) все ответы верны.

**24. Показанием к хирургическому лечению эндометриоза не является:**

*Варианты ответа:*

- а) эндометриоз послеоперационного рубца, пупка;
- б) эндометриоидные кисты яичников;
- в) аденомиз 1–2 степени;
- г) аденомиоз с выраженным болевым и геморрагическим синдромами, сочетание аденомиоза с миомой матки;
- д) эндометриоз кишечника.

**25. Для консервативного лечения эндометриоза не применяют:**

*Варианты ответа:*

- а) прогестагены;
- б) НПВП;

- в) антиоксиданты;
- г) антибактериальные лекарственные средства;
- д) седативные препараты, малые транквилизаторы.

**26. Гормональное лечение эндометриоза проводят:**

*Варианты ответа:*

- а) прогестагенами (визанна);
- б) а-ГнРГ (диферелин, луприд-депо);
- в) антагонистами ГТГ (даназол);
- г) КОК;
- д) все ответы верны.

**27. Характерными признаками мастопатии являются:**

*Варианты ответа:*

- а) пролиферативные и регрессивные изменения тканей молочной железы;
- б) нарушение соотношения эпителиального и соединительнотканного компонентов (фиброзно-кистозная болезнь);
- в) доброкачественная болезнь молочных желез;
- г) чаще у женщин с малым количеством родов, коротким периодом кормления грудью, с гинекологическими заболеваниями;
- д) все ответы верны.

**28. В клинической картине мастопатии не характерно:**

*Варианты ответа:*

- а) циклическая масталгия (боль) за 1–2 недели до начала менструации;
- б) галакторрея;
- в) мастодиния (болезненное напряжение молочных желез);
- г) светло-серые выделения из соска при надавливании;
- д) уплотнение, «зернистость» ткани молочной железы при пальпации.

**29. Диагностику мастопатии проводят с помощью:**

*Варианты ответа:*

- а) осмотра и пальпации молочных желез;
- б) УЗИ;
- в) рентгеновского исследования;
- г) цитологического исследования мазков-отпечатков выделений из сосков;
- д) все ответы верны.

**30. Лечение диффузной мастопатии не проводят:**

*Варианты ответа:*

- а) хирургическим методом (секторальная резекция молочной железы);
- б) психотропными лекарственными средствами (седативные, нейролептики);

- в) витаминами;
- г) нестероидными противовоспалительными лекарственными средствами;
- д) КОК, прогестагенами.

### Ситуационная задача № 1

Пациентка 32 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на болезненные и обильные менструации, мажущие темно-коричневые выделения из половых путей после менструации.

ИЗ АНАМНЕЗА: менструации по 7–8 дней через 28 дней, обильные в первые 3 дня, болезненные, принимает баралгин, ибупрофен. Не замужем. Беременностей не было. Сейчас 26-й день цикла.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: при осмотре в зеркалах шейка матки чистая, выделения слизистые. При бимануальном исследовании матка увеличена до 5 недель беременности, шаровидной формы, чувствительная при пальпации. Придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненные, своды глубокие.

#### **Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Первичная дисменорея.
- Б. Аденомиоз.
- В. Миома матки с субмукозным ростом узла.
- Г. АМК: яичниковая дисфункция.
- Д. Наружный генитальный эндометриоз.

#### **Вопрос 2. Какой оптимальный объем обследований для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

- А. УЗИ органов малого таза, гистероскопия.
- Б. УЗИ органов малого таза, уровень ФСГ, ЛГ, пролактина, эстрадиола, прогестерона.
- В. Гистеросальпингография, гистероскопия.
- Г. МРТ органов малого таза.
- Д. УЗИ органов малого таза, диагностическая лапароскопия.

#### **Вопрос 3. Какое лечение назначить данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

- А. Хирургическое: ампутацию матки без придатков.
- Б. Гестагены в непрерывном режиме (визанна).
- В. Ингибиторы прогестероновых рецепторов (мифепристон).
- Г. А-ГнРГ 6 месяцев.
- Д. Натуральные эстрогены.

## Ситуационная задача № 2

Пациентка 42 лет обратилась с жалобами на болезненные и обильные менструации, темно-коричневые выделения из половых путей после менструации.

ИЗ АНАМНЕЗА: двое родов путем операции кесарева сечения. Менструации по 8–9 дней через 26–27 дней. Сейчас 24-й день цикла.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: при осмотре наружные половые органы и влагалище без особенностей, шейка матки чистая, выделения слизистые. При бимануальном исследовании: тело матки увеличено до 10 недель беременности, бугристое, ограничено подвижное, болезненное при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, своды глубокие.

ПРИ УЗИ: тело матки 109×90×100 мм, полость матки деформирована, М-эхо 13 мм, миометрий неоднородный с множеством кистозных включений в виде сот. Из задней стенки исходит интерстициальный узел 6×6,5 см, по правому ребру конгломерат узлов 5×7 см. Придатки без особенностей.

В ОАК: гемоглобин 100 г/л, эритроциты  $2,75 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты  $7,9 \times 10^9/л$ .

**Вопрос 1. Что является причиной нарушений менструального цикла у данной пациентки?**

*Варианты ответа:*

- А. Множественная узловатая миома матки.
- Б. Аденомиоз.
- В. Гиперплазия эндометрия.
- Г. Метроэндометрит.
- Д. Сочетанная патология: аденомиоз и миома матки.

**Вопрос 2. Какой метод исследования необходимо провести для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

- А. Раздельное диагностическое выскабливание.
- Б. Метросальпингографию.
- В. Гистероскопию.
- Г. Диагностическую лапароскопию.
- Д. Кульдоцентез.

**Вопрос 3. Какой метод лечения необходимо выбрать для данной пациентки?**

*Варианты ответа:*

- А. А-ГнРГ на 6 месяцев.
- Б. Лапаротомию, экстирпацию/ампутацию матки без придатков.
- В. Гистерорезектоскопию.
- Г. Гестагены в непрерывном режиме на 6 месяцев.
- Д. ВМС «Мирена».

### Ситуационная задача № 3

Пациентка 38 лет обратилась с жалобами на боли в области влагалища, иррадиирующие в крестец, прямую кишку, наружные половые органы, выраженную болезненность при половом акте и дефекации, усиление боли перед менструацией, периодические кровянистые выделения из прямой кишки.

ИЗ АНАМНЕЗА: 2 родов, 3 медицинских аборта. Около двух лет назад появились боли и темно-коричневые выделения до и после менструации, со временем наблюдалось нарастание симптомов.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: при осмотре в зеркалах шейка матки деформирована старыми разрывами. В заднем своде влагалища определяются синюшные «глазки» до 0,7 см, которые кровоточат при контакте. При бимануальном исследовании: тело матки не увеличено, плотное безболезненное, подвижность его ограничена; в заднем своде пальпируется плотное, неподвижное, бугристое, резко болезненное образование около 8 см в диаметре. Придатки без особенностей.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Эндометриоз шейки матки.
- Б. Опухоль влагалища.
- В. Ретроцервикальный эндометриоз.
- Г. Внутренний эндометриоз.
- Д. Рак прямой кишки с прорастанием во влагалище.

**Вопрос 2. Какое исследование наиболее информативно для уточнения распространенности процесса?**

*Варианты ответа:*

- А. УЗИ органов малого таза.
- Б. МРТ органов малого таза.
- В. Ректороманоскопия.
- Г. Диагностическая лапароскопия.
- Д. Гистероскопия.

**Вопрос 3. Какое лечение назначить данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

- А. Хирургическое: иссечение очагов эндометриоза.
- Б. КОК на 12 месяцев.
- В. Гестагенные препараты в непрерывном режиме 6 месяцев.
- Г. А-ГнРГ 4 месяца.
- Д. Сочетанное гормональное и хирургическое.

#### Ситуационная задача № 4

Пациентка 26 лет предъявляет жалобы на тянущие боли внизу живота, усиливающиеся перед и во время менструации, отсутствие беременности в течение 3 лет жизни без контрацепции.

ИЗ АНАМНЕЗА: менструации по 5–6 дней через 28–30 дней. Беременностей не было. Оперирована 4 года назад по поводу разрыва эндометриоидной кисты правого яичника. Произведена лапаротомия, резекция яичника.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: при осмотре в зеркалах шейка матки чистая, выделения слизистые. Матка в положении retroflexio, ограниченно подвижна, нормальных размеров, безболезненная; справа от матки пальпируется опухолевидное образование размером 8×6 см, тугоэластической консистенции, малоподвижное, умеренно болезненное; левые придатки не увеличены.

##### **Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Рак правого яичника.
- Б. Функциональная киста правого яичника.
- В. Хронический эндометриоз яичников.
- Г. Наружный генитальный эндометриоз (эндометриоидная киста правого яичника, рецидив).
- Д. Субсерозная миома матки.

##### **Вопрос 2. Какое исследование не выполняется для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

- А. УЗИ органов малого таза.
- Б. МРТ органов малого таза.
- В. Фиброгастродуоденоскопия.
- Г. Биопсия яичника при кульдоцентезе.
- Д. Уровень онкомаркеров СА 125, НЕ 4, индекс ROMA.

##### **Вопрос 3. Какое первоочередное лечение показано данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

- А. Лапаротомия, кистэктомия.
- Б. Лапароскопическая кистэктомия.
- В. Гестагенные препараты в непрерывном режиме 6 месяцев.
- Г. А-ГнРГ 4 месяца.
- Д. КОК 12 месяцев.

#### Ситуационная задача № 5

На прием обратилась молодая женщина 25 лет по поводу образования на левом яичнике, выявленного при УЗИ. Жалоб не предъявляет. Планирует беременность.

ИЗ АНАМНЕЗА: менархе в 13 лет. Менструации по 5–6 дней, через 27–28 дней умеренные, безболезненные. Беременностей не было. Сейчас 8-й день менструального цикла.

ПРИ УЗИ: тело матки 44×37×46 мм, спереди, М-эхо 7 мм, правый яичник 32×27×20 мм обычной структуры, левый яичник 65×86×59 мм, содержит гипоэхогенное образование 50×65 мм с гиперэхогенной взвесью. При ЦДК кровотоков в образовании не выявлен, пристеночного компонента нет. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Зрелый фолликул.
- Б. Фолликулярная киста левого яичника.
- В. Эндометриома левого яичника.
- Г. Рак левого яичника.
- Д. Левосторонний аднекстумор.

**Вопрос 2. Хирургическое лечение в каком объеме показано данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

- А. Лапаротомия, кистэктомия.
- Б. Лапароскопическая кистэктомия.
- В. Лапароскопия, аднексэктомия слева.
- Г. Лапароскопия, аднексэктомия слева, резекция правого яичника.
- Д. Лапаротомия, экстирпация матки с левыми придатками.

**Вопрос 3. Какие мероприятия по восстановлению фертильности и профилактике рецидива заболевания проводятся после хирургического лечения?**

*Варианты ответа:*

- А. КОК на 3–6 месяцев.
- Б. А-ГнРГ на 6 месяцев.
- В. Ингибиторы прогестероновых рецепторов.
- Г. Эстрогены на 6 месяцев.
- Д. Гестагены в непрерывном режиме на 6 месяцев.

**Ситуационная задача № 6**

Пациентка 42 лет обратилась на прием к гинекологу для профилактического осмотра.

ИЗ АНАМНЕЗА: менструации по 4–5 дней, через 30 дней, темно-коричневые выделения из половых путей за 5–6 дней до менструаций, 6 лет назад произведена радиоволновая эксцизия шейки матки по поводу хронического цервицита. Родов — двое, без осложнений. 1 медицинский аборт.

ПРИ ОСМОТРЕ В ЗЕРКАЛАХ: влагалищная часть шейки матки до 1 см, по передней губе синюшные «глазки» 0,7 и 0,9 см, при бимануальном исследовании патологии не выявлено.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Псевдоэрозия шейки матки.
- Б. Хронический цервицит шейки матки.
- В. Рубцовая деформация шейки матки.
- Г. Эндометриоз шейки матки.
- Д. Рак шейки матки.

**Вопрос 2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

- А. Онкоцитологическое исследование мазка из экзо- и эндоцервикса.
- Б. Кольпоскопия.
- В. Биопсия шейки матки.
- Г. Мазок на флору из уретры и цервикального канала.
- Д. Все вышеперечисленные.

**Вопрос 3. Какое лечение необходимо назначить данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

- А. Динамическое наблюдение.
- Б. КОК на 6–12 месяцев.
- В. Агонисты ГнРГ на 3 месяца.
- Г. Гестагены в непрерывном режиме на 6 месяцев.
- Д. Радиоволновая эксцизия шейки матки.

**Ситуационная задача № 7**

Пациентка 28 лет находится на лечении в фтизиопульмонологическом отделении с жалобами на циклические кровохаркания, тупые боли в правой половине грудной клетки, возникающие накануне и во время менструации, общую слабость.

ИЗ АНАМНЕЗА: менструации с 12 лет по 6-7 дней, через 26–27 дней. Роды одни путем операции кесарева сечения, один медицинский аборт.

ОБЪЕКТИВНО: общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,4 °С, кожные покровы обычной окраски, пульс 76 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: слизистая влагалища и шейки матки бледно-розовая, выделения слизистые умеренные. Тело матки не увеличено, подвижно безболезненно. Придатки с обеих сторон не пальпируются.

В общем анализе крови эритроциты  $2,6 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 90 г/л.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Туберкулез легких.
- Б. Хронический эндобронхит.
- В. Эндометриоз легкого.
- Г. Инфаркт-пневмония.
- Д. Рак легкого.

**Вопрос 2. Какой объем исследований необходимо выполнить для подтверждения диагноза?**

*Варианты ответа:*

- А. Рентгенография, КТ органов грудной клетки, бронхоскопия.
- Б. Цитологическое и бактериологическое исследование мокроты, бронхиального смыва.
- В. Общий анализ крови, уровень Г-димеров.
- Г. Туберкулиновая проба.
- Д. Все вышеперечисленные.

**Вопрос 3. Какое лечение необходимо назначить данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

- А. Хирургическое лечение: резекция легкого.
- Б. А-ГнРГ на 3–6 месяцев.
- В. Гестагены с 16 по 25-й день менструального цикла.
- Г. Антибактериальная терапия.
- Д. Низкомолекулярные гепарины в лечебной дозе под контролем Д-димеров.

**Ситуационная задача № 8**

На прием обратилась пациентка 30 лет с жалобами на тупые боли, распирающего характера, в области передней брюшной стенки, усиливающиеся накануне и во время менструаций, которые появились около года назад.

ИЗ АНАМНЕЗА: менструации с 12 лет по 5–6 дней, через 26–27 дней, обильные и болезненные первые 2 дня. Родов — 2, путем операции кесарева сечения, последние 2 года назад.

ОБЪЕКТИВНО: на передней брюшной стенке имеется надлобковый рубец по Пфанненштилю. В толще тканей по направлению от рубца к пупку пальпируется плотный болезненный инфильтрат без четких контуров, около 8 см в диаметре, состоящий из множества разновеликих узелков. Кожа над образованием не гиперемирована, чистая, соответствует температуре окружающих тканей.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: при исследовании в зеркалах шейка матки чистая; слизистая влагалища бледно-розовая, выделения слизистые скудные. При бимануальном исследовании: матка не увеличена, придатки не определяются.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен у данной пациентки?**

*Варианты ответа:*

- А. Послеоперационный рубец.
- Б. Ущемленная вентральная грыжа.
- В. Липома передней брюшной стенки.
- Г. Воспалительный инфильтрат передней брюшной стенки.
- Д. Эндометриоз послеоперационного рубца.

**Вопрос 2. Какое обследование необходимо провести с целью уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

- А. УЗИ передней брюшной стенки.
- Б. Биопсию инфильтрата с последующим цитологическим и гистологическим исследованием.
- В. Общий анализ крови.
- Г. УЗИ органов малого таза.
- Д. Все вышеперечисленное.

**Вопрос 3. Какое лечение необходимо назначить пациентке?**

*Варианты ответа:*

- А. Хирургическое: иссечение инфильтрата.
- Б. Комбинированное: хирургическое и гормональное.
- В. Антибактериальная терапия.
- Г. Экстренное хирургическое лечение: вскрытие и дренирования инфильтрата.
- Д. А-ГнРГ.

**Ситуационная задача № 9**

На прием к гинекологу обратилась пациентка 31 года с жалобами на периодическую боль, чувство распирания в молочных железах, усиливающееся за 7–10 дней до менструации.

ИЗ АНАМНЕЗА: менархе в 12 лет, менструальный цикл нерегулярный через 30–45 дней по 5–6 дней. Замужем 7 месяцев. Беременностей не было. Сейчас 25-й день менструального цикла. Наследственный анамнез не отягощен.

ОБЪЕКТИВНО: визуально молочные железы не изменены. При пальпации определяются болезненные уплотнения без четких контуров с выраженной зернистостью, локализованные в верхних наружных квадрантах обеих молочных желез. Подмышечные, над- и подключичные лимфатические узлы не увеличены. Наблюдаются светло-серые выделения из сосков при надавливании.

СПЕЦИАЛЬНОЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: при исследовании в зеркалах слизистая влагалища обычной окраски, выделе-

ния однородные молочного цвета, умеренные. При бимануальном исследовании тело матки обычных размеров, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не пальпируются, безболезненные. Своды влагалища свободные.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен у данной пациентки?**

*Варианты ответа:*

- А. Дисменорея.
- Б. Предменструальный синдром.
- В. Диффузная мастопатия.
- Г. Очаговая мастопатия.
- Д. Рак молочной железы.

**Вопрос 2. Какое исследование необходимо провести для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

- А. УЗИ молочных желез.
- Б. Определение мутации в генах-супрессорах опухолевого роста BRCA1, BRCA2.
- В. Рентгеновская маммография.
- Г. Пункционная биопсия с последующим гистологическим исследованием.
- Д. Консультация онколога-маммолога.

**Вопрос 3. Какое лечение назначить данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

- А. Профилактическая двусторонняя мастэктомия.
- Б. Секторальная резекция обеих молочных желез.
- В. Прогестагены с 16-го по 25-й день, гомеопатические препараты, седативные препараты и транквилизаторы, поливитамины.
- Г. Диета, КОК, гомеопатические препараты, НПВС, витамины.
- Д. Верно В, Г.

### **Ситуационная задача № 10**

Пациентка 45 лет обратилась в женскую консультацию для профилактического осмотра. Жалоб нет.

ИЗ АНАМНЕЗА: менархе в 13 лет, менструации по 5–6 дней через 24–25 дней. Родов — 2, путем операции кесарева сечения. Грудное вскармливание около 10 месяцев. Наследственный анамнез отягощен: мать оперирована по поводу рака молочной железы.

ОБЪЕКТИВНО: при пальпации в наружном верхнем квадранте левой молочной железы определяется безболезненное уплотнение около 1,5 см в диаметре. Кожа над образованием не изменена. Подмышечные, над- и под-

ключичные лимфатические узлы не увеличены. Наблюдаются светло-серые выделения из сосков при надавливании.

**ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС:** при исследовании в зеркалах слизистая влагалища обычной окраски, выделения слизистые умеренные. При бимануальном исследовании тело матки обычных размеров, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не пальпируются, безболезненные. Своды влагалища свободные.

**Вопрос 1. Какие факторы риска патологии молочной железы можно выделить у данной пациентки?**

*Варианты ответа:*

- А. Гиперпролактинемия.
- Б. Гинекологические заболевания, сопровождающиеся гормональными нарушениями.
- В. Генетическая предрасположенность.
- Г. Кратковременная лактация.
- Д. Раннее менархе, поздняя менопауза.

**Вопрос 2. Какое исследование необходимо провести для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

- А. Определение мутации в генах-супрессорах опухолевого роста BRCA1, BRCA2.
- Б. Рентгеновская маммография.
- В. Пункционная биопсия с последующим гистологическим исследованием.
- Г. Консультация онколога-маммолога.
- Д. Все вышеперечисленные.

**Вопрос 3. Какое лечение назначить данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

- А. Профилактическая двусторонняя мастэктомия при отсутствии мутации в генах BRCA1, BRCA2.
- Б. Мастэктомия слева.
- В. Секторальная резекция левой молочной железы.
- Г. Прогестагены с 16-го по 25-й день, гомеопатические препараты, седативные препараты и транквилизаторы, поливитамины.
- Д. Диета, КОК, гомеопатические препараты, НПВС, витамины.

## ГЛАВА 6

### ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ МАТКИ И ЯИЧНИКОВ

*Выберите один правильный вариант ответа*

**1. Характерные особенности миомы матки:**

*Варианты ответа:*

- а) это доброкачественная, гормональнозависимая опухоль;
- б) исходит из поперечнополосатой мышечной ткани;
- в) наиболее часто встречается в пубертатном возрасте и у женщин раннего репродуктивного периода;
- г) склонная к малигнизации;
- д) возможно метастазирование во влагалище.

**2. В основе этиопатогенеза миомы матки:**

*Варианты ответа:*

- а) гиперпрогестеронемия;
- б) гиперпролактинемия;
- в) гиперэстрогенемия;
- г) хронический миоэндометрит;
- д) инфицирование ВПЧ.

**3. Наиболее информативный метод диагностики межмышечной миомы матки:**

*Варианты ответа:*

- а) влагалищное исследование;
- б) УЗИ;
- в) гистеросальпингография;
- г) гистероскопия;
- д) исследование с помощью зеркал.

**4. Основной клинический симптом подслизистой миомы матки:**

*Варианты ответа:*

- а) хроническая тазовая боль;
- б) аномальные маточные кровотечения;
- в) сдавление соседних органов;
- г) вторичное бесплодие;
- д) нарушение функции тазовых органов.

**5. О наличии подслизистой миомы матки можно судить на основании результатов всех перечисленных ниже исследований, кроме:**

*Варианты ответа:*

- а) трансвагинальной эхографии;

- б) гистероскопии;
- в) РДВ;
- г) метросальпингографии;
- д) лапароскопии.

**6. Оптимальный объем хирургического лечения при наличии миомы матки с расположением узла в шейке:**

*Варианты ответа:*

- а) надвлагалищная ампутация матки;
- б) консервативная миомэктомия;
- в) гистерорезектоскопия;
- г) экстирпация матки;
- д) абляция эндометрия.

**7. Нарушение функции мочевого пузыря и кишечника возникает при:**

*Варианты ответа:*

- а) субсерозной миоме матки;
- б) субмукозной миоме матки;
- в) межсвязочной миоме матки;
- г) интерстициальной миоме матки;
- д) рождающемся субмукозном узле.

**8. Показания к оперативному лечению миомы матки:**

*Варианты ответа:*

- а) размеры опухоли 10 недель беременности;
- б) рост опухоли более 1–2 недель в год;
- в) боль во время менструации;
- г) сочетание миомы матки с ожирением;
- д) бесплодие, связанное с миомой.

**9. При миоме матки выполняются все операции, кроме:**

*Варианты ответа:*

- а) энуклеации миоматозных узлов;
- б) ампутации шейки матки по Штурмдорфу;
- в) рентгенэндоваскулярной эмболизации маточной артерии;
- г) тотальной гистерэктомии (экстирпации);
- д) надвлагалищной ампутации матки.

**10. К радикальным операциям при миоме матки относятся:**

*Варианты ответа:*

- а) дефундация матки;
- б) консервативная миомэктомия;
- в) рентгенэндоваскулярная эмболизация маточной артерии;

- г) тотальная гистерэктомия (экстирпация);
- д) гистерорезектоскопия.

**11. С целью предоперационной подготовки назначают:**

*Варианты ответа:*

- а) гестагены;
- б) эстрогены;
- в) КОК;
- г) а-ГнРГ;
- д) селективные модуляторы рецепторов эстрогена.

**12. С целью консервативной терапии при миоме матки назначают:**

*Варианты ответа:*

- а) норэтистерон;
- б) тиболон;
- в) эстрадиола валерат;
- г) клостилбегид;
- д) диеногест.

**13. Для предоперационной подготовки при миоме матки проводят:**

*Варианты ответа:*

- а) РДВ, гистологическое исследование соскоба слизистой матки;
- б) кульдоцентез;
- в) гидросонографию;
- г) кольпоцитограмму;
- д) все ответы верны.

**14. Предоперационную гормональную подготовку следует назначить при:**

*Варианты ответа:*

- а) планируемой консервативной миомэктомии;
- б) планируемой субтотальной гистерэктомии;
- в) планируемой тотальной гистерэктомии;
- г) планируемой эмболизации маточных артерий (ЭМА);
- д) планируемой абляции миомы ФУЗ.

**15. Длительность предоперационной подготовки составляет:**

*Варианты ответа:*

- а) 1 месяц;
- б) 3 месяца;
- в) 6 месяцев;
- г) 1 год;
- д) подбирается индивидуально.

**16. Выбор хирургического доступа зависит от:**

*Варианты ответа:*

- а) величины матки;
- б) локализации миоматозных узлов;
- в) предоперационной гормональной подготовки;
- г) оснащения эндоскопическим оборудованием и опыта хирурга;
- д) все ответы верны.

**17. При единичном субсерозном узле на ножке предпочтительно:**

*Варианты ответа:*

- а) консервативное лечение КОК, наблюдение;
- б) удаление узла лапароскопическим доступом с помощью биполярной электрической энергии;
- в) лапароскопическим доступом с наложением двухрядных викриловых швов;
- г) лапаротомным доступом с наложением двухрядных викриловых швов;
- д) лапаротомным доступом с наложением однорядного викрилового шва.

**18. Миомэктомию при интерстициальном расположении узлов предпочтительно выполнять:**

*Варианты ответа:*

- а) лапароскопическим доступом с использованием биполярной коагуляции ложа;
- б) лапароскопическим доступом с применением наложения танталовых скоб;
- в) лапароскопическим доступом с наложением однорядного викрилового шва;
- г) лапаротомным доступом с наложением двухрядных викриловых швов;
- д) лапаротомным доступом с наложением однорядного викрилового шва.

**19. При субмукозном расположении миоматозного узла выполняется:**

*Варианты ответа:*

- а) гистероскопическая механическая миомэктомия;
- б) гистероскопическая электрохирургическая миомэктомия;
- в) ФУЗ-абляция ;
- г) верно а, б;
- д) верно а, б, в.

**20. К альтернативным методам лечения миомы матки относятся:**

*Варианты ответа:*

- а) лапароскопический миолиз;
- б) эмболизация маточных артерий;
- в) перевязка или клеммирование маточных артерий;

- г) ФУЗ-абляция миомы;
- д) все ответы верны.

**21. ЭМА противопоказана:**

*Варианты ответа:*

- а) в постменопаузе;
- б) при подозрении на саркому;
- в) при остром воспалительном процессе гениталий;
- г) все ответы верны;
- д) верно б, в.

**22. К опухолевидным образованиям придатков матки относятся:**

*Варианты ответа:*

- а) фолликулярные кисты;
- б) кисты желтого тела;
- в) текалютеиновые кисты;
- г) эндометриоидные кисты;
- д) все ответы верны.

**23. Фолликулярные кисты наиболее часто встречаются:**

*Варианты ответа:*

- а) в репродуктивном возрасте;
- б) в периоде новорожденности;
- в) в постменопаузе;
- г) в ювенильном периоде;
- д) в перименопаузальном периоде.

**24. Признаком перехода физиологического процесса созревания фолликула в патологическую фолликулярную кисту служит диаметр жидкостного образования более:**

*Варианты ответа:*

- а) 15 мм;
- б) 20 мм;
- в) 30 мм;
- г) 35 мм;
- д) 40 мм.

**25. Для опухолевидных образований яичников характерно:**

*Варианты ответа:*

- а) пролиферация эпителия клеточных элементов стенки
- б) отсутствие пролиферации эпителия клеточных элементов стенки
- в) состоят из паренхимы и стромы
- г) образуются из половых клеток
- д) подвержены метаплазии и параплазии.

**26. Наиболее частыми опухолями яичника являются:**

*Варианты ответа:*

- а) цистаденомы;
- б) эндометриоидные опухоли;
- в) опухоль Бреннера;
- г) гранулезоклеточная опухоль;
- д) зрелая тератома.

**27. Зрелая тератома относится к:**

*Варианты ответа:*

- а) опухолевидным образованиям яичника;
- б) эпителиальным опухолям яичника;
- в) опухолям полового тяжа;
- г) герминогенным опухолям;
- д) все ответы верны.

**28. Для диагностики опухолей яичников используют:**

*Варианты ответа:*

- а) УЗИ с доплерометрией;
- б) компьютерную томографию, МРТ;
- в) биопсию опухоли;
- г) все верно;
- д) верно а, б.

**29. О злокачественном характере опухоли яичника может свидетельствовать повышение следующих онкомаркеров:**

*Варианты ответа:*

- а) СА 19-9, раковоэмбриональный антиген;
- б) СА 15-3, раковоэмбриональный антиген;
- в) СА 125, НЕ 4, индекс ROMA;
- г) альфа-фетопротеин,  $\beta$ -хорионический гонадотропин человека;
- д) все вышеперечисленные.

**30. Лечение муцинозной цистаденомы в репродуктивном возрасте:**

*Варианты ответа:*

- а) курс противовоспалительной терапии;
- б) резекция яичника;
- в) аднексэктомия на стороне пораженного яичника;
- г) экстирпация матки с пораженными придатками;
- д) комбинированные оральные контрацептивы на 3–6 месяцев.

### Ситуационная задача № 1

Пациентка 43 лет поступила в гинекологический стационар с жалобами на обильные, длительные менструации, учащенное мочеиспускание.

ИЗ АНАМНЕЗА: двое родов, последний год беспокоят обильные менструации. Состоит на диспансерном учете по миоме матки 2 года.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: шейка матки гипертрофирована, деформирована; тело матки увеличено до 12 недель беременности, плотное, безболезненное, придатки с обеих сторон не изменены; выделения слизистые.

#### **Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Миома матки с интерстициальным ростом узлов.
- Б. Миома матки с субсерозным ростом узлов.
- В. Миома матки с субмукозным ростом узлов.
- Г. Миома матки с шеечным ростом узлов.
- Д. Миома матки с интралигаментарным ростом узлов.

#### **Вопрос 2. Какой метод исследования имеет первоочередное значение для установки диагноза?**

*Варианты ответа:*

- А. Гистероскопия.
- Б. Гидросонография.
- В. КТ.
- Г. Метросальпингография.
- Д. УЗИ.

#### **Вопрос 3. Какой метод лечения необходимо выбрать для данной пациентки?**

*Варианты ответа:*

- А. А-ГнРГ на 3 месяца.
- Б. Лапаротомия, экстирпация матки без придатков после медикаментозной предоперационной подготовки.
- В. Гистерорезектоскопия.
- Г. Лапаротомия, экстирпация матки без придатков.
- Д. Лапаротомия, консервативная миомэктомия.

### Ситуационная задача № 2

Пациентка 58 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на кровянистые выделения из половых путей.

ИЗ АНАМНЕЗА: менопауза 5 лет. Из соматической патологии АГ, хронический гастрит.

ОБЪЕКТИВНО: масса тела 92 кг, рост 150 см, АД 150/90 мм рт. ст.

СПЕЦИАЛЬНОЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: наружные половые органы и влагалище с явлениями возрастной инволюции; слизистая оболочка влагалища легко ранима; шейка матки не эрозирована, симптом «зрочка» отрицательный. Из канала шейки матки скудные кровянистые выделения; матка увеличена до 15 недель беременности, ограничено подвижна, опухолевидно изменена, плотная. Придатки не определяются; параметрии свободны.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Миома матки с интерстициальным ростом узлов.
- Б. Саркома матки.
- В. Миома матки с субмукозным ростом узлов.
- Г. Рак шейки матки.
- Д. Аномальное маточное кровотечение: овариальная дисфункция.

**Вопрос 2. Какой метод исследования имеет первоочередное значение для установки диагноза?**

*Варианты ответа:*

- А. Гистологический.
- Б. Цитологический.
- В. КТ.
- Г. Определение онкомаркеров.
- Д. УЗИ.

**Вопрос 3. Какой метод лечения необходимо выбрать для данной пациентки?**

*Варианты ответа:*

- А. А-ГнРГ на 3 месяца.
- Б. Лапаротомия, экстирпация матки без придатков после медикаментозной предоперационной подготовки.
- В. Гистерорезектоскопия.
- Г. Лапаротомия, экстирпация матки с придатками.
- Д. Лапаротомия, консервативная миомэктомия.

**Ситуационная задача № 3**

Пациентка 40 лет обратилась в женскую консультацию для профосмотра. Жалоб не предъявляет.

АНАМНЕЗ: двое срочных родов, три медицинских аборта без осложнений.

ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: шейка матки цилиндрической формы, тело матки опухолевидно изменено, плотное, бугристое,

увеличено до 13–14 недель беременности. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Своды глубокие, свободные.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Миома матки с интерстициальным ростом узлов.
- Б. Миома матки с субсерозным ростом узлов.
- В. Миома матки с субмукозным ростом узлов.
- Г. Миома матки с шеечным ростом узлов.
- Д. Миома матки с интралигаментарным ростом узлов.

**Вопрос 2. Какой метод исследования имеет первоочередное значение для установки диагноза?**

*Варианты ответа:*

- А. Гистероскопия.
- Б. Гидросонография.
- В. КТ.
- Г. Метросальпингография.
- Д. УЗИ.

**Вопрос 3. Какой метод лечения необходимо выбрать для данной пациентки?**

*Варианты ответа:*

- А. А-ГнРГ на 3 месяца.
- Б. Лапаротомия, экстирпация матки без придатков после медикаментозной предоперационной подготовки.
- В. Гистерорезектоскопия.
- Г. Лапаротомия, экстирпация матки без придатков.
- Д. Лапаротомия, консервативная миомэктомия.

**Ситуационная задача № 4**

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

**Вопрос 1. Какое осложнение возникло?**

*Варианты ответа:*

- А. Внутривнутрибрюшное кровотечение.
- Б. Тромбоэмболия легочной артерии.

- В. Рассечение мочеточника во время операции.
- Г. Травма мочевого пузыря во время операции.
- Д. Кровотечение из культи воронкотазовой связки слева.

**Вопрос 2. Как следует поступить в данной ситуации?**

*Варианты ответа:*

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

**Вопрос 3. Какой объем оперативного лечения необходимо выполнить?**

*Варианты ответа:*

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

### **Ситуационная задача № 5**

Пациентка 32 лет обратилась к гинекологу с жалобами на периодически возникающие тянущие боли внизу живота, больше слева.

ИЗ АНАМНЕЗА: менструальная функция не нарушена. В анамнезе 2 срочных родов и 2 медицинских аборта без осложнений.

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

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Киста яичника.
- Б. Субсерозная миома матки.
- В. Рак яичника.
- Г. Гидросальпинкс.
- Д. Гранулезоклеточная опухоль яичника.

**Вопрос 2. Какие исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

- А. УЗИ органов малого таза с цветным доплеровским картированием.
- Б. Определение маркеров опухолевого роста СА-125, НЕ-4, индекс ROMA.
- В. РДВ.
- Г. Все верно.
- Д. Верно А и Б.

**Вопрос 3. Какое лечение необходимо предложить женщине?**

*Варианты ответа:*

- А. Комбинированные низкодозированные контрацептивы на 3 месяца с контролем УЗИ после лечения.
- Б. Противовоспалительная терапия.
- В. Лапароскопия, резекция яичника со срочным гистологическим исследованием.
- Г. Лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, резекция яичника со срочным гистологическим исследованием.
- Д. Все ответы верны.

### **Ситуационная задача № 6**

Пациентка 57 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на слабость, тянущие боли внизу живота.

АНАМНЕЗ: постменопауза 8 года. В анамнезе одни роды и два аборта, хронический сальпингоофорит.

ОБЪЕКТИВНО: масса тела 50 кг, рост 163 см, отмечается увеличение размеров живота, притупление перкуторного звука в боковых отделах.

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

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Киста яичника.
- Б. Субсерозная миома матки.
- В. Рак яичника.
- Г. Гидросальпинкс.
- Д. Гранулезоклеточная опухоль яичника.

**Вопрос 2. Какие исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

- А. УЗИ органов малого таза с цветным доплеровским картированием.
- Б. Определение маркеров опухолевого роста СА-125, НЕ-4, индекс ROMA.
- В. РДВ.
- Г. Все верно.
- Д. Верно А и Б.

**Вопрос 3. Какое лечение необходимо предложить женщине?**

*Варианты ответа:*

- А. А-ГнРГ на 3 месяца с контролем УЗИ после лечения.
- Б. Противовоспалительная терапия.
- В. Лапароскопия, резекция яичника со срочным гистологическим исследованием.
- Г. Лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, экстирпация матки с придатками, резекция большого сальника.
- Д. Все ответы верны.

### **Ситуационная задача № 7**

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

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

ОБЪЕКТИВНО: кожный покров бледно-розовый, пульс 78 ударов в 1 мин, АД 125/80 мм рт. ст. В общем анализе крови уровень гемоглобина 87 г/л.

ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ: шейка матки гипертрофирована, тело матки соответствует 7 неделям беременности, подвижное, плотное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не пальпируются.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Миома матки с интерстициальным ростом узлов.
- Б. Миома матки с субсерозным ростом узлов.
- В. Миома матки с субмукозным ростом узлов.
- Г. Миома матки с шеечным ростом узлов.
- Д. Миома матки с быстрым ростом.

**Вопрос 2. Какой метод исследования имеет первоочередное значение для установки диагноза?**

*Варианты ответа:*

- А. Гистероскопия.
- Б. Гидросонография.
- В. КТ.
- Г. Метросальпингография.
- Д. УЗИ.

**Вопрос 3. Какой метод лечения необходимо выбрать для данной пациентки?**

*Варианты ответа:*

- А. А-ГнРГ 3 месяца.
- Б. Лапаротомия, экстирпация матки без придатков после медикаментозной предоперационной подготовки.
- В. Гистерорезектоскопическая миомэктомия.
- Г. Лапаротомия, экстирпация матки без придатков.
- Д. Лапаротомия, консервативная миомэктомия.

### **Ситуационная задача № 8**

Пациентка 48 лет поступила в терапевтическое отделение с жалобами на общую слабость, недомогание, тошноту, изжогу, боли в эпигастральной области.

ИЗ АНАМНЕЗА: считает себя больной около 4 месяцев, когда впервые появились жалобы, отмечает снижение веса за этот период на 7 кг. К гинекологу последний раз обращалась год назад для профилактического осмотра. Патологии выявлено не было.

СПЕЦИАЛЬНОЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: матка в anteflexio, не увеличена, подвижна, безболезненна. В области придатков с обеих сторон от матки обнаружены два опухолевидных образования размерами 6×7×8 и 5×6×10 см, плотные, подвижные, безболезненные. Параметральная клетчатка мягкая.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Эндометриоидные кисты яичников.
- Б. Субсерозная миома матки.
- В. Рак яичника.
- Г. Двусторонний гидросальпинкс.
- Д. Рак желудка.

**Вопрос 2. Какие исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

- А. УЗИ органов малого таза и брюшной полости.
- Б. ФГДС.
- В. Онкомаркеры СА 125, СА 19-9.
- Г. Все верно.
- Д. Верно А и Б.

**Вопрос 3. Какое лечение необходимо предложить женщине?**

*Варианты ответа:*

- А. КОК на 3 месяца с контролем УЗИ после лечения.
- Б. Противовоспалительная терапия.
- В. ЛС резекция яичника со срочным гистологическим исследованием.
- Г. Лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, субтотальная резекция желудка, аднексэктомия.
- Д. Все ответы верны.

### **Ситуационная задача № 9**

В женскую консультацию обратилась 23-летняя женщина с жалобами на обильные длительные менструации.

ИЗ АНАМНЕЗА: менструации с 13 лет, установились в течение 2-х лет, менструальная функция до 21 года нарушена не была. На протяжении последних 2-х лет отмечает удлинение менструального кровотечения до 7 дней, обильные выделения в первые 5 дней. 3 месяца назад в связи с маточным кровотечением произведено РДВ. Гистологическое исследование: простая гиперплазия эндометрия без атипии. Беременностей не было.

ОБЪЕКТИВНО: правильного телосложения, АД 120/80 мм рт. ст., пульс 70 ударов в минуту.

СПЕЦИАЛЬНОЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: половые органы развиты правильно. Матка, придатки пальпаторно не изменены.

УЗИ: в области правого яичника выявлено округлое образование диаметром 4 см с эхопозитивным внутренним строением и эконегативными включениями. При ЦДК визуализируются множественные зоны васкуляризации.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Киста яичника.
- Б. Субсерозная миома матки.
- В. Рак яичника.
- Г. Гидросальпинкс.
- Д. Гранулезоклеточная опухоль яичника.

**Вопрос 2. Какие исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

- А. Определение уровня половых гормонов в крови.
- Б. Определение маркеров опухолевого роста СА-125, НЕ-4, индекс ROMA.
- В. РДВ.
- Г. Все верно.
- Д. Верно А и Б.

**Вопрос 3. Какое лечение необходимо предложить женщине?**

*Варианты ответа:*

- А. КОК на 3 месяца с контролем УЗИ после лечения.
- Б. Противовоспалительная терапия.
- В. Лапароскопия, резекция правого яичника.
- Г. Лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, экстирпация матки, аднексэктомия, резекция большого сальника.
- Д. Лапароскопия, аднексэктомия справа, биопсия яичника слева.

### **Ситуационная задача № 10**

Пациентка 26 лет обратилась на прием гинеколога в связи с отсутствием беременности в течение 2 лет.

ИЗ АНАМНЕЗА: менструации с 13 лет, регулярные через 26–28 дней. В последние 2 месяца стали более обильными, болезненными, длительностью по 8–9 дней. Год назад на профилактическом осмотре впервые выявлена миома матки, в виде единичного узла по передней стенке матки размерами 22×32 мм. Врач разрешил планировать беременность. Беременностей не было.

СПЕЦИАЛЬНОЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: половые органы развиты правильно. Матка увеличена до 7–8 недель беременности, плотная подвижная безболезненная; придатки пальпаторно не изменены.

УЗИ на 6 день менструального цикла: матка отклонена кпереди, размеры 76×60×80 мм, по передней стенке в области правого угла матки определяется узел 55×50 мм с центрипитальным ростом, деформирующий полость матки. Эндометрий 7 мм, соответствует первой фазе цикла. Яичники обычной структуры, фолликулярный аппарат выражен. Жидкости в малом тазу нет.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Аденомиоз.
- Б. Субсерозная миома матки.
- В. Интерстициальная миома матки с геморрагическим синдромом.

- Г. Интерстициально-субмукозная миома матки. Первичное бесплодие.
- Д. Саркома матки.

**Вопрос 2. Какое лечение необходимо предложить женщине?**

*Варианты ответа:*

- А. Гистероскопия, миомэктомия.
- Б. Лапароскопия, консервативная миомэктомия.
- В. Лапаротомия, консервативная миомэктомия, метропластика.
- Г. Надвлагалищная ампутация матки без придатков.
- Д. Экстирпация матки с придатками.

**Вопрос 3. Для улучшения результата хирургического лечения миомы матки в плане предоперационной подготовки рекомендовано:**

*Варианты ответа:*

- А. КОК на 3 месяца.
- Б. А-ГнРГ или селективные модуляторы прогестероновых рецепторов на 3 месяца.
- В. Прогестагены в непрерывном режиме на 3 месяца.
- Г. Курс антибактериальной и противовоспалительной терапии.
- Д. А-ГнРГ или селективные модуляторы прогестероновых рецепторов на 6 месяцев.

## ГЛАВА 7

# ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

*Выберите один правильный вариант ответа*

**1. Распространению инфекции в половых путях способствует все, кроме:**

*Варианты ответа:*

- а) внутриматочных манипуляций;
- б) очагов хронической инфекции;
- в) менструации;
- г) беременности;
- д) обменных и эндокринных нарушений.

**2. Сальпингофорит — это ...**

*Варианты ответа:*

- а) воспаление брюшины малого таза;
- б) воспаление клетчатки, окружающей матку;
- в) воспаление наружных половых органов;
- г) воспаление слизистой оболочки влагалища;
- д) воспаление придатков матки.

**3. Осложнение хронического сальпингофрита:**

*Варианты ответа:*

- а) тромбофлебит вен малого таза;
- б) эрозированный эктропион;
- в) эндоцервицит;
- г) спаечный процесс в малом тазу;
- д) гиперплазия эндометрия.

**4. Укажите возможные осложнения острого сальпингофрита:**

*Варианты ответа:*

- а) генерализация инфекции с развитием местного или разлитого перитонита;
- б) абсцедирование;
- в) формирование синдрома хронической тазовой боли;
- г) хронизация процесса с формированием гидросальпинксов;
- д) все перечисленное.

**5. Скопление гноя в маточной трубе — это ...**

*Варианты ответа:*

- а) сальпингофорит;

- б) пиосальпинкс;
- в) гидросальпинкс;
- г) пиовар;
- д) абсцесс яичника.

**6. Параметрит — это ...**

*Варианты ответа:*

- а) воспаление брюшины малого таза;
- б) воспаление клетчатки, окружающей матку;
- в) воспаление наружных половых органов;
- г) воспаление слизистой оболочки влагалища;
- д) воспаление большой железы преддверия влагалища.

**7. Центральное место в лечении воспалительных заболеваний половых органов принадлежит:**

*Варианты ответа:*

- а) антибактериальной терапии;
- б) витаминотерапии;
- в) физиотерапии;
- г) инфузионной терапии;
- д) антимикотическим препаратам.

**8. Характерными клиническими проявлениями неспецифического вульвовагинита следует считать все, кроме:**

*Варианты ответа:*

- а) ациклических кровянистых выделений;
- б) белей;
- в) зуда промежности;
- г) диспареунии;
- д) жжения при мочеиспускании.

**9. Для лечения атрофического вагинита применяют:**

*Варианты ответа:*

- а) фарматекс;
- б) полижинакс;
- в) ваготил;
- г) тержинан;
- д) овестин.

**10. Пусковым моментом при септическом шоке является:**

*Варианты ответа:*

- а) ангиоспазм;
- б) действие экзо- и эндотоксинов;

- в) гипоксия головного мозга;
- г) кровотечение;
- д) острая почечная недостаточность.

**11. Лечение бартолинита включает все, кроме:**

*Варианты ответа:*

- а) антибактериальных препаратов;
- б) аппликаций противовоспалительных мазей местно;
- в) физиолечения;
- г) прикладывания пузыря со льдом для уменьшения остроты воспаления;
- д) экстренного оперативного вмешательства.

**12. Гонококки преимущественно поражают отделы мочеполовой системы, выстланные эпителием:**

*Варианты ответа:*

- а) кубическим;
- б) цилиндрическим;
- в) многослойным плоским неороговевающим;
- г) многослойным плоским ороговевающим;
- д) переходным эпителием.

**13. Восходящая гонорея — это поражение:**

*Варианты ответа:*

- а) канала шейки матки;
- б) маточных труб;
- в) парауретральных желез;
- г) уретры;
- д) прямой кишки.

**14. Наиболее эффективным методом диагностики гонококковой инфекции является:**

*Варианты ответа:*

- а) иммуноферментный анализ;
- б) культуральный;
- в) бактериоскопический;
- г) иммунофлюоресцентный;
- д) ПЦР.

**15. К гонорее нижних отделов мочеполовой системы относят поражение:**

*Варианты ответа:*

- а) матки;
- б) маточных труб;
- в) яичников;

- г) брюшины малого таза;
- д) слизистой оболочки цервикального канала.

**16. Возбудитель урогенитального хламидиоза:**

*Варианты ответа:*

- а) Chlamydia trachomatis;
- б) Chlamydia psittaci;
- в) Chlamydia pneumoniae;
- г) Neisseria gonorrhoeae;
- д) Trichomonas vaginalis.

**17. Хламидийная инфекция:**

*Варианты ответа:*

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

**18. Для лечения хламидийной инфекции не применяется:**

*Варианты ответа:*

- а) доксицилин;
- б) джозамицин;
- в) офлоксацин;
- г) амоксицилин;
- д) спирамицин.

**19. Для герпесвирусной инфекции половых органов характерно все перечисленное ниже, кроме:**

*Варианты ответа:*

- а) высокой контагиозности;
- б) полового пути инфицирования;
- в) преимущественного поражения маточных труб;
- г) рецидивирующего течения;
- д) наличия общей интоксикационной симптоматики.

**20. Для лечения генитального герпеса применяют:**

*Варианты ответа:*

- а) далацин С;
- б) полижинакс;
- в) ацикловир;

- г) золадекс;
- д) азитромицин.

**21. В структуре генитального туберкулеза первое место по частоте занимает:**

*Варианты ответа:*

- а) туберкулез маточных труб;
- б) туберкулез эндометрия;
- в) туберкулез влагалища;
- г) туберкулез преддверия влагалища;
- д) туберкулез вульвы.

**22. Лечение генитального туберкулеза проводят в:**

*Варианты ответа:*

- а) пульмонологическом отделении;
- б) в поликлинике по месту жительства;
- в) в противотуберкулезном стационаре;
- г) в гинекологическом отделении областной больницы;
- д) в РНПЦ «Мать и дитя».

**23. К неспецифической профилактике туберкулеза относят все, кроме:**

*Варианты ответа:*

- а) вакцинации БЦЖ;
- б) улучшения условий труда;
- в) улучшения условий жизни;
- г) общеоздоровительных мероприятий;
- д) повышения резистентности организма.

**24. Условия возникновения вагинального кандидоза:**

*Варианты ответа:*

- а) снижение общей и местной резистентности;
- б) прием антибиотиков;
- в) прием глюкокортикоидов;
- г) сахарный диабет;
- д) все перечисленное выше.

**25. Для лечения вагинального кандидоза применяют:**

*Варианты ответа:*

- а) сертаконазол;
- б) клотримазол;
- в) пимафуцин;
- г) флуконазол;
- д) все перечисленные препараты.

**26. Обнаружение при расширенной кольпоскопии мелкоточечных вкраплений в виде «манной крупы» является симптомом:**

*Варианты ответа:*

- а) вагинального кандидоза;
- б) генитального туберкулеза;
- в) хламидийной инфекции;
- г) цервицита;
- д) неспецифического вагинита.

**27. Для трихомониаза характерно все, кроме:**

*Варианты ответа:*

- а) трихомонады могут снижать подвижность сперматозоидов;
- б) основной путь заражения — половой;
- в) контагиозность возбудителя приближается к 100 %;
- г) трихомонада относится к условнопатогенным микроорганизмам;
- д) трихомонады часто бывают спутниками других инфекций.

**28. Для лечения трихомониаза применяется:**

*Варианты ответа:*

- а) доксициклин;
- б) метронидазол;
- в) амоксициллин;
- г) эритромицин;
- д) азитромицин.

**29. Основным клиническим симптомом бактериального вагиноза является:**

*Варианты ответа:*

- а) зуд наружных половых органов и промежности;
- б) диспареуния;
- в) обильные бели с неприятным запахом;
- г) дизурия;
- д) пузырьковые высыпания в области наружных половых органов.

**30. Укажите диагностические критерии, свидетельствующие о наличии бактериального вагиноза:**

*Варианты ответа:*

- а) обнаружение «ключевых» клеток при микроскопии;
- б) рН влагалищного секрета менее 4, 5;
- в) отрицательный тест с 10 % КОН;
- г) выраженная гиперемия слизистой влагалища с неоднородным крошкообразным налетом;
- д) все перечисленное.

## Ситуационная задача № 1

Пациентка 46 лет поступила в стационар в связи с жалобами на сильные боли внизу живота, тошноту, однократную рвоту, повышение температуры тела до 39,5 °С.

**ИЗ АНАМНЕЗА:** менструальная функция не нарушена, 10-й день менструального цикла. В анамнезе двое срочных родов и три медицинских аборта без осложнений. В течение последних 10 лет с целью контрацепции использует ВМК. Заболела 7 дней назад, когда появились тянущие боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку, температура тела повысилась до 37,5 °С. К врачу не обращалась, принимала баралгетас, кетарол без эффекта. В связи с резким ухудшением самочувствия вызвала карету скорой медицинской помощи.

**ОБЪЕКТИВНО:** состояние средней тяжести, пульс 120 в 1 минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, резко болезненен во всех отделах, в правом и левом боковых каналах определяется притупление перкуторного звука, симптом Щеткина—Блюмберга резко положительный.

**ИССЛЕДОВАНИЕ В ЗЕРКАЛАХ:** шейка матки эрозирована, видны нити ВМК, выделения обильные гнойные.

**БИМАНУАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:** в малом тазе пальпируется резко болезненный, неподвижный конгломерат, общими размерами 10×15×15 см; отдельно матку и придатки пальпировать не удастся; задний свод влагалища нависает, резко болезненный.

### **Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Эндометрит на фоне применения ВМК; нагноение кисты яичника.
- Б. Эндометрит на фоне применения ВМК, острый двусторонний сальпингит; пельвиоперитонит.
- В. Эндометрит на фоне применения ВМК; перфорация tuboовариального абсцесса; разлитой перитонит.
- Г. Миома матки с некрозом одного из узлов; острый гнойный сальпингит; разлитой перитонит.
- Д. Рак яичников IV стадии.

### **Вопрос 2. Врачебная тактика и объем оперативного вмешательства?**

*Варианты ответа:*

- А. Удаление ВМК с последующей комбинированной антибактериальной и инфузионно-трансфузионной терапией в течение 7 дней. В случае отсутствия эффекта — лапаротомия по Пфанненштилю, двусторонняя аднексэктомия.
- Б. Дренирование патологического образования под контролем трансвагинальной эхографии с последующей антибактериальной и инфузионной

терапией.

В. Лечебно-диагностическая лапароскопия; санация и дренирование брюшной полости.

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

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

**Вопрос 3. Каковы основные направления этиотропной и патогенетической терапии в послеоперационном периоде?**

*Варианты ответа:*

А. Воздействие на патогенную микрофлору с использованием антибактериальных, антисептических и физических средств.

Б. Борьба с эндогенной интоксикацией.

В. Восстановление нарушенных функций различных органов и систем.

Г. Профилактика хирургических осложнений.

Д. Все перечисленное выше.

### **Ситуационная задача № 2**

Пациентка 24 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры тела до 37,5 °С, гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании.

ИЗ АНАМНЕЗА: менструальная функция без особенностей. Половая жизнь с 17 лет, вне брака, от беременности предохраняется календарным методом, беременностей не было. Заболела остро, на 7-й день менструального цикла, когда появились указанные выше симптомы.

ОБЪЕКТИВНО: состояние удовлетворительное, пульс 96 в 1 минуту, ритмичный, живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: уретра инфильтрирована, шейка матки гиперемирована, отечна, с обширной эрозией, из шеечного канала обильные слизисто-гнойные выделения. Матка не увеличена, болезненная при пальпации, придатки с обеих сторон утолщены, болезненны, своды глубокие.

ПРИ БАКТЕРИОСКОПИИ мазков из уретры и канала шейки матки обнаружены диплококки, располагающиеся вне- и внутриклеточно.

**Вопрос 1. Ваш диагноз?**

*Варианты ответа:*

А. Свежая острая гонорея нижнего отдела мочеполовых органов.

Б. Свежая острая восходящая гонорея.

В. Подострая восходящая гонорея.

Г. Хроническая гонорея нижнего отдела мочеполовых органов.

Д. Торпидная гонорея.

**Вопрос 2. Тактика врача женской консультации.**

А. Назначить амбулаторно курс антибактериальной терапии.

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

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

Г. Рекомендовать плановую госпитализацию в гинекологический стационар после получения результатов лабораторного обследования (общий анализ крови, мочи, постановка реакции Вассермана, исследование крови на наличие антител к ВИЧ), консультации венеролога, уролога.

Д. Госпитализация в кожно-венерологическую клинику.

**Вопрос 3. Каковы критерии излеченности гонореи?**

*Варианты ответа:*

А. Отсутствие жалоб.

Б. Отсутствие в мазках гонококков после окончания курса антибактериальной терапии.

В. Отсутствие анатомических изменений внутренних половых органов.

Г. Отсутствие гонококков в мазках, взятых в дни менструации в течение 3-менструальных циклов после окончания курса лечения и проведения комплексной провокации.

Д. Все перечисленное выше верно.

**Ситуационная задача № 3**

Пациентка 26 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на редкие, скудные менструации, отсутствие беременности в течение 5 лет, вялость, быструю утомляемость, повышенную потливость.

ИЗ АНАМНЕЗА: менструации с 16 лет, нерегулярные, длительность цикла 35-60 дней, скудные. Половая жизнь с 19 лет, в браке, от беременности не предохранялась. В анамнезе частые острые респираторные вирусные инфекции, неоднократное воспаление легких, экссудативный плеврит.

ОБЪЕКТИВНО: больная астенического телосложения, рост 162 см, вес 46 кг, кожные покровы бледные, температура тела 37,2°C, пульс 78 в 1 мин, ритмичный; живот мягкий, безболезненный.

БИМАНУАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: матка уменьшена в размере, ограничено подвижная, безболезненная; с обеих сторон от матки определяются образования плотной консистенции неправильной формы размером 4×6 и 5×7 см, чувствительные при пальпации; своды глубокие, свободные.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

А. Опухоль Крукенберга.

- Б. Болезнь поликистозных яичников (синдром Штейна—Левенталя).
- В. Наружный генитальный эндометриоз.
- Г. Туберкулез половых органов.
- Д. Генитальный хламидиоз.

**Вопрос 2. Какие методы исследования помогут Вам уточнить диагноз?**

*Варианты ответа:*

- А. Трансвагинальное ультразвуковое сканирование.
- Б. Гистеросальпингография.
- В. Лапароскопия.
- Г. Рентгенография легких.
- Д. Все перечисленное выше.

**Вопрос 3. Укажите возможные причины нарушения репродуктивной функции у данной больной.**

*Варианты ответа:*

- А. Внутриматочные синехии (синдром Ашермана).
- Б. Хроническая ановуляция.
- В. Нарушение проходимости маточных труб, спаечный процесс в малом тазу.
- Г. Все перечисленное.
- Д. Ничего из перечисленного.

#### **Ситуационная задача № 4**

Пациентка 28 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на периодически возникающие боли внизу живота, больше слева.

ИЗ АНАМНЕЗА: менструальная функция не нарушена. В анамнезе двое срочных родов и два медицинских аборта без осложнений. В анамнезе хронический сальпингоофорит около 15 лет, с обострениями 1–2 раза в год. При обострениях получает амбулаторное лечение.

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

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

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Обострение хронического сальпингоофорита с tuboовариальным

образованием слева.

- Б. Миома матки с подбрюшинным расположением одного из узлов.
- В. Киста левого яичника.
- Г. Рак яичников.
- Д. Эндометриоидная киста левого яичника.

**Вопрос 2. Какое дополнительное обследование целесообразно провести в амбулаторных условиях?**

*Варианты ответа:*

- А. Ультразвуковое исследование внутренних половых органов.
- Б. Эндоскопическое исследование желудка и кишечника.
- В. Расширенную кольпоскопию.
- Г. Верно А, Б, В.
- Д. Верно А, Б.

**Вопрос 3. Тактика врача женской консультации?**

*Варианты ответа:*

- А. Направить больную в онкологический диспансер.
- Б. Поставить больную на диспансерный учет, рекомендовать повторный осмотр через 1 месяц.
- В. Провести курс антибактериальной терапии, в случае отсутствия эффекта — госпитализация.
- Г. Экстренно госпитализировать больную для выполнения оперативного вмешательства.
- Д. Плановая госпитализация больной для хирургического лечения

### **Ситуационная задача № 5**

Пациентка 24 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли в области наружных половых органов, повышение температуры тела до 37,8 °С, в течение 3 дней.

ИЗ АНАМНЕЗА: менструальная функция не нарушена. В анамнезе 1 роды, 1 медицинский аборт. Гинекологические заболевания отрицает.

ОБЪЕКТИВНО: общее состояние удовлетворительное, пульс 84 в минуту, АД 110/70 мм. рт. ст. При осмотре в области левой большой половой губы определяется опухолевидное образование размером 3,0×3,5 см, кожа над ним гиперемирована.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: влагалище без особенностей, шейка матки чистая, наружный зев щелевидный, матка в антефлексии, не увеличена, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Вульвовагинит.

- Б. Бартолинит.
- В. Эндометрит.
- Г. Острый сальпингоофорит.
- Д. Хронический сальпингоофорит.

**Вопрос 2. Врачебная тактика и объем оперативного вмешательства?**

*Варианты ответа:*

- А. Хирургическое лечение.
- Б. Экстренное чревосечение.
- В. Лечебно-диагностическая лапароскопия.
- Г. Антибактериальная терапия с учетом чувствительности возбудителя, симптоматическое лечение.
- Д. Расширенная кольпоскопия с биопсией.

**Вопрос 3. Врачебная тактика в случае образования абсцесса бартолиновой железы?**

*Варианты ответа:*

- А. Продолжить антибактериальную терапию.
- Б. Вскрытие абсцесса с формированием искусственного протока.
- В. Промывание влагалища раствором трав.
- Г. Обследование полового партнера.
- Д. Наблюдение.

### **Ситуационная задача № 6**

Пациентка 26 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли в области наружных половых органов, повышение температуры тела до 38,0 °С, в течение 4 дней. В течение последних суток состояние резко ухудшилось, температура тела повысилась до 39,0 °С, боли в области наружных половых органов усилились, стали резкими, пульсирующими.

ИЗ АНАМНЕЗА: Менструальная функция не нарушена. В анамнезе 1 роды. Гинекологические заболевания отрицает.

ОБЪЕКТИВНО: Общее состояние удовлетворительное, пульс 88 в минуту, АД 110/70 мм. рт. ст. При осмотре в области правой большой половой губы определяется опухолевидное образование размером 3×4 см, закрывающее вход во влагалище, кожа над ним гиперемирована, определяется флюктуация, пальпация образования резко болезненна.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: влагалище без особенностей, шейка матки чистая, наружный зев щелевидный, матка в антефлексии, не увеличена, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Вульвовагинит.
- Б. Бартолинит.
- В. Эндометрит.
- Г. Острый сальпингоофорит.
- Д. Абсцесс бартолиновой железы.

**Вопрос 2. Врачебная тактика и объем оперативного вмешательства?**

*Варианты ответа:*

- А. Хирургическое лечение-вскрытие абсцесса, формирование абсцесса с формированием искусственного протока.
- Б. Экстренное чревосечение.
- В. Лечебно-диагностическая лапароскопия.
- Г. Антибактериальная терапия с учетом чувствительности возбудителя, симптоматическое лечение.
- Д. Промывание влагалища раствором трав.

**Вопрос 3. Врачебная тактика в послеоперационном периоде ?**

*Варианты ответа:*

- А. Лечение не требуется.
- Б. Обработка швов антисептиками, антибактериальная терапия.
- В. Наркотические анальгетики.
- Г. Спазмолитические препараты.
- Д. Ничего из перечисленного.

### **Ситуационная задача № 7**

Пациентка 28 лет обратилась к гинекологу с жалобами на зуд наружных половых органов, чувство жжения при мочеиспускании. Заболела 4 дня назад. Неделю назад перенесла ангину, в течение 7 дней получала антибактериальную терапию амоксициллином.

ИЗ АНАМНЕЗА: гинекологические заболевания отрицает. Соматически здорова.

ОБЪЕКТИВНО: общее состояние удовлетворительное.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: шейка матки и стенки влагалища гиперемированы, покрыты белым творожистым налетом, которые легко снимаются пинцетом. Матка не увеличена, безболезненная при пальпации, придатки с обеих сторон не определяются.

ПРИ КОЛЬПОСКОПИИ: на стенках влагалища определяются мелко-точечные вкрапления в виде «манной крупы» с выраженным сосудистым рисунком.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Гонорея.
- Б. Трихомониаз.
- В. Неспецифический вульвовагинит.
- Г. Кандидозный вульвовагинит.
- Д. Бактериальный вагиноз.

**Вопрос 2. Какое дополнительное обследование целесообразно провести в амбулаторных условиях?**

*Варианты ответа:*

- А. УЗИ внутренних половых органов.
- Б. Гистологическое исследование.
- В. Кольпоскопия.
- Г. Аминовый тест.
- Д. Бактериоскопическое, бактериологическое исследование, исследование микробиоценоза кишечника, обследование на ИППП, гликемический профиль.

**Вопрос 3. Какие препараты целесообразно назначить пациентке:**

*Варианты ответа:*

- А. Клотримазол.
- Б. Тержинал.
- В. Гино-форт.
- Г. Офлоксацин.
- Д. Все, кроме Г.

### **Ситуационная задача № 8**

Больная 28 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на обильные пенистые выделения из половых путей, зуд и жжение во влагалище, частые позывы на мочеиспускание. Заболела 1 неделю назад.

ИЗ АНАМНЕЗА: половая жизнь с 17 лет, вне брака. Соматически здорова.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: слизистая оболочка вульвы, влагалища и шейки матки гиперемированы, отечны, с точечными кровоизлияниями. Выделения из половых путей обильные, пенистые, серо-желтого цвета. Матка не увеличена, безболезненная при пальпации, придатки с обеих сторон не определяются.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Острый трихомониаз.
- Б. Кандидозный вульвовагинит.
- В. Хламидийный цервицит.
- Г. Атрофический кольпит.

Д. Бактериальный вагиноз.

**Вопрос 2. Методы диагностики возбудителя?**

*Варианты ответа:*

А. Бактериоскопическое исследование.

Б. Люминесцентная микроскопия.

В. Полимеразная цепная реакция.

Г. Все перечисленное выше.

Д. Ничего из перечисленного выше.

**Вопрос 3. Какие препараты целесообразно назначить пациентке:**

*Варианты ответа:*

А. Метронидазол.

Б. Орнидазол.

В. Тинидазол.

Г. Все перечисленное выше.

Д. Все, кроме Б.

**Ситуационная задача № 9**

Больная 32 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на обильные выделения из половых путей.

ИЗ АНАМНЕЗА: половая жизнь с 19 лет, в браке, для контрацепции использует комбинированные оральные контрацептивы. Соматически здорова.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: слизистая оболочка вульвы, влагалища и шейки матки бледно-розового цвета. Выделения из половых путей обильные, однородные, с неприятным «рыбным» запахом. Матка не увеличена, безболезненная при пальпации, придатки с обеих сторон не определяются.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

А. Кандидозный вульвовагинит.

Б. Атрофический кольпит.

В. Бактериальный вагиноз.

Г. Острый трихомоноз.

Д. Хламидиоз.

**Вопрос 2. Диагностические критерии заболевания?**

*Варианты ответа:*

А. Специфические вагинальные выделения.

Б. Обнаружение «ключевых» клеток во влагалищном мазке.

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

Г. Положительный аминовый тест.

Д. Все перечисленное верно.

**Вопрос 3. Какие препараты целесообразно назначить пациентке?**

*Варианты ответа:*

А. Метронидазол или клиндамицин.

Б. Амоксициллин.

В. Пимафуцин.

Г. Офлоксацин.

Д. Все перечисленное выше.

### **Ситуационная задача № 10**

Пациентка 27 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на отсутствие беременности в течение 3 лет в браке.

ИЗ АНАМНЕЗА: менструальная функция не нарушена. В анамнезе эндоцервицит. Получала местное лечение.

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

БИМАНУАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: матка в anteversio-flexio, не увеличена, безболезненная; придатки не определяются, своды глубокие.

Обследована на ИППП: выявлена ДНК Ch. trachomatis.

**Вопрос 1. Диагноз?**

*Варианты ответа:*

А. Хламидийная инфекция половых органов.

Б. Микоплазменная инфекция.

В. Гонорея.

Г. Трихомоноз.

Д. Трахома.

**Вопрос 2. Какое дополнительное обследование целесообразно провести?**

*Варианты ответа:*

А. Измерение базальной температуры.

Б. Обследование супруга.

В. Общий анализ крови.

Г. Рентгенография легких.

Д. Общий анализ мочи.

**Вопрос 3. Какой фактор бесплодия чаще всего встречается у пациенток с данной инфекцией?**

*Варианты ответа:*

А. Эндокринное бесплодие.

Б. Трубно-перитонеальное бесплодие.

В. Мужское бесплодие.

Г. Сочетание факторов бесплодия.

Д. Иммунологическое бесплодие.

**ГЛАВА 8**  
**НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ В ГИНЕКОЛОГИИ.**  
**ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА**  
**И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ**  
**ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

*Выберите один правильный вариант ответа*

**1. Наиболее частая локализация плодного яйца при эктопической беременности:**

*Варианты ответа:*

- а) трубная;
- б) яичниковая;
- в) брюшная;
- г) шеечная беременность;
- д) в рудиментарном роге матки.

**2. Наиболее часто плодное яйцо имплантируется в отделе маточной трубы:**

*Варианты ответа:*

- а) ампулярном;
- б) истмическом;
- в) интерстициальном (интрамуральном);
- г) во всех отделах трубы с одинаковой частотой;
- д) в шеечно-перешеечном отделе матки.

**3. Изменению нормальной миграции яйцеклетки по маточной трубе способствуют факторы:**

*Варианты ответа:*

- а) воспалительных процессов в придатках матки;
- б) перенесенных операций на органах брюшной полости;
- в) реконструктивных операций на маточных трубах, эндометриоз труб;
- г) ВМК;
- д) все верно.

**4. Для прогрессирующей трубной беременности не характерно:**

*Варианты ответа:*

- а) картина «острого живота»;
- б) сомнительные и вероятные признаки беременности;
- в) при двуручном исследовании шейка матки размягчена, тракции за шейку матки безболезненны, тело матки размягчено, несколько увеличено,

но не соответствует предполагаемому сроку гестации по задержке менструации. Придатки не определяются, область их безболезненна при пальпации, своды влагалища глубокие свободные;

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

д) титр  $\beta$ -субъединицы хорионического гонадотропина не соответствует предполагаемому сроку беременности.

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

*Варианты ответа:*

а) цианоз слизистой оболочки влагалища и шейки матки, темные скудные кровяные выделения из цервикального канала;

б) шейка матки размягчена, цервикальный канал сомкнут, тракции за шейку болезненны;

в) тело матки размягчено, увеличено согласно сроку беременности;

г) тело матки размягчено, меньше, чем должно быть в соответствии со сроком задержки менструации;

д) пастозность и болезненность придатков матки со стороны поражения, сглаженность или выбухание заднего свода влагалища.

**6. Абсолютным ультразвуковым признаком эктопической беременности является:**

*Варианты ответа:*

а) тело матки увеличено;

б) М-эхо утолщено (без плодного яйца);

в) визуализируется скопление жидкости в позадиматочном пространстве (кровь);

г) гетерогенное по эхоструктуре образование с нечеткими контурами в проекции придатков матки;

д) обнаружение плодного яйца с эмбрионом рядом с телом матки.

**7. Прогрессирующая трубная беременность может быть достоверно диагностирована с помощью:**

*Варианты ответа:*

а) бимануального исследования;

б) лапароскопии;

в) выскабливания полости матки;

г) метросальпингографии;

д) пункции заднего свода влагалища.

**8. При прогрессирующей трубной беременности показано:**

*Варианты ответа:*

- а) консервативное противовоспалительное лечение;
- б) оперативное лечение;
- в) гемотрансфузия;
- г) физиотерапия;
- д) ничего из перечисленного.

**9. Для прервавшейся трубной беременности не характерно:**

*Варианты ответа:*

- а) на фоне полного благополучия появляется резкая, внезапная боль внизу живота (чаще на стороне «беременной» трубы);
- б) боль иррадирует в прямую кишку, правую ключицу (френикус-симптом);
- в) появляются обильные кровянистые выделения из половых путей;
- г) живот вздут, при пальпации резко болезнен, определяются симптомы раздражения брюшины, при перкуссии — притупление перкуторного звука в отлогих местах;
- д) симптомы геморрагического шока при большой кровопотере.

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

*Варианты ответа:*

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

**11. Дифференциальную диагностику прервавшейся трубной беременности проводят с:**

*Варианты ответа:*

- а) апоплексией яичников;
- б) острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости;
- в) прерывающейся маточной беременностью;
- г) острыми воспалительными заболеваниями придатков матки;
- д) все верно.

**12. При трубной беременности показаны все операции, кроме:**

*Варианты ответа:*

- а) удаления маточной трубы (тубэктомия);
- б) выдавливания плодного яйца «milking» (при его локализации в ампулярном отделе);
- в) гистерэктомии с трубами;
- г) туботомии — разрез маточной трубы в месте расположения плодного яйца с последующим его удалением (при небольших размерах плодного яйца);
- д) резекции сегмента маточной трубы.

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

*Варианты ответа:*

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

**14. Для применения медикаментозного лечения при трубной беременности необходимы условия:**

*Варианты ответа:*

- а) обнаружение внематочной локализации плодного яйца при УЗИ;
- б) стабильность гемодинамических показателей пациентки, отсутствие клинических признаков прерывания беременности;
- в) комплаентность пациентки и возможность амбулаторного наблюдения;
- г) отсутствие противопоказаний к применению метотрексата;
- д) все верно.

**15. Реабилитационные мероприятия после операции по поводу трубной беременности не включают назначение:**

*Варианты ответа:*

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

**16. Возможным источником кровотечения из яичника при его апоплексии является:**

*Варианты ответа:*

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

**17. Для апоплексии яичника характерно все перечисленное, кроме:**

*Варианты ответа:*

- а) болей внизу живота, возникающих на фоне полного благополучия;
- б) отсутствия наружного кровотечения;
- в) отрицательных биологических реакций на беременность;
- г) резко выраженного нарастания числа лейкоцитов в крови;
- д) выраженность симптомов раздражения брюшины зависит от объема внутрибрюшного кровотечения.

**18. Клиническая картина при апоплексии яичника зависит от:**

*Варианты ответа:*

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

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

*Варианты ответа:*

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

**20. Лечение пациенток с апоплексией яичника при болевой форме включает:**

*Варианты ответа:*

- а) консервативную терапию;
- б) покой, холод на низ живота (способствует сокращению сосудов и уменьшению возможного кровотечения из разрыва яичника);
- в) препараты гемостатического действия, спазмолитические средства;
- г) физиотерапевтические процедуры (переменное магнитное поле гипогастральной области, ультратонотерапия);



Блюмберга;

- г) тахикардия, пропорциональная температуре тела;
- д) артериальная гипертензия.

**26. При гинекологическом исследовании пациентки с перекрутом ножки опухоли яичника не характерно:**

*Варианты ответа:*

- а) сбоку от матки определяется резко болезненное образование тугоэластической консистенции;
- б) попытки смещения образования вызывают усиление болей;
- в) нависание заднего свода;
- г) матка и придатки с другой стороны не изменены;
- д) двуручное гинекологическое исследование нередко затруднено из-за резкой болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки.

**27. Лечение перекрута ножки опухоли яичника не включает:**

*Варианты ответа:*

- а) объем оперативного вмешательства определяется в зависимости от образования яичника (киста, опухоль), степени перекрута опухоли (полный, частичный), от наличия некроза яичниковой ткани;
- б) при отсутствии визуальных признаков некроза яичника ножку образования раскручивают (деторсия), при некрозе проводят аднексэктомию;
- в) окончательно определяют объем оперативного вмешательства после визуального осмотра макропрепарата или после срочного гистологического исследования;
- г) при доброкачественных опухолях яичника и наличии неизменной яичниковой ткани выполняют резекцию яичника, при подозрении на злокачественную опухоль объем операции расширяют;
- д) всегда проводят аднексэктомию.

**28. Факторы риска перфорации матки при выскабливании:**

*Варианты ответа:*

- а) в анамнезе множественные аборты;
- б) эндометрит;
- в) опухоли, рубцы на матке;
- г) пузырный занос;
- д) все перечисленные факторы.

**29. При перфорации матки необходимо обязательно произвести лапаротомию, если:**

*Варианты ответа:*

- а) перфорация матки произведена зондом;
- б) состояние больной удовлетворительное;
- в) признаки кровотечения в брюшную полость не выражены, нет

симптомов раздражения брюшины;

- г) все верно;
- д) все неверно.

**30. Тактика врача при перфорации передней стенки матки зондом включает все, кроме:**

*Варианты ответа:*

- а) надвлагалищной ампутации матки;
- б) ушивания перфорационного отверстия;
- в) ревизии органов малого таза;
- г) ревизии кишечника, прилежащего к матке;
- д) ничего из перечисленного.

### **Ситуационная задача № 1**

Пациентка 25 лет доставлена в стационар с жалобами на острые боли внизу живота, больше справа, которые возникли внезапно при подъеме с постели, тошноту и однократную рвоту. Менструальная функция не нарушена, задержки менструации не отмечает. Готовилась на лапароскопическую операцию по поводу кисты правого яичника, диагностированной 3 месяца назад при УЗИ.

**ОБЪЕКТИВНО:** живот умеренно вздут, резко болезненный в правой подвздошной области, симптом Щеткина—Блюмберга положительный. Пульс 90 ударов в 1 минуту, температура тела 37,2 °С.

**ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ:** влагалище, шейка матки без особенностей, тело матки плотное, не увеличено, подвижное, безболезненное. Справа от матки в области придатков определяется округлое образование, тугоэластической консистенции, резко болезненное при исследовании, ограничено подвижное, размерами до 6 см в диаметре. Слева придатки не определяются, своды свободны, выделения слизистые.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Кишечная непроходимость.
- Б. Почечная колика.
- В. Апоплексия яичника.
- Г. Перекрут ножки опухоли яичника.
- Д. Острое воспаление придатков матки с tuboовариальным образованием справа.

**Вопрос 2. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

- А. Рентгентелевизионную гистеросальпингографию.

- Б. Экскреторную урографию.
- В. Трансвагинальную эхографию, лапароскопию.
- Г. Пункцию брюшной полости через задний свод влагалища.
- Д. Все перечисленные выше.

**Вопрос 3. Какова наиболее рациональная тактика лечения больной?**

*Варианты ответа:*

- А. Экстренное оперативное лечение. Правосторонняя аднексэктомия.
- Б. Экстренное оперативное лечение. Объем оперативного вмешательства определяют после визуального осмотра макропрепарата.
- В. Экстренное оперативное лечение, резекция правого яичника.
- Г. Холод на живот, антибактериальная, инфузионная, спазмолитическая терапия. Лапаротомия в плановом порядке в случае отсутствия эффекта от консервативной терапии.
- Д. Пункция патологического образования под контролем трансвагинальной эхографии с последующим цитологическим исследованием аспирата.

**Ситуационная задача № 2**

Пациентка 24 лет доставлена в стационар бригадой скорой помощи в связи с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, обильные, со сгустками кровянистые выделения из половых путей, слабость.

**ОБЪЕКТИВНО:** АД 100/60 мм рт. ст., пульс 90 в 1 минуту, температура тела 37 °С. Последняя нормальная менструация 2 месяца назад.

**ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ:** шейка матки не эрозирована, цианотична, симптом «зрачка» отрицательный, наружный зев пропускает палец. Матка увеличена до 6 недель беременности, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды глубокие, безболезненные.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Аномальное маточное кровотечение, овуляторная дисфункция.
- Б. Нарушенная внематочная беременность.
- В. Воспаление придатков матки.
- Г. Миома матки.
- Д. Беременность 8 недель, неполный аборт.

**Вопрос 2. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

- А. Трансвагинальную эхографию.
- Б. Пункцию брюшной полости через задний свод влагалища.
- В. Все перечисленные выше.
- Г. ОАК, коагулограмма, группа крови и резус-принадлежность.

Д. Для постановки диагноза достаточно клинических данных.

**Вопрос 3. Оптимальный объем неотложной медицинской помощи?**

*Варианты ответа:*

А. Экстренная лапаротомия, тубэктомия, инфузионно-трансфузионная терапия.

Б. Гормональный гемостаз эстроген-гестагенными препаратами, инфузионно-трансфузионная и утеротоническая терапия.

В. Экстренное чревосечение, надвлагалищная ампутация матки, гемотрансфузия.

Г. Раздельное диагностическое выскабливание под контролем гистероскопии, гемотрансфузия.

Д. Инструментальное удаление остатков плодного яйца на фоне комплексной гемостатической терапии, лечение геморрагического шока и постгеморрагической анемии.

**Ситуационная задача № 3**

Пациентка 20 лет предъявляет жалобы на задержку очередной менструации на 10 дней. Нарушение менструальной функции отмечает впервые. Половая жизнь регулярная, от беременности не предохраняется.

ОБЪЕКТИВНО: состояние удовлетворительное, живот мягкий, безболезненный, АД 120/80 мм рт. ст., пульс 72 в 1 минуту.

ПРИ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ ЭХОГРАФИИ: заподозрена прогрессирующая трубная беременность.

**Вопрос 1. Какова оптимальная тактика врача женской консультации?**

*Варианты ответа:*

А. Экстренно госпитализировать больную для уточнения диагноза и решения вопроса о тактике лечения.

Б. Выдать больничный лист и направить больную для определения титра ХГ в крови или моче. Рекомендовать повторно явиться в женскую консультацию после получения результатов исследования.

В. Рекомендовать повторно явиться через неделю для контрольного УЗИ.

Г. Провести обследование по тестам функциональной диагностики.

Д. Произвести пункцию брюшной полости через задний свод влагалища. В случае отсутствия пунктата выдать больничный лист и рекомендовать повторную явку в женскую консультацию через 5 дней.

**Вопрос 2. Какова оптимальная тактика врача в условиях стационара?**

*Варианты ответа:*

А. Лечебно-диагностическая лапароскопия.

Б. Экстренная лапаротомия.

В. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища под контролем УЗ-датчика.

Г. Гистероскопия с последующим исследованием соскоба эндометрия.

Д. Лапаротомия в плановом порядке.

**Вопрос 3. Какая операция не показана больной?**

*Варианты ответа:*

А. Удаление маточной трубы (тубэктомия).

Б. выдавливание плодного яйца «milking» (при его локализации в ампулярном отделе).

В. Гистерэктомия с трубами.

Г. Туботомия — разрез маточной трубы в месте расположения плодного яйца с последующим его удалением (при небольших размерах плодного яйца).

Д. Резекция сегмента маточной трубы.

**Ситуационная задача № 4**

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

**ОБЪЕКТИВНО:** кожные покровы бледные, пульс 108 в 1 минуту, АД 90/60 мм рт. ст., температура тела 37 °С. Живот вздут, болезненный при пальпации, особенно в правой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины слабоположительные, при перкуссии отмечается притупление перкуторного звука в отлогих местах живота.

**ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ:** матка несколько увеличена в размерах, размягчена, «плавающая», болезненная при смещении. В области правых придатков пальпируется мягкоэластической консистенции болезненное образование 5×4 см, левые придатки не определяются, смещения шейки матки резко болезненные, задний свод влагалища нависает, выделения из половых путей темно-коричневые скудные.

**ПРИ УЗИ** — большое количество свободной жидкости в брюшной полости.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

А. Аномальное маточное кровотечение, овуляторная дисфункция.

Б. Нарушенная правосторонняя трубная беременность. Геморрагический шок.

В. Острый правосторонний сальпингоофорит, пельвиоперитонит.

- Г. Аномальное маточное кровотечение, миома матки.
- Д. Беременность 6 недель. Аборт в ходу.

**Вопрос 2. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

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

**Вопрос 3. Какова наиболее рациональная тактика лечения больной?**

*Варианты ответа:*

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

### **Ситуационная задача № 5**

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

**ОБЪЕКТИВНО:** кожные покровы розовые, пульс 86 в минуту, удовлетворительных свойств, ритмичный, АД 110/70 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий во всех отделах.

Пациентка находится под общим наркозом.

**Вопрос 1. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

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

**Вопрос 2. Какова наиболее рациональная тактика лечения больной?**

*Варианты ответа:*

- А. Опорожнение матки через перфорационное отверстие во время лапароскопии.
- Б. Ушивание перфорационного отверстия.

В. Ревизия органов малого таза, ревизия кишечника, прилежащего к матке.

Г. Верно А, Б, В.

Д. Проводить консервативное лечение под динамическим наблюдением за пациенткой.

**Вопрос 3. Какие пациентки относятся к группе высокого риска по развитию данной патологии?**

*Варианты ответа:*

А. С множественными абортами и родами в анамнезе.

Б. С хроническим эндометритом.

В. С оперированной маткой.

Г. С аномалиями и опухолями матки.

Д. Все верно.

### **Ситуационная задача № 6**

Пациентке 27 лет произведена лапароскопия.

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

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

А. Кишечная непроходимость.

Б. Правосторонняя трубная беременность.

В. Геморрагическая форма апоплексии яичника.

Г. Перекрут ножки опухоли яичника.

Д. Острое воспаление придатков матки с tuboовариальным образованием справа.

**Вопрос 2. Определите оптимальный объем оперативного вмешательства?**

*Варианты ответа:*

А. Овариэктомия справа, санация брюшной полости.

Б. Резекция яичника.

В. Аднексэктомия справа, биопсия левого яичника, санация брюшной полости.

Г. Наложение гемостатической губки на место разрыва, санация малого таза.

Д. Коагуляция места разрыва правого яичника, биопсия стенки образования яичника, санация брюшной полости.

**Вопрос 3. Что не характерно для данного заболевания?**

*Варианты ответа:*

- А. Боли внизу живота, возникающие на фоне полного благополучия.
- Б. Отсутствие наружного кровотечения.
- В. Отрицательные биологические реакции на беременность.
- Г. Резко выраженное нарастание числа лейкоцитов в крови.
- Д. Выраженность симптомов раздражения брюшины зависит от объема внутрибрюшного кровотечения.

**Ситуационная задача № 7**

Пациентке 17 лет произведена диагностическая лапароскопия в связи с подозрением на острый аппендицит.

**ИНТРАОПЕРАЦИОННО ОБНАРУЖЕНО:** в малом тазу около 70 мл серозного выпота. Червеобразный отросток не изменен. Органы брюшной полости визуально не изменены. Тело матки в срединном положении не увеличено, серозный покров розовый. Левые придатки визуально не изменены. В области правых придатков определяется опухолевидное образование багрово-цианотичной окраски до 7 см в диаметре без признаков некроза с частичным перекрутом ножки опухоли.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Острое воспаление придатков матки с tuboовариальным образованием справа.
- Б. Перекрут ножки опухоли правого яичника.
- В. Правосторонняя трубная беременность.
- Г. Острый аппендицит.
- Д. Геморрагическая форма апоплексии яичника.

*Варианты ответа:*

**Вопрос 2. Какие образования включает хирургическая ножка опухоли?**

*Варианты ответа:*

- А. Воронко-тазовую связку яичника.
- Б. Маточную трубу.
- В. Собственную связку яичника.
- Г. Брыжейку яичника (мезооварий), сосуды яичника, нервные стволы, лимфатические сосуды.
- Д. Все верно.

**Вопрос 3. Какова наиболее рациональная тактика лечения больной?**

*Варианты ответа:*

- А. Раскручивание ножки опухоли, удаление кисты яичника с экспресс-биопсией.
- Б. Удаление правых придатков матки.

- В. Удаление правого яичника.
- Г. Удаление правой маточной трубы.
- Д. Все неверно.

### **Ситуационная задача № 8**

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

**ИЗ АНАМНЕЗА:** состоит на диспансерном наблюдении у гинеколога по поводу миомы матки в течение 5 лет. Менструации последний год обильные, длительные, со сгустками. От беременности предохраняется с помощью барьерных методов.

**ОБЪЕКТИВНО:** состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Пульс 110 в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, живот мягкий, чувствительный при пальпации в гипогастральной области. Стул, мочеиспускание не нарушены.

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

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

#### **Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

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

#### **Вопрос 2. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

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

#### **Вопрос 3. Какова наиболее рациональная тактика лечения больной?**

*Варианты ответа:*

- А. Экстренное оперативное лечение — консервативная миомэктомия

вагинальным доступом с гистероскопическим контролем.

- Б. Надвлагалищная ампутация матки без придатков.
- В. Консервативная гемостатическая терапия.
- Г. Раздельное диагностическое выскабливание.
- Д. Все верно.

### **Ситуационная задача № 9**

У пациентки 32 лет, предохраняющейся от беременности с помощью ВМК, после 20 дневной задержки менструации появились схваткообразные боли внизу живота и незначительные кровянистые выделения из половых путей. Отмечает обморочные состояния с холодным потом. Было произведено удаление ВМК, выскабливание матки, после которого кровянистые выделения из матки временно прекратились, но через день вновь появились.

**ОБЪЕКТИВНО:** кожные покровы бледные, пульс 120 ударов в минуту. АД 100/60 мм. рт. ст.

**ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ:** наружный зев шейки матки закрыт. Матка незначительно увеличена, размягчена, ее смещение вызывает боль. Слева придатки матки без особенностей, а справа пальпируется болезненная опухоль без четких контуров.

#### **Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Острое воспаление придатков матки с tuboовариальным образованием справа.
- Б. Перекрут ножки опухоли правого яичника.
- В. Правосторонняя трубная беременность прерывающаяся по типу трубного аборта.
- Г. Острый аппендицит.
- Д. Геморрагическая форма апоплексии яичника.

#### **Вопрос 2. Какая наиболее вероятная причина трубной беременности у данной пациентки?**

*Варианты ответа:*

- А. Воспалительные процессы в придатках матки.
- Б. Перенесенные операции на органах брюшной полости.
- В. Реконструктивные операции на маточных трубах.
- Г. Эндометриоз труб.
- Д. ВМК.

#### **Вопрос 3. Какова операция не показана в данной ситуации?**

*Варианты ответа:*

- А. Аднексэктомия справа, санация брюшной полости.
- Б. Туботомия справа, санация брюшной полости.
- В. Тубэктомия справа, санация брюшной полости.

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

Д. Верны все варианты.

### **Ситуационная задача № 10**

Пациентка 20 лет поступила в стационар с жалобами на резкие боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку, озноб, тошноту, однократную рвоту, повышение температуры тела до 38,5 °С, диарею до 3 раз в сутки. Менструальная функция не нарушена, половая жизнь нерегулярная, с частой сменой половых партнеров. В анамнезе один медицинский аборт без осложнений. Заболела остро на 5-й день менструального цикла, когда появились указанные выше симптомы.

**ОБЪЕКТИВНО:** общее состояние средней тяжести, пульс 110–112 в 1 минуту, АД 125/70 мм рт. ст., язык сухой, обложен белым налетом, живот умеренно вздут, резко болезненный в гипогастральной области, где определяется положительный симптом Щеткина—Блюмберга.

**ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ:** шейка матки с явлениями эндоцервицита. Тело матки и придатки пальпировать не удается из-за резкого напряжения мышц передней брюшной стенки, задний свод влагалища нависает, резко болезненный.

#### **Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Острый пельвиоперитонит, абсцесс дугласова пространства.
- Б. Перекрут ножки опухоли правого яичника.
- В. Правосторонняя трубная беременность прерывающаяся по типу трубного аборта.
- Г. Острый аппендицит.
- Д. Геморрагическая форма апоплексии яичника.

#### **Вопрос 2. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

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

#### **Вопрос 3. Какова наиболее рациональная тактика лечения больной?**

*Варианты ответа:*

- А. Антибиотикотерапия.
- Б. Инфузионная дезинтоксикационная терапия.

- В. Нестероидные противовоспалительные препараты.
- Г. Иммунокорректирующее лечение.
- Д. Все верно.

## **ГЛАВА 9**

### **ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ. НЕПРАВИЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

*Выберите один правильный вариант ответа*

**1. Частота встречаемости пороков развития женских половых органов среди женщин репродуктивного возраста составляет:**

*Варианты ответа:*

- а) 3–4 %;
- б) 5–10 %;
- в) 10–15 %;
- г) 20–30 %;
- д) более 30 %.

**2. Полная аплазия матки и влагалища носит название синдрома:**

*Варианты ответа:*

- а) Шерешевского—Тернера;
- б) Клайнфельтера;
- в) тестикулярной феминизации;
- г) Рокитанского-Кюстера—Майера—Хаузера;
- д) Дауна.

**3. К порокам, связанным с отсутствием слияния парных половых (парамезонефральных) протоков относится:**

*Варианты ответа:*

- а) атрезия гимен;
- б) аплазия влагалища;
- в) полное удвоение матки и влагалища;
- г) двурогая матка;
- д) удвоение тела матки при одной шейке и одном влагалище.

**4. Аплазия влагалища — это ...**

*Варианты ответа:*

- а) отсутствие закладки влагалища;
- б) отсутствие развития части влагалища;
- в) заращение влагалища в результате перенесенной инфекции;

- г) удвоение влагалища;
- д) отсутствие отверстия в девственной плеве.

**5. Порокам развития матки и влагалища часто сопутствуют пороки:**

*Варианты ответа:*

- а) мочевыделительной системы;
- б) нервной системы;
- в) желудочно-кишечного тракта;
- г) костно-мышечной системы;
- д) лицевого скелета.

**6. Основными причинами формирования пороков половых органов являются:**

*Варианты ответа:*

- а) курение и употребление алкоголя матерью во время беременности;
- б) вирусная инфекция у матери на сроках 8–16 недель беременности;
- в) профессиональные вредности матери во время беременности;
- г) воздействие радиации во время беременности;
- д) все ответы верны.

**7. Для однорогой матки характерно:**

*Варианты ответа:*

- а) результат гипоплазии одного из мюллеровых протоков;
- б) всегда имеет нефункционирующий рудиментарный рог;
- в) всегда протекает бессимптомно;
- г) результат гипоплазии вольфовых протоков;
- д) все ответы верны.

**8. С клинической картиной неотложного состояния, требующего хирургического вмешательства, могут протекать:**

*Варианты ответа:*

- а) атрезия девственной плевы;
- б) полная поперечная перегородка влагалища;
- в) атрезия шейки матки;
- г) однорогая матка с изолированным функционирующим рудиментарным рогом;
- д) все ответы верны.

**9. Дифференциальную диагностику пороков развития половых органов, сопровождающихся нарушением оттока менструальной крови следует проводить с:**

*Варианты ответа:*

- а) острым сальпингоофоритом;
- б) эндометриозом;
- в) функциональной дисменореей;
- г) опухолями малого таза и брюшной полости;
- д) все ответы верны.

**10. Для диагностики врожденных пороков развития половых органов не проводят:**

*Варианты ответа:*

- а) УЗИ;
- б) лапароскопию;
- в) диагностическую лапаротомию;
- г) специальное гинекологическое исследование;
- д) гистероскопию.

**11. Ложный женский гермафродитизм:**

*Варианты ответа:*

- а) при классической форме врожденной дисфункции коры надпочечников;
- б) формируется в результате внутриутробного действия активных андрогенов;
- в) кариотип 46XX;
- г) наружные половые органы по мужскому типу;
- д) все ответы верны.

**12. Операция кольпопозза выполняется при:**

*Варианты ответа:*

- а) атрезии девственной плевы;
- б) аплазии влагалища;
- в) полном удвоении матки и влагалища;
- г) гипертрофии клитора;
- д) двурогой матке и привычном невынашивании беременности.

**13. Ретрофлексия — это такое положение матки, при котором:**

*Варианты ответа:*

- а) дно матки наклонено кпереди;
- б) дно матки наклонено кзади;
- в) угол между телом и шейкой матки открыт кпереди;
- г) угол между телом и шейкой матки открыт кзади;
- д) смещение матки влево.

**14. Основным симптомом при ретрофлексии матки является:**

*Варианты ответа:*

- а) дисменорея;
- б) полименорея;
- в) вторичная аменорея;
- г) АМК;
- д) бесплодие.

**15. Латеропозиция матки вправо может быть обусловлена:**

*Варианты ответа:*

- а) опухолью левого яичника;
- б) выраженным спаечным процессом в области правых придатков;
- в) опухолью правого яичника;
- г) верно а, б;
- д) все ответы верно.

**16. К пролапсу тазовых органов относится:**

*Варианты ответа:*

- а) опущение передней стенки влагалища (цистоцеле);
- б) опущение задней стенки влагалища (ректоцеле);
- в) неполное выпадение матки;
- г) полное выпадение матки;
- д) все ответы верны.

**17. В этиологии пролапса тазовых органов не имеют значение:**

*Варианты ответа:*

- а) травматичные роды;
- б) эстрогенная недостаточность;
- в) наличие опухолей органов малого таза;
- г) дисплазия соединительной ткани;
- д) тяжелый физический труд.

**18. Современная, стандартизированная, количественная классификация пролапса тазовых органов:**

*Варианты ответа:*

- а) МКБ 10 пересмотра;
- б) POP-Q;
- в) И. Ф. Славянского;
- г) М. С. Малиновского;
- д) «система профилей малого таза» М. Боулинга.

**19. Наиболее ранним симптомом опущения половых органов является:**

*Варианты ответа:*

- а) стрессовое недержание мочи;
- б) рецидивирующие вагиниты;
- в) зияние половой щели;
- г) частое мочеиспускание;
- д) чувство инородного тела в области промежности.

**20. К клиническим симптомам пролапса гениталий относятся:**

*Варианты ответа:*

- а) боль внизу живота, усиливающаяся накануне и во время менструации;
- б) бесплодие;
- в) urgentное (нестрессовое) недержание мочи;
- г) ощущение инородного тела в области промежности/влагалища, усиливающееся при физической нагрузке;
- д) все ответы верны.

**21. К формированию декубитальной язвы на слизистых шейки матки и влагалища при пролапсе гениталий приводит:**

*Варианты ответа:*

- а) постоянный контакт с бельем;
- б) мацерация;
- в) нарушение кровообращения;
- г) инфицирование;
- д) все ответы верны.

**22. Наиболее информативным методом диагностики пролапса гениталий является:**

*Варианты ответа:*

- а) УЗИ;
- б) гинекологический осмотр;
- в) ректороманоскопия;
- г) цистоскопия;
- д) все ответы верны.

**23. Для хирургического лечения пролапса гениталий не применяют:**

*Варианты ответа:*

- а) манчестерскую операцию;
- б) влагалищную экстирпацию матки;
- в) использование сетчатых имплантатов;
- г) надвлагалищную ампутацию матки;
- д) укорочение и укрепление связочного аппарата матки.

**24. Выбор метода коррекции пролапса гениталий не зависит от:**

*Варианты ответа:*

- а) возраста пациента;
- б) степени выраженности пролапса;

- в) количества родов в анамнезе;
- г) репродуктивных планов пациента;
- д) сексуальной активности.

**25. Коррекция бессимптомного пролапса гениталий 1–2 степени у пациентки 38 лет проводится:**

*Варианты ответа:*

- а) тренировкой мышц тазового дна;
- б) хирургическим методом — влагалищная экстирпация матки;
- в) постановкой сетчатого имплантата;
- г) постановкой урогинекологического пессария;
- д) не проводится.

**26. Для тренировки мышц тазового дна используют:**

*Варианты ответа:*

- а) влагалищные конусы;
- б) электромиостимуляцию;
- в) упражнения Кегеля и Брауэра;
- г) БОС (биологическая обратная связь) -терапию;
- д) все ответы верны.

**27. Осложнением реконструктивно-пластической операции при пролапсе гениталий с использованием собственных тканей является:**

*Варианты ответа:*

- а) ранение мочевого пузыря;
- б) ранение прямой кишки;
- в) гематомы влагалища, промежности;
- г) рецидив пролапса;
- д) все ответы верны.

**28. Реконструктивно-пластическая операция с использованием сетчатого имплантата при пролапсе тазовых органов не проводится при:**

*Варианты ответа:*

- а) старческом возрасте пациента;
- б) рецидиве пролапса;
- в) постгистерэктомическом пролапсе (энтероцеле);
- г) выраженной дисплазии соединительной ткани;
- д) наследственном факторе пролапса гениталий.

**29. Показанием для применения урогинекологического пессария при пролапсе гениталий является:**

*Варианты ответа:*

- а) старческий возраст;
- б) нежелание пациентки с полным выпадением оперироваться;
- в) противопоказания к хирургическому лечению;

г) период предоперационной подготовки (коррекция соматической патологии, лечение декубитальных язв);

д) все ответы верны.

**30. Для улучшения эффекта хирургического лечения пролапса гениталий у пожилых пациентов в предоперационную подготовку включают:**

*Варианты ответа:*

а) курс антибактериальной терапии;

б) непрямые антикоагулянты;

в) местные препараты с эстрогенами;

г) а-ГнРГ на 3 месяца;

д) иммуномодуляторы.

### **Ситуационная задача № 1**

В приемное отделение каретой скорой помощи доставлена пациентка 12 лет с жалобами на сильные боли внизу живота, возникшие около 6 часов назад.

**ИЗ АНАМНЕЗА:** девочка от первой беременности, протекавшей с повторяющейся угрозой прерывания, кровянистыми выделениями; роды в срок через естественные родовые пути. Заболела около 4 месяцев назад, когда начали беспокоить периодические боли внизу живота, появляющиеся примерно 1 раз в 4–5 недель. Отмечает улучшение после приема таблетки ибуклина.

**ОБЪЕКТИВНО:** вторичные половые признаки развиты правильно. Половая формула: Ма3Ах3Р3Ме0. При пальпации живот мягкий, болезненный над лоном.

**ОСМОТР НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ:** сформированы правильно по женскому типу, девственная плева выбухает, синюшно-багрового цвета, отверстие в гимене не определяется.

**РЕКТО-АБДОМИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:** в малом тазу пальпируется тугоэластичное образование 7×4 см, умеренно болезненное при смещении. В верхнем полюсе образования определяется матка. Придатки матки не пальпируются, их область безболезненная.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

А. Опухоль брюшной полости.

Б. Аномалия развития матки (двурогая матка с добавочным замкнутым функционирующим рогом).

В. Киста яичника.

Г. Атрезия девственной плевы, гематокольпос.

Д. Удвоение матки с аплазией одного из влагалищ и формированием гематокольпоса.

**Вопрос 2. Какой метод исследования является наиболее информативным для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

- А. ОАК, ОАМ.
- Б. УЗИ органов малого таза и брюшной полости.
- В. Вагиноскопия.
- Г. Микроскопия и бактериологическое исследование отделяемого вульвы и влагалища.
- Д. Диагностическая лапароскопия.

**Вопрос 3. Какое лечение необходимо провести данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

- А. Консервативное: НПВС, КОК, гемостатики, поливитамины.
- Б. Удаление рудиментарного рога матки, метропластика.
- В. Хирургическое лечение по созданию анастомоза между гематокольпосом и неизменным влагалищем, путем иссечения межвлагалищной перегородки.
- Г. Крестообразное рассечение гимен.
- Д. Лапаротомия, удаление придатков матки.

**Ситуационная задача № 2**

Пациентка 42 лет поступила с жалобами на частое мочеиспускание, ноющие боли внизу живота, периодическое чувство дискомфорта в области наружных половых органов, появившиеся около года назад.

ИЗ АНАМНЕЗА: менструации регулярные по 5–6 дней через 26–27 дней. Родов — 3, последние закончились наложением акушерских щипцов.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: промежность рубцово изменена. При натуживании из половой щели появляется опухолевидное тело бледно-розового цвета, эластичной консистенции, шейка матки опускается к выходу из влагалища, не выходя за вульварное кольцо. При осмотре в зеркалах шейка матки длиной около 7 см, выделения слизистые. При бимануальном исследовании: тело матки не увеличено, безболезненное, подвижное, области придатков без особенностей.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Обострение сальпингоофорита. Цистит.
- Б. Инеродное тело влагалища.
- В. Пропалс тазовых органов: полное выпадение матки.
- Г. Пропалс тазовых органов 2 степени (цистоцеле). Элонгация шейки матки.
- Д. Врожденная аномалия развития матки. Инфантилизм.

**Вопрос 2. Какое лечение назначить данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

- А. Консервативное: тренировка мышц тазового дна.
- Б. Консервативное: урогинекологический пессарий.

- В. Манчестерская операция.
- Г. Влагалищная экстирпация матки.
- Д. Лапаротомия, экстирпация матки без придатков.

**Вопрос 3. Какие дополнительные исследования необходимо провести пациентке?**

*Варианты ответа:*

- А. Аспирационная биопсия и гистологическое исследование эндометрия.
- Б. УЗИ органов малого таза.
- В. Микроскопия отделяемого из уретры и цервикального канала.
- Г. Цитологическое исследование мазка из эндо- и экзоцервикса.
- Д. Все перечисленные.

### **Ситуационная задача № 3**

На прием к гинекологу обратилась пациентка 16 лет с жалобами на отсутствие менструаций.

ИЗ АНАМНЕЗА: росла и развивалась согласно возрасту. Соматический и наследственный анамнез не отягощены. Половой жизнью не живет.

ОБЪЕКТИВНО: вес 55 кг, рост 160 см, вторичные половые признаки выражены. Половая формула:  $46,XX,3P,3Me,0$ .

ОСМОТР НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ: наружные гениталии развиты правильно. Оволосение по женскому типу. При зондировании влагалища: слепо заканчивается на глубине 1,5 см за девственной плевой.

РЕКТО-АБДОМИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: матка не пальпируется. Придатки с обеих сторон без особенностей.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Атрезия гимен.
- Б. Поперечная перегородка во влагалище.
- В. Аплазия влагалища и матки (синдром Рокитанского—Кюстера—Майера—Хаузера).
- Г. Дисгенезия гонад (синдром Шерешевского—Тернера).
- Д. Синдром Ашермана.

**Вопрос 2. Необходимый достаточный объем обследований для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

- А. УЗИ органов малого таза, кариотипирование, уровень половых и гонадотропных гормонов.
- Б. УЗИ органов малого таза, микроскопия и бактериологическое исследование отделяемого вульвы и влагалища.
- В. Уровень половых и гонадотропных гормонов, эстроген-прогестероновая проба.

Г. Микроскопия и бактериологическое исследование отделяемого вульвы и влагалища, УЗИ органов малого таза, ОАК, ОАМ.

Д. Гистероскопия, диагностическая лапароскопия.

**Вопрос 3. Какое лечение назначить данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

А. ЗГТ эстроген-гестагенными препаратами.

Б. Прогестагены с 16-го по 25-й день менструального цикла.

В. Операция кольпопоза.

Г. КОК 12–36 месяцев.

Д. Лапаротомия, удаление придатков матки.

#### **Ситуационная задача № 4**

Женщина 35 лет предъявляет жалобы на неудовлетворенность половой жизнью.

ИЗ АНАМНЕЗА: менструации умеренные, безболезненные, по 5–6 дней через 30 дней. Родов — 2, дети весом 4000 и 4100 г. Отмечает частые вагиниты до 3–4 раз в год, получает местное лечение противомикробными свечами; эффект от лечения временный.

ОСМОТР НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ: промежность рубцово изменена после эпизиотомий. Половая щель зияет, имеется расхождение ножек m. levatorani. Наиболее дистальная точка по системе POP-Q точка Va-1 см.

При осмотре в зеркалах слизистая шейки матки и влагалища чистая, бледно-розовая, выделения слизистые. При бимануальном исследовании: тело матки не увеличено, безболезненное, подвижное, области придатков без особенностей.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

А. Рубцовая деформация шейки матки.

Б. Элонгация шейки матки.

В. Пролапс тазовых органов.

Г. Вагинизм.

Д. Хронический вагинит, стадия обострения.

**Вопрос 2. О какой степени пролапса половых органов по классификации POP-Q идет речь?**

*Варианты ответа:*

А. Стадия 0.

Б. Стадия I.

В. Стадия II.

Г. Стадия III.

Д. Стадия IV.

**Вопрос 3. Какое лечение необходимо провести данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

- А. Консервативное: тренировка мышц тазового дна.
- Б. Консервативное: урогинекологический пессарий.
- В. Манчестерская операция.
- Г. Влагалищная экстирпация матки.
- Д. Лапаротомия, экстирпация матки без придатков.

**Ситуационная задача № 5**

На специализированный прием по невынашиванию беременности обратилась пациентка 27 лет с жалобами на три потери беременности.

ИЗ АНАМНЕЗА: менструации с 12 лет по 5–6 дней через 28–30 дней, умеренные, безболезненные. Первая беременность 3 года назад прервалась на сроке 6 недель, вторая — 1 год назад на сроках 7–8 недель, последняя беременность — 2 месяца назад закончилась самопроизвольным выкидышем при беременности 9–10 недель. Обследована на ИППП, антифосфолипидный синдром, HLA-совместимость супругов — отрицательные результаты.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: при осмотре в зеркалах шейка матки чистая, выделения слизистые. При бимануальном обследовании тело матки не увеличено, подвижное, безболезненное. Области придатков без особенностей.

ПРИ УЗИ: матка отклонена кпереди, размерами 44×54×48 мм, миометрий однородный. В полости матки определяется тонкостенная структура, идущая в переднезаднем направлении, раздваивающаяся М-эхо на всем протяжении полости. М-эхо справа 10 мм, слева 7 мм, соответствует фазе менструального цикла.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Идиопатическое привычное невынашивание беременности.
- Б. Врожденная аномалия развития матки: полное удвоение матки и влагалища. Привычное невынашивание беременности.
- В. Гиперплазия эндометрия. Невынашивание беременности.
- Г. Синехии в полости матки. Привычное невынашивание беременности.
- Д. Врожденная аномалия развития матки: внутриматочная перегородка. Привычное невынашивание беременности.

**Вопрос 2. Какой метод исследования не позволит уточнить диагноз?**

*Варианты ответа:*

- А. Рентгенографическая гистеросальпингография.
- Б. МРТ.
- В. Лапароскопия.

- Г. Гистероскопия.
- Д. Гидросонография.

**Вопрос 3. Какое лечение назначить данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

- А. Лапаротомия, метропластика.
- Б. Гистерорезектоскопия.
- В. Консервативное лечение: НПВС, гемостатическая терапия, гормонотерапия.
- Г. КОК на 6–12 месяцев.
- Д. Надвлагалищная ампутация матки без придатков.

**Ситуационная задача № 6**

Пациентка 31 года обратилась на прием к гинекологу с жалобами на периодические тянущие боли в области крестца и поясницы, болезненные менструации, боль во время половой жизни, отсутствие беременности в течение 3 лет.

ИЗ АНАМНЕЗА: менструации регулярные по 5–6 дней через 26–27 дней, болезненные, регулярно принимает спазматон. Замужем, беременностей не было. Периодически лечится по поводу хронического сальпингоофорита.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: при осмотре в зеркалах шейка матки чистая, отклонена кпереди, выделения слизистые. При бимануальном исследовании: тело матки не увеличено, безболезненное, ограничено в подвижности, наклонено кзади, угол между телом и шейкой матки открыт кзади. Придатки с обеих сторон безболезненные, тяжистые. Своды влагалища глубокие, свободные.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Хронический сальпингоофорит, обострение. Вторичное бесплодие.
- Б. Аденомиоз.
- В. Первичная дисменорея.
- Г. Хронический сальпингоофорит вне обострения. Ретродевиация матки. Вторичная дисменорея. Первичное бесплодие.
- Д. Врожденная аномалия положения матки: ретродевиация.

**Вопрос 2. Какие дополнительные исследования необходимо провести пациентке для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

- А. Аспирационная биопсия и гистологическое исследование эндометрия.
- Б. УЗИ органов малого таза.
- В. Гормональные исследования: уровень половых и гонадотропных гормонов.

- Г. Цитологическое исследование мазка из эндо- и экзоцервикса.
- Д. Все перечисленные.

**Вопрос 3. Какое лечение назначить данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

- А. КОК на 12 месяцев.
- Б. Лапароскопия, сальпингооовариолизис.
- В. НПВС на период менструации.
- Г. Гестагены с 16 по 25-й день цикла.
- Д. Антибактериальная и противовоспалительная терапия.

**Ситуационная задача № 7**

Пациентка 75 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на ноющие боли внизу живота, чувство инородного тела в области наружных половых органов, усиливающиеся при ходьбе, подъеме тяжестей.

ИЗ АНАМНЕЗА: менопауза 25 лет, половой жизнью не живет. Родов — 5, аборт — 3. Жалобы появились около 15 лет назад. От предлагаемого оперативного лечения пациентка отказывалась. В последние полгода отмечает ухудшение самочувствия, невозможность мочеиспускания без вправления половых органов. Из соматических заболеваний: ИБС, артериальная гипертензия 3, риск 4. Перенесла инсульт 2 года назад, сахарный диабет 2 типа.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: за пределами вульварного кольца определяется вся матка, слизистая влагалища цианотичная, не шейке матки дефект слизистой 2,5×2 см, покрыт фибриновым налетом. При бимануальном исследовании: тело матки уменьшено в размерах, безболезненное, подвижное, области придатков без особенностей.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Элонгация шейки матки.
- Б. Пропалс тазовых органов: полное выпадение матки. Декубитальная язва шейки матки.
- В. Пропалс тазовых органов: полное выпадение матки. Рак шейки матки.
- Г. Неполное выпадение матки.
- Д. Опущение задней стенки влагалища (ректоцеле).

**Вопрос 2. Какие диагностические мероприятия необходимо провести пациентке?**

*Варианты ответа:*

- А. УЗИ органов малого таза.
- Б. Консультация эндокринолога, кардиолога, невролога.
- В. Микроскопия отделяемого из уретры и цервикального канала.
- Г. Цитологическое исследование прицельная биопсия с поверхности язвы.
- Д. Все перечисленные.

**Вопрос 3. Какое лечение назначить данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

- А. Консервативное: тренировка мышц тазового дна.
- Б. Консервативное: заживление язвы, урогинекологический пессарий.
- В. Манчестерская операция.
- Г. Влагалищная экстирпация матки.
- Д. Лапаротомия, экстирпация матки с придатками.

### **Ситуационная задача № 8**

Пациентка 55 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на ноющие боли внизу живота, чувство инородного тела в области наружных половых органов, усиливающиеся при ходьбе, подъеме тяжестей.

ИЗ АНАМНЕЗА: менопауза 6 год. Родов — 3, аборт — 2. Состояла на учете по поводу миомы матки до 7 недель беременности с интерстициальным ростом узлов. При УЗИ контроле отмечено динамическое уменьшение миоматозных узлов, эндометрий 8 мм. Жалобы появились около 3 лет назад, в последние полгода отмечает ухудшение.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: промежность деформирована старыми разрывами, имеется расхождение ножек m. levatorani. За пределами вульварного кольца определяется передняя стенка влагалища (цистоцеле), шейка матки (точка С +1 см) не элонгирована. При бимануальном исследовании: тело матки увеличено до 5–6 недель беременности, бугристое, безболезненное, подвижное, области придатков без особенностей.

#### **Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Элонгация шейки матки.
- Б. Пропалс тазовых органов: полное выпадение матки.
- В. Пропалс тазовых органов 2 степени (цистоцеле). Миома матки больших размеров.
- Г. Неполное выпадение матки. Миома матки малых размеров. Патология эндометрия.
- Д. Опущение задней стенки влагалища (ректоцеле).

#### **Вопрос 2. Какое лечение оптимальное для данной пациентки?**

*Варианты ответа:*

- А. Консервативное: урогинекологический пессарий.
- Б. Лапаротомия, экстирпация матки с придатками.
- В. Манчестерская операция.
- Г. Влагалищная экстирпация матки без придатков.
- Д. Передняя кольпоррафия.

#### **Вопрос 3. Какое дополнительное исследование необходимо провести пациентке в плане предоперационной подготовки?**

*Варианты ответа:*

- А. МРТ таза.
- Б. Уровень онкомаркеров СА 125, НЕ4, индекс ROMA.
- В. Кульдоцентез, цитологическое исследование промывных вод из брюшной полости.
- Г. Ректороманоскопия, колоноскопия.
- Д. Гистероскопия, биопсия эндометрия, гистологическое исследование.

### **Ситуационная задача № 9**

Пациентка 73 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на дискомфорт, чувство инородного тела в области наружных половых органов, частое, нередко затрудненное мочеиспускание.

ИЗ АНАМНЕЗА: 25 лет назад оперирована по поводу миомы матки больших размеров, произведена экстирпация матки с придатками. Жалобы появились около 10 лет назад, отмечает ухудшение в течение последнего года, когда появилось затрудненное мочеиспускание. Половой жизнью не живет.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: за пределами вульварного кольца определяется опухолевидное бледно-розовое эластичное тело 10×10 см, образованное стенками культы влагалища.

#### **Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Опущение передней стенки влагалища (цистоцеле).
- В. Опущение задней стенки влагалища (ректоцеле).
- С. Выпадение купола влагалища после гистерэктомии с придатками (энтероцеле).
- Д. Пропалп тазовых органов: полное выпадение.
- Е. Опухоль культы влагалища.

#### **Вопрос 2. Какие органы входят в состав энтероцеле у данной пациентки?**

*Варианты ответа:*

- А. Мочевой пузырь.
- В. Прямая кишка.
- С. Большой сальник.
- Д. Петли тонкого кишечника.
- Е. Все перечисленное.

#### **Вопрос 3. Какое лечение оптимальное для данной пациентки?**

*Варианты ответа:*

- А. Консервативное: урогинекологический pessarium.
- В. Лапароскопия, фиксация культы влагалища к крестцу (сакрокольпопексия).
- С. Манчестерская операция.

Д. Срединная кольпорафия (операция Лефора—Нейгебауэра).

Е. Реконструктивно-пластическая операция с использованием сетчатого протеза Prolift Total.

### **Ситуационная задача № 10**

Пациентка 60 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на тянущие боли внизу живота, чувство инородного тела в области наружных половых органов при ходьбе, поднятии тяжестей, недержание мочи при физической работе, кашле.

ИЗ АНАМНЕЗА: родов — 3, работает физически, много поднимает тяжестей. Менопауза 11 лет. Жалобы появились около 5 лет назад, отмечает ухудшение в течение 3 месяцев, когда появилось подтекание мочи при нагрузке.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: при натуживании из половой щели появляется опухолевидное тело бледно-розового цвета, эластичной консистенции 4×5 см, шейка матки опускается к выходу из влагалища, не выходя за вульварное кольцо. При осмотре в зеркалах шейка матки длиной около 3 см, чистая, выделения слизистые. При бимануальном исследовании: тело матки не увеличено, безболезненное, подвижное, области придатков без особенностей.

#### **Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Опущение передней стенки влагалища. Стрессовое недержание мочи.
- Б. Опущение передней стенки влагалища (цистоцеле). Элонгация шейки матки.
- В. Опущение передней стенки влагалища. Ургентное недержание мочи.
- Г. Неполное выпадение матки. Хронический цистит.
- Д. Полное выпадение матки. Стрессовое недержание мочи.

#### **Вопрос 2. Какое дополнительное исследование необходимо провести данной пациентке для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

- А. ОАК, ОАМ.
- Б. Уродинамическое исследование.
- В. УЗИ органов малого таза.
- Г. Микроскопия и бактериологическое исследование отделяемого вульвы и влагалища, посев мочи на микрофлору.
- Д. Цистоскопия.

#### **Вопрос 3. Какое лечение оптимальное для данной пациентки?**

*Варианты ответа:*

- А. Консервативное: урогинекологический пессарий.
- Б. Передняя кольпорафия.
- В. Парауретральное введение геля.
- Г. Передняя кольпорафия, петлевая уретропексия свободной синтети-

ческой петлей TVT-O.

Д. Реконструктивно-пластическая операция с использованием сетчатого протеза Prolift Total.

## **ГЛАВА 10**

### **БЕСПЛОДНЫЙ БРАК. ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ**

*Выберите один правильный вариант ответа*

**1. Бесплодным считается брак при отсутствии беременности:**

*Варианты ответа:*

- а) в течение 3 месяцев регулярной половой жизни;
- б) в течение 1 года регулярной половой жизни без средств контрацепции в репродуктивном возрасте супругов;
- в) в течение 6 месяцев регулярной половой жизни без средств контрацепции в репродуктивном возрасте супругов;
- г) в течение 2 лет регулярной половой жизни без средств контрацепции;
- д) в течение 1 года без средств контрацепции.

**2. Частота бесплодного брака в Республике Беларусь составляет:**

*Варианты ответа:*

- а) 5–10 %;
- б) 2–3 %;
- в) 15–18 %;
- г) до 30 %;
- д) 30–50 %.

**3. Наиболее частой причиной женского бесплодия является:**

*Варианты ответа:*

- а) психосексуальные расстройства;
- б) трубно-перитонеальный фактор;
- в) эндокринный фактор;
- г) маточный фактор;
- д) иммунологический фактор.

**4. В этиологии трубно-перитонеального фактора бесплодия имеют значение:**

*Варианты ответа:*

- а) хронический сальпингоофорит;
- б) перенесенный хламидиоз, гонорея;
- в) полостные операции на органах малого таза, брюшной полости;
- г) инфантилизм;
- д) все ответы верны.

**5. Эндокринный фактор бесплодия не характерен при:**

*Варианты ответа:*

- а) СПКЯ;
- б) гиперпролактинемии;
- в) миоме матки;
- г) гипотирозе;
- д) все ответы верны.

**6. Диагностику женского бесплодия проводят с помощью:**

*Варианты ответа:*

- а) специального гинекологического исследования;
- б) гистероскопии;
- в) УЗИ мониторинга созревания фолликула, теста на овуляцию;
- г) лапароскопии;
- д) все ответы верны.

**7. При бесплодном браке обследование мужчины (супруга):**

*Варианты ответа:*

- а) необходимо проводить вместе с женщиной с обязательным анализом спермограммы;
- б) проводят только при исключении патологии у женщины;
- в) проводят при наличии отягощенного анамнеза;
- г) проводят только опрос и осмотр уролога;
- д) не проводят.

**8. Для диагностики проходимости маточных труб не применяется:**

*Варианты ответа:*

- а) лапароскопия;
- б) соногистеросальпингография;
- в) рентгеновская гистеросальпингография;
- г) кульдоцентез;
- д) верно а, г.

**9. При трубно-перитонеальном бесплодии наиболее эффективным методом лечения является:**

*Варианты ответа:*

- а) лечебная лапароскопия;
- б) лапаротомия, микрохирургическое вмешательство на трубах (резекция участка трубы, наложение анастомозов);
- в) курс антибактериальной и противовоспалительной терапии;
- г) ферментные препараты;
- д) физиотерапевтические методы лечения.

**10. Эффект от лечебной лапароскопии при бесплодии сохраняется:**

*Варианты ответа:*

- а) 3 месяца;
- б) 6 месяцев;
- в) 1 год;
- г) 3 года;
- д) 5 лет.

**11. О наличии овуляции можно судить с помощью:**

*Варианты ответа:*

- а) тестов функциональной диагностики;
- б) теста с ЛГ;
- в) УЗИ мониторинга;
- г) определения уровня прогестерона во 2 фазу менструального цикла;
- д) все ответы верны.

**12. Признаком ановуляции является:**

*Варианты ответа:*

- а) двухфазный график базальной температуры;
- б) положительный тест с ЛГ на 17-й день цикла;
- в) при УЗИ наличие желтого тела в яичнике на 16-й день цикла;
- г) уровень прогестерона на 23-й день цикла 10,0 нмоль/л;
- д) однофазный график базальной температуры.

**13. Для индукции овуляции применяют:**

*Варианты ответа:*

- а) прогестагены;
- б) антиэстрогены;
- в) натуральные эстрогены;
- г) антагонисты ГТГ;
- д) антагонисты простагландинов.

**14. Препарат, назначаемый для полноценной секреторной трансформации эндометрия в циклах стимуляции овуляции:**

*Варианты ответа:*

- а) кломифен;
- б) диферелин;
- в) дюфастон;
- г) дивигель;
- д) регулон.

**15. Причиной маточного фактора бесплодия может быть:**

*Варианты ответа:*

- а) субмукозная миома матки;
- б) синехии в полости матки;
- в) врожденные аномалии развития матки;
- г) хронический эндометрит;
- д) все ответы верны.

**16. Основной метод лечения при бесплодии на фоне внутриматочных синехий:**

*Варианты ответа:*

- а) лапаротомия, метропластика;
- б) гистерорезектоскопия;
- в) гормональное лечение эстроген-гестагенными препаратами;
- г) антибактериальное и противовоспалительное лечение;
- д) все ответы верны.

**17. Для диагностики иммунологического фактора бесплодия неэффективно:**

*Варианты ответа:*

- а) УЗИ органов малого таза;
- б) посткоитальный тест;
- в) MAR-тест прямой;
- г) непрямой MAR-тест;
- д) проба Курцрока—Миллера.

**18. Кариотипирование супругов при бесплодии не показано в следующих случаях:**

*Варианты ответа:*

- а) первичное бесплодие 5 лет;
- б) бесплодие после тубэктомии;
- в) тяжелое нарушение сперматогенеза неясной этиологии;
- г) три неудачные попытки ЭКО;
- д) планируется ЭКО у пациентки старше 40 лет.

**19. К вспомогательным репродуктивным технологиям не относится:**

*Варианты ответа:*

- а) индукция овуляции;
- б) суррогатное материнство;
- в) экстракорпоральное оплодотворение;
- г) внутриматочная инсеминация спермы мужа;
- д) интрацитоплазматическое введение сперматозоида.

**20. На первом этапе в программах ЭКО проводят:**

*Варианты ответа:*

- а) перенос эмбрионов;
- б) трансвагинальную пункцию яичников;
- в) поддержание лютеиновой фазы;
- г) стимуляцию суперовуляции;
- д) оплодотворение in vitro.

**21. Основным методом планирования семьи является:**

*Варианты ответа:*

- а) медикаментозный аборт;
- б) вакуум-аспирация плодного яйца;
- в) контрацепция;
- г) ограничение половой жизни;
- д) все ответы верны.

**22. Наиболее эффективным методом предупреждения нежелательной беременности является:**

*Варианты ответа:*

- а) внутриматочная спираль;
- б) ритм-метод;
- в) спермициды;
- г) хирургическая стерилизация;
- д) гормональная контрацепция.

**23. Для плановой гормональной контрацепции используют:**

*Варианты ответа:*

- а) чистые эстрогены;
- б) чистые гестагены;
- в) а-ГнРГ;
- г) антагонисты ГТГ;
- д) селективные ингибиторы прогестероновых рецепторов.

**24. К низкодозированным монофазным комбинированным эстроген-гестагенным контрацептивам относятся:**

*Варианты ответа:*

- а) импланон;
- б) трирегол;
- в) регулон;
- г) логест;
- д) фемостон 1/5.

**25. Выбор метода контрацепции не зависит от:**

*Варианты ответа:*

- а) возраста пациента;
- б) гинекологической и экстагенитальной патологии;
- в) репродуктивных планов;
- г) количества родов в анамнезе;
- д) все ответы верны.

**26. Введение внутриматочной спирали осуществляется:**

*Варианты ответа:*

- а) на 11–14-й день менструального цикла;
- б) при отсутствии воспалительного процесса гениталий;
- в) под УЗИ-контролем;
- г) акушеркой смотрового кабинета;
- д) под внутривенным наркозом.

**27. Механизм контрацептивного действия комбинированных эстроген-гестагенных препаратов обусловлен:**

*Варианты ответа:*

- а) подавлением овуляции;
- б) повышением вязкости и антиспермальной агрессивности цервикальной слизи;
- в) «железистой регрессией» эндометрия;
- г) снижением моторики маточных труб;
- д) все ответы верны.

**28. К абсолютным противопоказаниям для назначения КОК не относится:**

*Варианты ответа:*

- а) ожирение;
- б) свежие тромбозы;
- в) рак молочной железы в анамнезе;
- г) лактация;
- д) прогрессирующие заболевания печени.

**29. Положительные не контрацептивные эффекты КОК:**

*Варианты ответа:*

- а) снижение рака эндометрия;
- б) снижение симптомов дисменореи;
- в) лечение доброкачественной болезни молочных желез;
- г) снижение частоты миомы матки и эндометриоза;
- д) все ответы верны.

**30. Внутриматочная система «Мирена»:**

*Варианты ответа:*

- а) содержит прогестаген левоноргестрел;

- б) вводится на 7 лет;
- в) оказывает лечебное действие при субмукозной миоме матки;
- г) не обладает контрацептивным действием;
- д) оказывает контрацептивное действие за счет подавления овуляции.

### **Ситуационная задача № 1**

На прием гинеколога обратилась пациентка 32 лет с жалобами на невозможность забеременеть в течение 7 лет.

**ИЗ АНАМНЕЗА:** было 2 беременности, одна из которых завершилась медицинским абортом, осложнившимся эндометритом на фоне остатков плодного яйца и повторным выскабливанием полости матки; вторая беременность — трубная, проведена операция правосторонней тубэктомии. Менструальный цикл регулярный, по 3–4 дня через 26–28 дней. Муж обследован, спермограмма — норма.

**ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ:** влагалище, шейка матки без особенностей, тело матки плотное, не увеличено, ограничено в подвижности, несколько отклонено вправо, безболезненное. Справа придатки не определяются, левые придатки несколько тяжистые, безболезненные, своды свободные, выделения слизистые.

#### **Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Первичное бесплодие, идиопатическое.
- Б. Вторичное бесплодие, трубно-перитонеальный фактор.
- В. Хронический двусторонний сальпингоофорит. Первичное бесплодие.
- Г. Абсолютное вторичное бесплодие.
- Д. Первичное бесплодие, хроническая ановуляция.

#### **Вопрос 2. Необходимый достаточный объем обследований для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

- А. Микроскопия и бактериологическое исследование отделяемого вульвы и влагалища, УЗИ органов малого таза.
- Б. Микроскопия и бактериологическое исследование отделяемого вульвы и влагалища, УЗИ органов малого таза, гистероскопия.
- В. Микроскопия и бактериологическое исследование отделяемого вульвы и влагалища, обследование на ИППП, УЗИ органов малого таза и соногистеросальпингография, лапароскопия.
- Г. Обследование на ИППП, МРТ, лапароскопия.
- Д. Микроскопия отделяемого вульвы и влагалища, тесты функциональной диагностики, УЗИ-мониторинг созревания фолликула, гормональные исследования.

#### **Вопрос 3. Какое лечение назначить данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

А. Системные антибактериальные препараты, ферментные лекарственные средства (вобэнзим, дистриптаза), физиотерапевтические методы лечения.

Б. Комбинированные эстроген-гестагенные контрацептивы на 3 месяца.

В. Десенсибилизирующая терапия, глюкокортикоиды.

Г. Лечебная лапароскопия, сальпингоовариолизис.

Д. ЭКО.

## **Ситуационная задача № 2**

Пациентка 28 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на отсутствие беременности в течение 6 лет.

ИЗ АНАМНЕЗА: менархе в 14 лет. Менструации по 4–5 дней через 45–60 дней, нерегулярные, безболезненные. Спермограмма мужа в пределах нормы.

ОБЪЕКТИВНО: рост 164 см, вес 90 кг. Гирсутое число по шкале Ферримана—Голлвея равно 9. Молочные железы развиты, мягкие безболезненные.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: наружные половые органы развиты правильно, оволосенение по женскому типу. При бимануальном исследовании матка несколько уменьшена в размерах, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки из-за выраженного отложения жира на передней брюшной стенке четко не пальпируются, область их безболезненна, своды свободны.

Базальная температура монофазная.

### **Вопрос 1. Какова наиболее вероятная причина бесплодия?**

*Варианты ответа:*

А. Хроническая ановуляция.

Б. Иммунологический фактор.

В. Трубно-перитонеальный фактор.

Г. Инфантилизм, гипоплазия матки.

Д. Метаболические нарушения.

### **Вопрос 2. Необходимый объем обследований для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

А. МРТ органов малого таза, головного мозга.

Б. Трансвагинальное УЗИ, соногистерография.

В. УЗИ-мониторинг созревания фолликулов, уровень эстрадиола, прогестерона, пролактина, ТТГ, МРТ гипофиза.

Г. Гистероскопия, диагностическая лапароскопия.

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

**Вопрос 3. Какой метод лечения бесплодия назначить данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

- А. Натуральные эстрогены (прогинова, дивигель).
- Б. КОК с антиандрогенным действием.
- В. Снижение веса(диета, физическая нагрузка, статины), бигуаниды, стимуляция овуляции (медикаментозная, хирургическая).
- Г. Гистерорезектоскопия.
- Д. ЭКО.

### **Ситуационная задача № 3**

Пациентка 35 лет обратилась на прием в женскую консультацию с жалобами на обильные, длительные и болезненные менструации, отсутствие беременности в течение 3 лет.

ИЗ АНАМНЕЗА: одни роды 10 лет назад, последние 6 месяцев беспокоят обильные менструации. На прием к гинекологу не обращалась 2 года.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: шейка матки чистая; тело матки увеличено до 6–7 недель беременности, плотное, безболезненное, придатки с обеих сторон не изменены; выделения слизистые.

ПРИ УЗИ: тело матки 65×56×50 мм, в миометрии передней стенки определяется округлое образование средней эхогенности с четкими контурами 15 мм в диаметре, деформирующее полость матки. В толще миометрия задней стенки — округлое образование 9×11 мм. Структура и размеры яичников без особенностей.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Множественная узловатая интерстициальная миома матки, быстрый рост. Вторичное бесплодие.
- Б. Полип эндометрия. Вторичное бесплодие.
- В. Миома матки с субмукозным ростом узла. Вторичное бесплодие.
- Г. Миома матки больших размеров. Первичное бесплодие.
- Д. Аномальное маточное кровотечение: аденомиоз. Вторичное бесплодие.

**Вопрос 2. Какой метод исследования имеет первоочередное значение для постановки диагноза?**

*Варианты ответа:*

- А. Гистероскопия.
- Б. Гормональное исследование: ЛГ, ФСГ, пролактин, прогестерон.
- В. КТ.
- Г. Метросальпингография.
- Д. Лапароскопия.

**Вопрос 3. Какой метод лечения необходимо выбрать для данной пациентки?**

- А. А-ГнРГ на 3 месяца.
- Б. ЭКО.
- В. Гистерорезектоскопия, миомэктомия.
- Г. Лапаротомия, консервативная миомэктомия после медикаментозной предоперационной подготовки.
- Д. Лапаротомия, экстирпация матки без придатков.

#### **Ситуационная задача № 4**

Пациентка 27 лет предъявляет жалобы на отсутствие беременности в течение 5 лет.

ИЗ АНАМНЕЗА: менархе в 11 лет, менструации регулярные по 5–6 дней, через 28–29 дней, болезненные, особенно последний год. Принимает спазматон, баралгин в первые 2 дня. Замужем. Отмечает болезненность при половой жизни. По поводу бесплодия 2 года назад была обследована: гормональных нарушений не было выявлено, спермограмма мужа в норме, тесты на ИППП отрицательные, посткоитальный тест в норме.

ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ: тело матки плотное, не увеличено, в положении retroflexio, малоподвижное. Придатки с обеих сторон не пальпируются. В области заднего свода влагалища определяется болезненное неподвижное плотное бугристое образование 3,5×2,5 см.

ПРИ РЕКТАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: на глубине 7–8 см по передней стенке прямой кишки определяется бугристое плотное, резко болезненное образование. Слизистая кишки над образованием смещается.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Инфантилизм. Ретропозиция матки. Первичное бесплодие.
- Б. Наружный генитальный эндометриоз: ретроцервикальный. Первичное бесплодие.
- В. Хронический сальпингоофорит, гидросальпинкс. Первичное бесплодие.
- Г. Эндометриома яичника. Первичное бесплодие.
- Д. Внутренний эндометриоз. Первичное бесплодие.

**Вопрос 2. Необходимый объем обследований для уточнения причины бесплодия?**

*Варианты ответа:*

- А. УЗИ органов малого таза, соногистеросальпингография.
- Б. УЗИ органов малого таза, гормональное исследование, гистероскопия.

В. УЗИ органов малого таза, МРТ органов малого таза, ректороманоскопия, лапароскопия.

Г. УЗИ органов малого таза, гистероскопия, колоноскопия.

Д. Диагностическая лапароскопия.

**Вопрос 3. Какое лечение назначить данной пациентке?**

А. Хирургическое: иссечение очагов эндометриоза.

Б. КОК на 12 месяцев.

В. Гестагенные препараты во вторую фазу менструального цикла на 6 месяцев.

Г. А-ГнРГ 4 месяца.

Д. Сочетанное гормональное лечение (а-ГнРГ) и хирургическое иссечение очагов эндометриоза, последующее ЭКО.

### **Ситуационная задача № 5**

Пациентка 30 лет состоит на учете по бесплодию в центре планирования семьи в течение 2 лет.

ИЗ АНАМНЕЗА: менструальная функция не нарушена, гинекологические заболевания отрицает, операций не было. Замужем 5 лет. Беременностей не было. Обследована: менструальный цикл двухфазный, при МСГ трубы проходимы, при УЗИ патологии гениталий не выявлено. Спермограмма мужа в норме. При проведении посткоитального теста: через 6 часов подвижные сперматозоиды не определяются.

**Вопрос 1. Какой фактор бесплодия наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

А. Трубно-перитонеальный.

Б. Эндокринный.

В. Маточный.

Г. Мужской.

Д. Иммунологический.

**Вопрос 2. Какие дополнительные исследования провести с целью подтверждения причины бесплодия?**

*Варианты ответа:*

А. Диагностическую лапароскопию.

Б. Гистероскопию.

В. MAR-тест, пробу Курцрока—Миллера.

Г. Гормональное обследование: ФСГ, ЛГ, пролактин, ТТГ, тестостерон, уровень АМГ.

Д. КТ гипофиза с контрастированием.

**Вопрос 3. Какое лечение назначить данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

А. ЭКО.

- Б. Бигуаниды, стимуляция овуляции (медикаментозная, хирургическая).
- В. Гистерорезектоскопия.
- Г. Искусственная инсеминация спермой мужа.
- Д. Искусственная инсеминация спермой донора.

### **Ситуационная задача № 6**

На специализированный прием в центр «Брак и семья» обратилась женщина 34 лет с жалобами на отсутствие беременности в течение 3-х лет регулярной половой жизни без предохранения в повторном браке, нерегулярный менструальный цикл.

ИЗ АНАМНЕЗА: менархе в 12 лет. Роды одни в первом браке 10 лет назад. Гинекологический анамнез отягощен. Дважды оперирована лапароскопически по поводу серозных кист правого и левого яичников, 5 лет и 3 года назад соответственно. В течение последнего года отмечает нерегулярные скудные менструации с задержками до 3 месяцев. Супруг здоров. Спермограмма в норме.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: матка anteversio, ante-flexio, плотная, не увеличена, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Своды свободные.

ПРИ УЗИ органов малого таза на 60-й день цикла: матка 48×40×35 мм, структура миометрия однородная, М-эхо 5 мм. Правый яичник 15×13×10 мм, фолликулярный аппарат не выражен, левый яичник 18×15×10 мм аналогичной структуры.

Гормональное исследование: ФСГ 25 мЕД/л, ЛГ 12 мЕД/л, эстрадиол 150 пмоль/л, АМГ 0,1 нг/мл.

#### **Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. СПКЯ, ановуляторное бесплодие.
- Б. Общий инфантилизм, дисгенезия гонад.
- В. Климактерический синдром.
- Г. Посткастрационный синдром.
- Д. Синдром истощения яичников.

#### **Вопрос 2. Какое лечение необходимо данной пациентке для восстановления менструального цикла?**

*Варианты ответа:*

- А. КОК на 12 месяцев.
- Б. А-ГнРГ на 3–4 месяца.
- В. Менопаузальная гормональная терапия эстроген-гестагенными препаратами.
- Г. Стимуляция овуляции кломифена цитратом.
- Д. Гестагены в непрерывном режиме на 6–9 месяцев.

**Вопрос 3. Какой метод позволит преодолеть бесплодие у данной пациентки?**

*Варианты ответа:*

- А. Искусственная инсеминация спермой мужа.
- Б. Стимуляция овуляции кломифена цитратом 3 цикла.
- В. ЭКО.
- Г. ЭКО+ИКСИ.
- Д. ЭКО с донорской яйцеклеткой.

### **Ситуационная задача № 7**

В кабинет планирования семьи обратилась женщина 18 лет за рекомендациями по предупреждению нежелательной беременности.

ИЗ АНАМНЕЗА: менархе 13 лет, менструальная функция не нарушена. Не замужем. Постоянного полового партнера нет. Половая жизнь не регулярная. Соматический и гинекологический анамнез не отягощен.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ: при осмотре в зеркалах на шейке матки вокруг наружного зева — венчик гиперемии, слизистая влагалища бледно-розовая, выделения жидкие сероватого цвета с неприятным запахом. При бимануальном обследовании тело матки не увеличено, подвижное, безболезненное, придатки с обеих сторон без особенностей. Своды глубокие.

При микроскопии отделяемого: из цервикального канала — лейкоциты 30–40 в поле зрения, флора кокковая обильная; из влагалища — лейкоциты 8–10 в поле зрения, эпителий более 20, флора кокковая, обнаружены «ключевые клетки». Уровень рН 4,8.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Острая свежая гонорея.
- Б. Неспецифический вагинит.
- В. Бактериальный вагиноз. Цервицит.
- Г. Хронический цервицит.
- Д. Вульвовагинальный кандидоз.

**Вопрос 2. Какое лечение назначить данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

- А. Антибактериальные препараты группы фторхинолонов внутрь, курсом на 7 дней.
- Б. Метронидазол местно во влагалище в виде свечей (500 мг) или геля 0,75 % — 5,0г на 5 дней.
- В. Флуконазол внутрь однократно 150 мг.

Г. Комбинированный курс антибактериальной и противовоспалительной терапии, иммуномодуляторов и ферментных препаратов. Физиотерапевтическое лечение.

Д. Радиоволновая эксцизия шейки матки.

**Вопрос 3. Какой метод контрацепции является наиболее приемлемым у данной пациентки?**

А. Презерватив.

Б. Внутриматочная спираль «Сиргим-Т».

В. Комбинированные эстроген-гестагенные микродозированные монофазные контрацептивы (Логест, Новинет).

Г. Посткоитальную контрацепцию (Постинор, Двелла).

Д. Календарный ритм-метод.

### **Ситуационная задача № 8**

Пациентка 25 лет обратилась на прием к гинекологу для получения рекомендаций по контрацепции.

ИЗ АНАМНЕЗА: менструации с 13 лет, нерегулярные через 25–40 дней, по 6–7 дней, обильные, болезненные, принимает спазматон для купирования боли. Замужем. Были одни роды 3 года назад. Ближайшие 2–3 года беременность не планирует, хочет надежную контрацепцию. Соматически здорова.

При гинекологическом обследовании и УЗИ патологии не выявлено.

**Вопрос 1. Нужно ли провести дополнительное обследование для выбора метода контрацепции?**

*Варианты ответа:*

А. Нет.

Б. Гормональное обследование: ФСГ, ЛГ, эстрадиол, тестостерон, прогестерон.

В. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, УЗИ органов брюшной полости.

Г. Микроскопическое и микробиологическое исследование отделяемого цервикального канала, уретры, влагалища.

Д. Полное комплексное обследование на ИППП.

**Вопрос 2. Какой метод контрацепции рекомендовать данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

А. Презерватив.

Б. Календарный ритм-метод.

В. Внутриматочную спираль с серебром.

Г. Комбинированные эстроген-гестагенные низкодозированные монофазные контрацептивы (Ярина, Регулон).

Д. Посткоитальную контрацепцию (Постинор, Двелла).

**Вопрос 3. Какой положительный неконтрацептивный эффект выбранного метода можно ожидать у данной пациентки?**

*Варианты ответа:*

- А. Снижение риска вагинита и бактериального вагиноза.
- Б. Снижение риска тромбоэмболических осложнений.
- В. Нормализация менструального цикла.
- Г. Повышение либидо.
- Д. Снижение риска рака молочной железы.

### **Ситуационная задача № 9**

На прием к гинекологу обратилась пациентка 39 лет с жалобами на обильные менструации в течение 6 месяцев, нуждается в надежной контрацепции.

ИЗ АНАМНЕЗА: родов 3, без особенностей, 5 медицинских аборт, последний 1 год назад — медикаментозное прерывание беременности. Три месяца назад при обследовании по поводу обильных менструаций диагностирована гиперплазия эндометрия, проведена гистероскопия, гистологическое исследование соскоба эндометрия. Заключение: простая гиперплазия эндометрия без атипии. Принимала по рекомендации гинеколога гормональные контрацептивы в течение 2 месяцев. Отмечает побочные эффекты в виде тошноты, головной боли, выраженной болезненности молочных желез, в связи с чем, отказалась от дальнейшего их приема.

ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ: в зеркалах шейка матки чистая, выделения слизисто-молочные умеренные. При бимануальном исследовании: тело матки не увеличено, подвижное безболезненное. Придатки с обеих сторон не пальпируются.

**Вопрос 1. Нужно ли провести дополнительное обследование данной пациентке для выбора метода контрацепции?**

*Варианты ответа:*

- А. Нет.
- Б. Гормональное обследование: ФСГ, ЛГ, эстрадиол, тестостерон, прогестерон.
- В. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, УЗИ органов брюшной полости, микроскопическое и микробиологическое исследование отделяемого цервикального канала, уретры, влагалища.
- Г. УЗИ органов малого таза.
- Д. Гистероскопию.

**Вопрос 2. Какой метод контрацепции рекомендовать данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

- А. Презерватив.

Б. Календарный ритм-метод.

В. Продолжить прием комбинированных оральных эстроген-гестогенных контрацептивов.

Г. Внутриматочную систему с левоноргестрелом «Мирена».

Д. Посткоитальную контрацепцию (Постинор, Двелла).

***Вопрос 3. Когда и как провести достоверную оценку эффективности лечения гиперплазии эндометрия при выбранном методе контрацепции?***

А. Через 6 месяцев аспирационная биопсия эндометрия с гистологическим исследованием.

Б. Через 1 месяц аспирационная биопсия эндометрия с гистологическим исследованием.

В. Через 12 месяцев диагностическое выскабливание слизистой матки и гистологическое исследование соскоба.

Г. Через 6 месяцев УЗИ органов малого таза.

Д. Через 12 месяцев гистероскопия с отдельным диагностическим выскабливанием слизистой цервикального канала и полости матки и гистологическим исследованием соскоба.

### **Ситуационная задача № 10**

На прием к гинекологу обратилась пациентка 20 лет для рекомендаций по контрацепции.

ИЗ АНАМНЕЗА: замужем. Роды 9 месяцев назад, кормит грудью. Была первая менструация после родов. Соматически здорова. Из гинекологических заболеваний отмечает эрозию шейки матки, диагностированную за 2 года до беременности.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: при осмотре в зеркалах шейка матки деформирована разрывом, гиперемирована, при контакте кровоточит. Выделения умеренные молочного цвета. При бимануальном исследовании тело матки не увеличено, подвижное безболезненное, придатки с обеих сторон без особенностей. Своды свободные.

**Вопрос 1. Какие дополнительные методы обследования необходимы данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

А. Кольпоскопия.

Б. Цитологическое исследование мазка из экзо- и эндоцервикса.

В. Микроскопическое и микробиологическое исследование отделяемого цервикального канала, уретры, влагалища.

Г. ПЦР на вирус папилломы человека.

Д. Все выше перечисленные.

**Вопрос 2. Какой метод лечения предпочесть у данной пациентки при диагностированной CIN2 шейки матки на фоне ВПЧ-инфекции?**

*Варианты ответа:*

А. Противовирусную системную терапию 10 дней (инозин пранобекс, интерферон-альфа 2β), цитологический контроль через 1 месяц.

Б. Санацию влагалища хлоргексидина биглюконатом 10 дней, цитологический контроль через 10 дней.

В. Местную иммуномодулирующую терапию (интерферон-альфа 2β в свечах вагинально) 10 дней, цитологический контроль через 10 дней.

Г. Радиоволновую эксцизию шейки матки, цитологический контроль через 1 месяц.

Д. Экстирпацию матки без придатков.

**Вопрос 3. Какой метод контрацепции рекомендовать данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

А. Календарный ритм-метод.

Б. Гестагенные контрацептивы (Лактинет, мини-пили).

В. Комбинированные оральные микродозированные эстроген-гестогенные контрацептивы.

Г. Внутриматочную систему с левоноргестрелом «Мирена».

Д. Лапароскопическую стерилизацию.

## ГЛАВА 11 ДЕТСКАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ

*Выберите один правильный вариант ответа*

**1. У новорожденной девочки наблюдаются следующие анатомические особенности матки:**

*Варианты ответа:*

- а) слияние мюллеровых протоков не завершено, сохраняется удвоение матки;
- б) тело матки маленькое, шейка почти не выражена;
- в) матка небольшая, длина шейки почти в 3 раза больше длины тела матки;
- г) матка имеет двурогую форму;
- д) тело и шейка матки по длине и толщине равны между собой.

**2. Анатомо-физиологические особенности половой системы у девочек следующие:**

*Варианты ответа:*

- а) избыточная складчатость слизистых;
- б) низкая эстрогенная насыщенность;
- в) недостаточная выработка гликогена;
- г) кокковая микрофлора половых путей;
- д) все перечисленные.

**3. В периоде полового созревания в организме происходят следующие основные изменения:**

*Варианты ответа:*

- а) подавление гонадотропной функции гипофиза;
- б) активизация гормональной функции яичников;
- в) ритм выделения ФСГ не устанавливается;
- г) повышенная выработка пролактина;
- д) повышенная продукция андрогенов надпочечниками.

**4. Вторичные половые признаки:**

*Варианты ответа:*

- а) развиваются одновременно;

- б) появляются после становления регулярных менструаций;
- в) первым появляется оволосение подмышечных впадин;
- г) увеличение молочных желез и оволосение лобка происходит раньше оволосения подмышечных впадин;
- д) начинают развиваться в пубертатный период.

**5. Маточные кровотечения в пубертатном периоде чаще всего обусловлены:**

*Варианты ответа:*

- а) органическими заболеваниями половой системы;
- б) недостаточностью лютеиновой фазы овариального цикла;
- в) заболеванием различных систем организма;
- г) отсутствием овуляции по типу атрезии фолликула;
- д) отсутствием овуляции по типу длительной персистенции фолликула.

**6. В диагностике маточных кровотечений пубертатного периода не применяют:**

*Варианты ответа:*

- а) гистероскопию;
- б) УЗИ органов малого таза в динамике;
- в) консультации невролога, эндокринолога, офтальмолога;
- г) исследование свертывающей системы крови;
- д) рентгенографию черепа с проекцией турецкого седла.

**7. Выбор метода остановки маточного кровотечения в пубертатном периоде зависит от:**

*Варианты ответа:*

- а) степени анемии;
- б) роста-веса показателя;
- в) уровня гормонов;
- г) наличия хронических заболеваний;
- д) всего перечисленного.

**8. Необходимый и достаточный объем обследования для выбора метода гемостаза у пациентки 13 лет с маточным кровотечением в течение 10 дней, возникшим после задержки менструации на 2 недели:**

*Варианты ответа:*

- а) коагулограмма, УЗИ органов малого таза, гормоны крови ФСГ, ЛГ, Е2, прогестерон;
- б) ОАК, УЗИ органов малого таза, консультация специалистов;
- в) ОАК, УЗИ органов малого таза;
- г) ОАК, ОАМ, коагулограмма, УЗИ органов малого таза;
- д) коагулограмма, общий белок, УЗИ органов малого таза.

**9. Консервативное лечение маточных кровотечений пубертатного периода включает все, кроме:**

*Варианты ответа:*

- а) гормональных препаратов;
- б) физиотерапевтического лечения, витаминов;
- в) спазмолитиков;
- г) ингибиторов фибринолиза;
- д) антианемических препаратов.

**10. Для симптоматической терапии маточных кровотечений пубертатного периода не применяют:**

*Варианты ответа:*

- а) окситоцин;
- б) транексамовую кислоту;
- в) фрагмин;
- г) мальтофер;
- д) аскорутин.

**11. Гормональный гемостаз при маточных кровотечениях пубертатного периода производят:**

*Варианты ответа:*

- а) гестагенами в непрерывном режиме;
- б) гестагенами в циклическом режиме;
- в) аналогами гонадотропных релизинг-гормонов;
- г) монофазными низкодозированными комбинированными эстроген-гестагенными препаратами, начиная с 4–5 таблеток в сутки;
- д) монофазными комбинированными эстроген-гестагенными препаратами по 1 таблетке в сутки.

**12. Длительность противорецидивной гормональной терапии при маточных кровотечениях пубертатного периода составляет:**

*Варианты ответа:*

- а) 2–3 месяца;
- б) 3–6 месяцев;
- в) 6–9 месяцев;
- г) 6–12 месяцев;
- д) 1 месяц.

**13. Причиной ложной аменореи у девочек пубертатного возраста может быть:**

*Варианты ответа:*

- а) аплазия матки;
- б) атрезия девственной плевы;
- в) дисгенезия гонад;
- г) первичный гипотироз;
- д) анорексия.

**14. Для синдрома Рокитанского — Кюстера — Майера не характерно:**

*Варианты ответа:*

- а) врожденное отсутствие матки и влагалища;
- б) отсутствие менструаций;
- в) яичники в виде соединительнотканного тяжа;
- г) хорошо развиты вторичные половые признаки;
- д) наружные половые органы развиты правильно.

**15. Дисменорея, плохо купирующаяся спазмолитиками и обезболивающими лекарственными средствами, наблюдается при:**

*Варианты ответа:*

- а) полном удвоении матки и влагалища;
- б) двурогой матке с добавочным замкнутым функционирующим рогом;
- в) седловидной матке;
- г) двурогой матке;
- д) двурогой матке с добавочным замкнутым нефункционирующим рогом.

**16. Для преждевременного полового развития изосексуального типа не характерно:**

*Варианты ответа:*

- а) нарушение функции надпочечников;
- б) появление вторичных половых признаков и менструальных выделений до 7 лет;
- в) функциональные расстройства ЦНС;
- г) наследственная предрасположенность;
- д) наличие гормонпродуцирующих опухолей яичников.

**17. Диагностика преждевременного полового развития гетеросексуального типа включает:**

*Варианты ответа:*

- а) проведение пробы с дексаметазоном;
- б) определение кариотипа;
- в) УЗИ гениталий и надпочечников;
- г) определение в крови уровней тестостерона, 17-ОНП, ДГЭА-С, кортизола;
- д) все перечисленное.

**18. Для задержки полового развития центрального генеза характерно:**

*Варианты ответа:*

- а) недостаточное развитие вторичных половых признаков в 15–16 лет;
- б) перенесенная в раннем детстве нейроинфекция;
- в) евнухоидальное телосложение: высокий рост, длинные руки и ноги при коротком туловище;
- г) гипоплазия гениталий;
- д) все перечисленное.

**19. У девочек чаще всего встречаются следующие формы воспаления гениталий:**

*Варианты ответа:*

- а) эндоцервицит;
- б) эндометрит;
- в) сальпингоофорит;
- г) вульвовагинит;
- д) пельвиоперитонит.

**20. Причиной вульвовагинита у девочек может быть:**

*Варианты ответа:*

- а) неспецифическая условнопатогенная микрофлора;
- б) специфическая микрофлора;
- в) инородное тело во влагалище;
- г) глистная инвазия;
- д) все перечисленное.

**21. Для острого вульвовагинита у девочек не характерно:**

*Варианты ответа:*

- а) гнойные выделения из половых путей;
- б) зуд и жжение в области наружных половых органов;
- в) изменение пигментации, формирование синехий;
- г) дизурические явления;
- д) гиперемия и отек наружных половых органов.

**22. При хроническом вульвовагините у девочки необходимо исключить:**

*Варианты ответа:*

- а) глистную инвазию;
- б) инородное тело влагалища;
- в) атопический дерматит;
- г) нарушение углеводного обмена;

д) все перечисленное.

**23. Общие симптомы интоксикации наблюдаются при вульвовагините у девочек, вызванном:**

*Варианты ответа:*

- а) грибами рода *Candida*;
- б) *Ureaplasma urealyticum*;
- в) *Chlamydia trachomatis*;
- г) *Virus herpes simplex*;
- д) *Trichomonas vaginalis*.

**24. Диагностика вульвовагинита у девочек включает:**

*Варианты ответа:*

- а) осмотр наружных половых органов;
- б) микроскопию отделяемого вульвы и влагалища;
- в) микробиологическое исследование отделяемого вульвы и влагалища на флору и чувствительность к антибиотикам;
- г) вагиноскопию;
- д) все перечисленное.

**25. Лечение специфического вульвовагинита у девочек проводят:**

*Варианты ответа:*

- а) независимо от вызвавшей причины;
- б) местными антисептическими и антибактериальными средствами с учетом этиологии на фоне лечения основного заболевания, соблюдения диеты и правил личной гигиены;
- в) в стационарных условиях;
- г) системным применением антибиотиков широкого спектра действия;
- д) эстрогенсодержащими местными лекарственными средствами.

**26. При обнаружении на профосмотре у девочки 15 лет объемного образования 7×8 см в области придатков тактика:**

*Варианты ответа:*

- а) консервативное лечение гестагенами в циклическом режиме 3 месяца;
- б) КОК в контрацептивном режиме 3 месяца с последующим УЗИ-контролем на 5–6-й день менструального цикла;
- в) оперативное лечение в плановом порядке;
- г) оперативное лечение в экстренном порядке;
- д) курс противовоспалительной и антибактериальной терапии 10 дней с УЗИ-контролем на 5–6-й день менструального цикла.

**27. Для диагностики инородного тела влагалища у девочки 4 лет наиболее оптимальный объем обследований:**

*Варианты ответа:*

- а) ректальное исследование, УЗИ органов малого таза, микроскопия и бактериологическое исследование отделяемого влагалища, вагиноскопия;
- б) ректальное исследование, УЗИ органов малого таза;
- в) ОАК, ОАМ, микроскопия отделяемого влагалища на флору;
- г) УЗИ органов малого таза, бактериологическое исследование отделяемого влагалища;
- д) ректальное исследование, вагиноскопия.

**28. Увеличение молочных желез и периодические скудные кровянистые выделения из половых путей у 2 недельной девочки являются симптомами:**

*Варианты ответа:*

- а) гормонопродуцирующей опухоли яичника;
- б) гормонального криза новорожденного;
- в) полной формы преждевременного полового развития;
- г) родовой травмы;
- д) классической формы врожденной дисфункции коры надпочечников.

**29. Оптимальным методом контрацепции у девушки 16 лет, имеющей нерегулярный менструальный цикл, половые контакты с непостоянными половыми партнерами, является:**

*Варианты ответа:*

- а) постинор;
- б) комбинированные эстроген-гестагенные низкодозированные монофазные оральные контрацептивы;
- в) внутриматочная контрацепция;
- г) презерватив;
- д) метод двойной защиты: комбинированные эстроген-гестагенные низкодозированные монофазные оральные контрацептивы и презерватив.

**30. При травме наружных половых органов у девочки 6 лет тактика:**

*Варианты ответа:*

- а) госпитализация;
- б) осмотр наружных половых органов под обезболиванием, УЗИ органов малого таза, брюшной полости, консультация уролога, ОАК, ОАМ;
- в) хирургическое лечение: ушивание кровоточащих разрывов, вскрытие и ушивание нарастающих гематом;
- г) консервативное лечение: обезболивающие, гемостатические, антибактериальные лекарственные средства;
- д) все перечисленное.

### **Ситуационная задача № 1**

На прием детского гинеколога обратилась пациентка 6 лет. Со слов матери, девочку беспокоят зуд, жжение в области наружных половых органов, гнойные выделения, которые появились около 3 дней назад.

ИЗ АНАМНЕЗА: первый ребенок в семье от срочных родов через естественные родовые пути. Росла и развивалась согласно возрасту, соматически здорова.

ОСМОТР НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ: развиты правильно, соответственно возрасту. Выраженная гиперемия, отек, следы расчесов в области малых половых губ, вестибулярные бели гноевидного характера. Девственная плева кольцевидной формы, не нарушена.

РЕКТАЛЬНО: тело матки в antepositio, соответствует возрастной норме, плотное, безболезненное. Придатки не определяются.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Неспецифический острый вульвовагинит.
- Б. Туберкулез половых органов.
- В. Генитальный герпес.
- Г. Острая свежая гонорея.
- Д. Вульвовагинальный кандидоз.

**Вопрос 2. Необходимый достаточный объем обследований для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

- А. Микроскопия отделяемого вульвы и влагалища.
- Б. Микроскопия отделяемого вульвы и влагалища, бактериологическое исследование отделяемого вульвы и влагалища.
- В. Микроскопия отделяемого вульвы и влагалища, бактериологическое исследование отделяемого вульвы и влагалища, УЗИ органов малого таза.
- Г. Микроскопия отделяемого вульвы и влагалища, бактериологическое исследование отделяемого вульвы и влагалища, ИФА на антитела к вирусу простого герпеса 1 и 2 типа.
- Д. Микроскопия отделяемого вульвы и влагалища, бактериологическое исследование отделяемого вульвы и влагалища, ИФА на антитела к вирусу простого герпеса 1 и 2 типа, туберкулиновая проба, ПЦР.

**Вопрос 3. Какое лечение назначить данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

- А. Системные антибактериальные и противогрибковые препараты (азитромицин + флуконазол).
- Б. Противотуберкулезные лекарственные средства.
- В. Соблюдение гигиенических правил, диета, местные антисептические и антибактериальные препараты (хлоргексидина биглюконат, сульфацил натрия, неомицин, левомеколь и др.), поливитамины.
- Г. Противовирусные местные лекарственные средства (ацикловир).
- Д. Соблюдение гигиенических правил, диета, поливитамины.

## Ситуационная задача № 2

В гинекологическое отделение направлена пациентка 8 лет. Девочку беспокоят в течение 3-х лет периодический зуд, жжение в области наружных половых органов, обильные выделения, по поводу чего неоднократно получала местную антибактериальную терапию с временным эффектом. Со слов матери, девочка часто жалуется на жажду и голод, много пьет, отмечает быструю утомляемость.

ИЗ АНАМНЕЗА: первый ребенок в семье от срочных родов путем операции кесарево сечение по поводу крупного веса — 4600 г. Вскармливание искусственное с первого месяца. Страдает частыми вирусными заболеваниями респираторного тракта.

ОБЪЕКТИВНО: физически девочка развита соответственно возрасту, несколько пониженного питания.

ОСМОТР НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ: развиты правильно. Имеется отек, гиперемия, мелкие эрозии в области малых и больших половых губ, промежности, обильные крошкообразные белые выделения. Девственная плева, кольцевидной формы, не нарушена.

РЕКТАЛЬНО: тело матки в anteversio, соответствует возрастной норме, плотное, безболезненное. Придатки не определяются.

### **Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Рецидивирующий генитальный герпес.
- Б. Хронический вульвовагинит.
- В. Инородное тело влагалища.
- Г. Острый вульвовагинальный кандидоз.
- Д. Вторичный вульвовагинит на фоне нарушения углеводного обмена.

### **Вопрос 2. Необходимый достаточный объем обследований для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

- А. Микроскопия и бактериологическое исследование отделяемого вульвы и влагалища, вагиноскопия.
- Б. Микроскопия и бактериологическое исследование вульвы и влагалища.
- В. Микроскопия и бактериологическое исследование отделяемого вульвы и влагалища, ИФА на антитела к вирусу простого герпеса 1 и 2 типа, консультация инфекциониста.
- Г. Микроскопия и бактериологическое исследование отделяемого вульвы и влагалища, ОАК, ОАМ, профиль гликемии, консультация эндокринолога.
- Д. Микроскопия и бактериологическое исследование отделяемого вульвы и влагалища, УЗИ органов малого таза, ОАК, ОАМ.

### **Вопрос 3. Какое лечение назначить данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

А. Лечение основного заболевания, диета, местные антисептические и антибактериальные препараты.

Б. Системные антибактериальные и противогрибковые препараты (азитромицин + флуконазол), поливитамины.

В. Соблюдение гигиенических правил, диета, местные антисептические и антибактериальные препараты (хлоргексидина биглюконат, сульфацил натрия, неомицин, левомеколь и др.), поливитамины.

Г. Системные противовирусные лекарственные средства, местно — производные интерферона альфа (ацикловир+генферон).

Д. Соблюдение гигиенических правил, диета, поливитамины.

### **Ситуационная задача № 3**

К детскому гинекологу обратилась пациентка 9-х лет. Девочку беспокоят боль, зуд и жжение в области наружных половых органов, болезненное мочеиспускание в течение 3 дней, головная боль повышение температуры тела до 37,4 °С.

ИЗ АНАМНЕЗА: частые респираторные вирусные инфекции. Физическое развитие соответствует возрасту.

ОСМОТР НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ: наружные гениталии развиты правильно, соответственно возрастной норме. Кожа и слизистая вульвы гиперемирована, отечная. На внутренней поверхности больших половых губ, на коже промежности — многочисленные везикулы размером 0,2–0,3 см.

РЕКТАЛЬНО: тело матки в antepositio, соответствует возрастной норме, плотное, безболезненное. Придатки не определяются.

#### **Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

А. Дифтерийный вульвовагинит.

Б. Герпетический вульвовагинит.

В. Энтеробиоз.

Г. Аллергический вульвовагинит.

Д. Чесотка.

#### **Вопрос 2. Необходимый достаточный объем обследований для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

А. Микроскопия и бактериологическое исследование отделяемого вульвы и влагалища, вагиноскопия, ОАК, кал на яйца глистов, соскоб на энтеробиоз.

Б. Микроскопия и бактериологическое исследование вульвы и влагалища.

В. Микроскопия и бактериологическое исследование отделяемого вульвы и влагалища, ИФА на антитела к вирусу простого герпеса 1 и 2 типа, ПЦР.

Г. Микроскопия и бактериологическое исследование отделяемого

вульвы и влагалища, консультация аллерголога, инфекциониста.

Д. Микроскопия и бактериологическое исследование отделяемого вульвы и влагалища, УЗИ органов малого таза, ОАК, ОАМ.

**Вопрос 3. Какое лечение назначить данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

А. Лечение основного заболевания, диета, местные антисептические и антибактериальные препараты.

Б. Системные антибактериальные и противогрибковые препараты (азитромицин + флуконазол), поливитамины.

В. Соблюдение гигиенических правил, диета, местные антисептические и антибактериальные препараты (хлоргексидина биглюконат, сульфацил натрия, неомицин, левомеколь и др.), поливитамины.

Г. Противовирусные лекарственные средства (ацикловир), производные интерферона альфа (виферон, генферон), местно — антисептические средства.

Д. Соблюдение гигиенических правил, диета, поливитамины.

**Ситуационная задача № 4**

В приемное отделение каретой скорой помощи доставлена пациентка 14 лет с жалобами на сильные боли внизу живота, потерю сознания. Со слов матери, периодические боли в нижней половине живота отмечает в течение полугода, принимала спазмалгон.

ИЗ АНАМНЕЗА: девочка от третьей нормально протекавшей беременности, роды в срок. Росла и развивалась в соответствии с возрастными нормами. В детстве перенесла краснуху, ветряную оспу, простудные заболевания 1–2 раза в год.

ОБЪЕКТИВНО: вторичные половые признаки развиты правильно. Половая формула: Ма3Ах3Р3Ме0. При пальпации живота определяется тугоэластичное образование, верхний полюс которого на 2 см выше лона.

ОСМОТР НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ: сформированы правильно по женскому типу, девственная плева выбухает, синюшно-багрового цвета, отверстие в гимене не определяется.

РЕКТО-АБДОМИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: в малом тазу определяется тугоэластичное образование 8×4 см, умеренно болезненное при смещении. В верхнем полюсе образования пальпируется матка. Придатки матки не определяются, их область безболезненная.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

А. Атрезия девственной плевы, гематокольпос.

Б. Аномалия развития матки (двурогая матка с добавочным замкну-

тым функционирующим рогом).

В. Кистома яичника.

Г. Опухоль брюшной полости.

Д. Аппендикулярный инфильтрат.

**Вопрос 2. Необходимый достаточный объем обследований для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

А. ОАК, ОАМ, УЗИ органов малого таза и брюшной полости.

Б. ОАК, ОАМ, УЗИ органов малого таза и брюшной полости, вагиноскопия, консультация хирурга.

В. ОАК, ОАМ, микроскопия и бактериологическое исследование отделяемого вульвы и влагалища, УЗИ органов малого таза и брюшной полости, МРТ.

Г. УЗИ органов малого таза и брюшной полости, ОАК, ОАМ, МРТ.

Д. ОАК, ОАМ, УЗИ органов малого таза и брюшной полости, диагностическая лапароскопия.

**Вопрос 3. Какое лечение необходимо провести данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

А. Аппендэктомия.

Б. Хирургическое лечение по созданию анастомоза между гематокольпосом и неизменным влагалищем, путем иссечения межвлагалищной перегородки.

В. Лапаротомия, удаление матки.

Г. Крестообразное рассечение гимен.

Д. Лапаротомия, удаление придатков матки.

### **Ситуационная задача № 5**

В гинекологическое отделение поступила больная 5 лет. Со слов матери, девочку беспокоят зуд, жжение, боли в области наружных гениталий, гнойно-кровоянистые выделения. Данные жалобы появились впервые около 1,5 лет назад. Периодически получала противовоспалительное лечение с временным эффектом. Физическое развитие соответствует возрасту.

**ОСМОТР НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ:** развиты правильно. Имеется отек, гиперемия, мацерация кожи, мелкие ссадины в области наружных половых органов и промежности. Девственная плева фестончатой формы. Из влагалища гнойно-сукровичные выделения с ихорозным запахом.

**РЕКТАЛЬНО:** через переднюю стенку кишки в проекции влагалища определяется плотное образование 2×1 см. Тело матки в anteversio-flexio, плотное, безболезненное. Придатки не определяются.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Хронический вульвовагинит.
- Б. Инородное тело влагалища.
- В. Киста влагалища с нагноением.
- Г. Мукокольный.
- Д. Атрезия влагалища.

**Вопрос 2. Необходимый достаточный объем обследований для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

- А. ОАК, ОАМ, УЗИ органов малого таза.
- Б. ОАК, ОАМ, микроскопия и бактериологическое исследование отделяемого вульвы и влагалища.
- В. ОАК, ОАМ, микроскопия и бактериологическое исследование отделяемого вульвы и влагалища, вагиноскопия, УЗИ органов малого таза, мочевой системы.
- Г. Микроскопия и бактериологическое исследование отделяемого вульвы и влагалища, зондирование влагалища.
- Д. ОАК, ОАМ, УЗИ органов малого таза и мочевой системы, диагностическая лапароскопия.

**Вопрос 3. Какое лечение назначить данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

- А. Системные антибактериальные и противогрибковые препараты (джозамицин + флуконазол), поливитамины.
- Б. Соблюдение гигиенических правил, диета, местные антисептические и антибактериальные препараты (хлоргексидина биглюконат, сульфацил натрия, неомицин, левомеколь и др.), поливитамины.
- В. Вскрытие и дренирование кисты влагалища, системные антибактериальные лекарственные средства.
- Г. Соблюдение гигиенических правил, диета, поливитамины.
- Д. Удаление инородного тела под контролем вагиноскопии, промывание влагалища антисептическим раствором.

**Ситуационная задача № 6**

В приемное отделение многопрофильной больницы каретой скорой помощи доставлена девочка 4 лет после падения на металлические перила ограждения около 1 часа назад.

**ОСМОТР НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ** (под общим наркозом): в области правой большой половой губы гематома 3×3 см, на правой малой половой губе близко к отверстию мочеиспускательного канала — кровотокающий разрыв слизистой около 1 см. Девственная плева цела.

**Вопрос 1. Врачебная тактика?**

*Варианты ответа:*

- А. Плановая консультация детского гинеколога амбулаторно.
- Б. Оказание помощи в приемном покое без последующей госпитализации.
- В. Госпитализация в гинекологическое отделение, консультация уролога, хирургическое вмешательство.
- Г. Госпитализация в урологическое отделение, консультация гинеколога, хирургическое вмешательство.
- Д. Госпитализация в хирургическое отделение, хирургическое вмешательство.

**Вопрос 2. Необходимый достаточный объем обследований для уточнения состояния пациентки, характера травмы ...**

*Варианты ответа:*

- А. ОАК, ОАМ, УЗИ органов малого таза и брюшной полости, забрюшинного пространства, уретроцистоскопия.
- Б. ОАК, ОАМ, микроскопия и бактериологическое исследование отделяемого вульвы и влагалища, вагиноскопия.
- В. ОАК, ОАМ, вагиноскопия, УЗИ органов малого таза, мочевой системы.
- Г. ОАК, ОАМ, микроскопия и бактериологическое исследование отделяемого вульвы и влагалища, рентгенологическое исследование костей таза.
- Д. ОАК, ОАМ, УЗИ органов малого таза и мочевой системы, МРТ.

**Вопрос 3. Какое лечение необходимо провести данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

- А. Ушивание разрыва малой половой губы, при нарастающей гематоме большой половой губы — гемостатические средства.
- Б. При нарастающей гематоме — ее вскрытие, удаление сгустков, ушивание сосуда. Ушивание разрыва малой половой губы. Гемостатические и антибактериальные лекарственные средства, препараты железа при анемии, местно — антисептики.
- В. Обработка раны малой половой губы антисептиком. Холод на область гематомы.
- Г. Вскрытие и дренирование гематомы, ушивание разрыва малой половой губы, катетеризация мочевого пузыря на 10–14 дней.
- Д. Ушивание разрыва малой половой губы. Магнитолазеротерапия на область гематомы.

**Ситуационная задача № 7**

Пациентка 14 лет поступила в стационар с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, после задержки менструации на 3 месяца и продолжающиеся в течение 12 дней.

ИЗ АНАМНЕЗА: менархе в 12 лет, менструации нерегулярные через 25–40 дней по 6–7 дней. Часто болеет ОРЗ.

ОБЪЕКТИВНО: рост 158 см, вес 45 кг, кожа и видимые слизистые бледные, пульс 82 удара в минуту, ритмичный, АД — 110/70 мм рт. ст. Гемоглобин — 89 г/л, гематокрит — 0,28. Живот мягкий, безболезненный.

ОСМОТР НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ: развиты правильно, оволосение по женскому типу, девственная плева не нарушена. Выделения из влагалища умеренные, кровянистые.

РЕКТАЛЬНО: тело матки в antepositio, соответствует возрастной норме, плотное, безболезненное. Придатки не увеличены.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Неполный самопроизвольный аборт.
- Б. Аномальное маточное кровотечение, обусловленное коагулопатией.
- В. Меноррагия. Анемия легкой степени тяжести.
- Г. Маточное кровотечение пубертатного периода. Анемия средней степени тяжести.
- Д. Хронический эндометрит.

**Вопрос 2. Какие обследования необходимы для установления причины маточного кровотечения?**

*Варианты ответа:*

- А. Коагулограмма, исследование функции тромбоцитов, УЗИ органов малого таза.
- Б. Коагулограмма, щитовидной железы и надпочечников, консультация педиатра.
- В. ОАМ, микроскопия и бактериологическое исследование отделяемого вульвы и влагалища, вагиноскопия, исследование гормонов гипофиза и яичников, рентгенография турецкого седла.
- Г. Коагулограмма, микроскопия и бактериологическое исследование отделяемого вульвы и влагалища, рентгенологическое исследование турецкого седла, консультация педиатра, невролога, офтальмолога, гематолога.
- Д. Коагулограмма, исследование функции тромбоцитов, УЗИ органов малого таза, исследование гормонов гипофиза, яичников, щитовидной железы и надпочечников, консультация педиатра, невролога, офтальмолога, гематолога, МРТ гипофиза с контрастированием.

**Вопрос 3. Какой метод гемостаза применить у данной пациентки?**

*Варианты ответа:*

- А. Гормональный гемостаз прогестагенами (норколут, 17-ОПК).
- Б. Гормональный гемостаз монофазными низкодозированными оральными контрацептивами начиная с 4–5 таблеток в сутки с постепенным

снижением дозы до 1 таблетки в сутки курсом 21 день.

В. Раздельное лечебно-диагностическое выскабливание полости матки.

Г. Гемостатическая симптоматическая терапия (окситоцин, этамзилат, транексамовая кислота, аскорутин).

Д. Введение факторов свертывания крови (фактора VIIa — НовоСеვენ или протромбинового комплекса — Октаплекс), СЗП, препараты железа.

### **Ситуационная задача № 8**

На прием к детскому гинекологу обратилась девочка 8 лет с жалобами на кровянистые выделения из половых путей в течение 2-х дней.

ИЗ АНАМНЕЗА: родилась недоношенной, перенесла корь, краснуху. Развитие вторичных половых признаков началось около 1 года назад.

ОБЪЕКТИВНО: правильного телосложения, рост 140 см, вес 40 кг. Соматическое развитие соответствует 12 летнему возрасту. Половая формула  $Ma2 Ax1 P2 Me1$ .

ОСМОТР НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ: развиты правильно, оволосение по женскому типу, девственная плева не нарушена. Выделения из влагалища умеренные, кровянистые.

РЕКТАЛЬНО: тело матки отклонено кпереди, больше возрастной нормы, плотное, безболезненное. Придатки не определяются.

#### **Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

А. Преждевременное половое развитие (ППР) изосексуального типа, полная форма.

Б. ППР гетеросексуального типа.

В. Гормонопродуцирующая опухоль яичника.

Г. Гормональный криз пубертатного периода.

Д. Классическая форма врожденной дисфункции коры надпочечников.

#### **Вопрос 2. Необходимый объем обследований для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

А. ОАК, ОАМ, микроскопия и бактериологическое исследование отделяемого вульвы и влагалища, УЗИ органов малого таза, надпочечников, щитовидной железы, консультация эндокринолога.

Б. УЗИ органов малого таза, исследование уровней ФСГ, ЛГ, эстрадиола, КТ гипофиза.

В. УЗИ органов малого таза, надпочечников, определение в крови уровня тестостерона, 17-ОНП, ДГЭА-С, кортизола, проба с дексаметазоном.

Г. УЗИ органов малого таза, брюшной полости, щитовидной железы, МРТ гипофиза, определение кариотипа, консультация генетика.

Д. ОАК, ОАМ, УЗИ органов малого таза, диагностическая лапароскопия.

**Вопрос 3. Какое лечение необходимо провести данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

А. Комбинированные эстроген-гестагенные монофазные оральные контрацептивы на 3-6 месяцев.

Б. Прогестагенные препараты с 16-го по 25-й день от начала кровянистых выделений на 3 месяца.

В. Лапароскопическая резекция 2/3 яичников.

Г. При отсутствии гормонопродуцирующих опухолей, умеренных уровнях гормонов гипофиза и яичников, конституциональном типе ППР-наблюдение.

Д. А-ГнРГ (золадекс, диферелин) до 11 лет.

**Ситуационная задача № 9**

На прием к детскому гинекологу обратилась девочка 15 лет с жалобами на периодические тянущие боли внизу живота слева в течение 2-х месяцев, усиливающиеся при физической нагрузке.

ИЗ АНАМНЕЗА: девочка от вторых срочных родов. Росла и развивалась в соответствии с возрастными нормами. В детстве перенесла краснуху, ветряную оспу, простудные заболевания 1 раз в год. Менархе в 12 лет, менструации нерегулярные через 26–40 дней по 5–6 дней. Первый день последней менструации — 8 дней назад.

ОБЪЕКТИВНО: вторичные половые признаки развиты правильно. Пульс 70 ударов в минуту, ритмичный, АД — 115/70 мм рт. ст. В общем анализе крови: лейкоциты —  $7,2 \times 10^9$ /л, гемоглобин — 134 г/л, СОЭ — 12 мм/ч. Живот мягкий, безболезненный.

ОСМОТР НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ: сформированы правильно по женскому типу, девственная плева кольцевидной формы не нарушена, выделения слизистые умеренные.

РЕКТО-АБДОМИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: тело матки безболезненное, соответствует возрастной норме, справа пальпируется тугоэластичное образование  $8 \times 10$  см, умеренно болезненное при смещении. Слева придатки матки не определяются, их область безболезненная.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

А. Аномалия развития матки (двурогая матка с добавочным замкнутым функционирующим рогом).

Б. Перекрут ножки опухоли яичника.

В. Киста яичника.

Г. Рак яичника.

Д. Аппендикулярный инфильтрат.

**Вопрос 2. Необходимые дополнительные методы исследования для уточнения диагноза у данной пациентки?**

*Варианты ответа:*

А. ОАК в динамике, УЗИ органов малого таза и брюшной полости, при наличии в опухоли пристеночного компонента по УЗИ — онкомаркеры (СА 125, НЕ 4, индекс ROMA).

Б. ОАК в динамике, УЗИ органов малого таза, кульдоцентез, консультация хирурга.

В. УЗИ органов малого таза и брюшной полости, МРТ.

Г. ОАК в динамике, УЗИ органов малого таза и брюшной полости, биопсия образования при лапароцентезе.

Д. УЗИ органов малого таза и брюшной полости, диагностическая лапароскопия.

**Вопрос 3. Какое лечение необходимо провести данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

А. Экстренная операция: лапаротомия, аднексэктомия справа.

Б. Комбинированные эстроген-гестагенные монофазные низкодозированные оральные контрацептивы на 6-9 месяцев.

В. Комбинированные эстроген-гестагенные монофазные низкодозированные оральные контрацептивы на 3 месяца, при отсутствии эффекта — хирургическое лечение.

Г. Хирургическое лечение в объеме экстирпация матки с правыми придатками при наличии пристеночного компонента опухоли и повышенных онкомаркерах.

Д. Плановая операция: лапаротомия, кистэктомия с интраоперационным гистологическим исследованием оболочек кисты.

### **Ситуационная задача № 10**

К детскому гинекологу обратилась пациентка 17 лет с жалобами на отсутствие развития молочных желез, отсутствие менструаций.

ИЗ АНАМНЕЗА: родилась от первых срочных родов. Росла и развивалась с опережением сверстников. Менструаций не было, половой жизнью не живет.

ОБЪЕКТИВНО: рост 160 см, вес 55 кг, широкие плечи, узкие бедра. Молочные железы гипопластичные, оволосение выраженное по мужскому типу. Соматической патологии не выявлено.

ОСМОТР НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ: сформированы правильно по женскому типу, девственная плева кольцевидной формы не нарушена.

РЕКТАЛЬНО: тело матки плотное, меньше нормальных размеров, безболезненное, подвижное. Придатки не определяются.

**Вопрос 1. Какой диагноз наиболее вероятен?**

*Варианты ответа:*

- А. Отсутствие полового развития, чистая форма дисгенезии гонад.
- Б. Синдром тестикулярной феминизации.
- В. Синдром истощения яичников.
- Г. Классическая форма врожденной дисфункции коры надпочечников.
- Д. Неклассическая (пубертатная) форма врожденной дисфункции коры надпочечников.

**Вопрос 2. Необходимый объем обследований для уточнения диагноза?**

*Варианты ответа:*

- А. ОАК, ОАМ, микроскопия и бактериологическое исследование отделяемого вульвы и влагалища, УЗИ органов малого таза, надпочечников, щитовидной железы, консультация эндокринолога.
- Б. УЗИ органов малого таза, надпочечников, определение в крови уровней тестостерона, 17-ОНП, ДГЭА-С, кортизола, проба с дексаметазоном, АКТГ.
- В. УЗИ органов малого таза, исследование уровней ФСГ, ЛГ, эстрадиола, КТ гипофиза.
- Г. УЗИ органов малого таза, брюшной полости, щитовидной железы, МРТ гипофиза, определение кариотипа, консультация генетика.
- Д. ОАК, ОАМ, УЗИ органов малого таза, диагностическая лапароскопия.

**Вопрос 3. Какое лечение необходимо провести данной пациентке?**

*Варианты ответа:*

- А. Заместительная терапия эстроген-гестагенными препаратами на 3–6 месяцев.
- Б. Прогестагенные препараты с 16-го по 25-й день от начала кровянистых выделений на 3 месяца.
- В. Лапароскопическая резекция 2/3 яичников.
- Г. Заместительная терапия дексаметазоном.
- Д. А-ГнРГ (золадекс, диферелин) 6 месяцев.

## ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ И ЗАДАЧАМ

Номера тестов, задач и вопросов	Номер главы										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Тест 1	г	в	б	в	г	а	г	а	а	б	в
Тест 2	а	а	д	а	б	в	д	а	г	с	д
Тест 3	в	г	в	д	б	б	г	д	в	б	б
Тест 4	а	в	а	б	а	б	д	а	б	д	г
Тест 5	а	б	а	д	в	д	б	в	а	в	г
Тест 6	б	б	д	г	б	г	б	д	д	д	а
Тест 7	г	г	в	б	д	а	а	б	а	а	а
Тест 8	б	а	г	б	г	д	а	б	д	г	г
Тест 9	а	б	г	а	д	б	д	в	д	а	в
Тест 10	б	а	д	в	б	г	б	в	в	в	в
Тест 11	г	г	б	д	в	г	д	д	д	д	г
Тест 12	г	д	б	в	в	а	б	в	б	д	а
Тест 13	в	в	д	г	а	а	б	г	г	б	б
Тест 14	е	д	д	а	б	а	б	д	а	в	в
Тест 15	в	д	г	д	д	б	д	б	г	д	б
Тест 16	б	г	а	г	в	д	а	д	д	б	а
Тест 17	а	в	б	д	б	б	а	г	в	а	д
Тест 18	д	д	г	б	в	г	г	а	б	б	д
Тест 19	б	д	в	д	а	г	в	а	в	а	г
Тест 20	г	б	д	а	д	д	в	д	г	г	д
Тест 21	в	б	в	д	а	г	а	д	д	в	в
Тест 22	б	а	г	б	д	д	в	б	б	г	д
Тест 23	б	б	а	г	д	а	а	б	г	б	г
Тест 24	а	в	д	а	в	в	д	г	в	в	д
Тест 25	б	в	г	д	г	б	д	д	а	г	б
Тест 26	в	а	в	а	д	а	а	в	д	б	в
Тест 27	е	в	в	б	д	г	г	д	д	д	а
Тест 28	а	д	а	г	б	д	б	д	а	а	б
Тест 29	д	в	б	в	д	в	в	д	д	д	д
Тест 30	д	д	б	а	а	в	д	а	в	а	д

Номера тестов, задач и вопросов		Номер главы										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Задача 1	Вопрос 1	А	Б	Г	Б	Б	А	Б	Г	Г	Б	А
	Вопрос 2	Д	А	В	Д	А	Д	А	В	Б	В	Б
	Вопрос 3	В	Б	Б	Г	Б	Б	Д	Б	Г	Г	В
Задача 2	Вопрос 1	Б	Б	Г	Г	В	Б	Б	Д	Г	А	Д
	Вопрос 2	Д	Г	Д	В	Б	А	Б	Г	В	Д	Г
	Вопрос 3	Г	Б	А	Г	Д	Г	Д	Д	Д	В	А
Задача 3	Вопрос 1	В	Д	Г	Д	Г	А	Г	А	В	В	Б
	Вопрос 2	Д	Г	А	Б	Г	Д	Д	А	А	А	В
	Вопрос 3	Б	А	Г	Д	А	Г	Г	В	В	В	Г
Задача 4	Вопрос 1	А	Г	Б	А	Д	В	Д	Б	В	Б	А
	Вопрос 2	В	А	А	А	В	Г	Д	Б	Б	В	А
	Вопрос 3	Б	Б	Б	Д	Б	Б	Д	А	А	Д	Г
Задача 5	Вопрос 1	Г	А	Д	Б	В	А	Б	А	Е	Д	Б
	Вопрос 2	В	Б	В	В	Б	Д	Г	А	В	В	В
	Вопрос 3	А	В	Г	В	А	В	Б	Д	Б	Г	Д
Задача 6	Вопрос 1	Г	Б	Б	А	Г	В	Д	В	Г	Д	В
	Вопрос 2	Г	Б	Б	Г	Д	Г	А	Б	Б	В	А
	Вопрос 3	Д	В	Г	В	Д	Г	Б	Г	Б	Д	Б
Задача 7	Вопрос 1	Б	Б	Б	Б	В	В	Г	Б	Б	В	Г
	Вопрос 2	В	А	Г	Д	Д	А	Д	Д	Д	Б	Д
	Вопрос 3	Г	Г	А	В	Б	В	Д	А	Б	А	Б
Задача 8	Вопрос 1	Б	Д	Д	Б	Д	Д	А	В	Г	А	А
	Вопрос 2	Б	В	В	Б	Д	Г	Г	Д	Г	Г	Б
	Вопрос 3	В	В	В	Д	Б	Г	Г	А	Д	В	Г
Задача 9	Вопрос 1	Б	А	Д	Б	В	Д	В	В	В	Г	В
	Вопрос 2	Г	А	Д	Д	А	Д	Д	Д	Д	Г	А
	Вопрос 3	Д	В	Г	В	Д	Д	А	А	Г	А	Д
Задача 10	Вопрос 1	Б	В	Б	Б	В	Г	А	А	А	Д	Д
	Вопрос 2	Д	А	В	В	Д	В	Б	Б	Б	Г	Б
	Вопрос 3	А	Б	Б	А	В	Б	Б	Д	Г	Б	Г

**Учебное издание**

**Захаренкова** Татьяна Николаевна  
**Эйныш** Елена Александровна  
**Крот** Ирина Федоровна и др.

**СБОРНИК ТЕСТОВ И СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ПО ГИНЕКОЛОГИИ**

**Учебно-методическое пособие  
для студентов 5, 6 курсов всех факультетов**

**медицинских вузов**

Редактор *Т. М. Кожемякина*  
Компьютерная верстка *Ж. И. Цырыкова*

Подписано в печать 15.09.2017.  
Формат 60×84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Бумага офсетная 80 г/м<sup>2</sup>. Гарнитура «Таймс».  
Усл. печ. л. 10,93. Уч.-изд. л. 11,95. Тираж 180 экз. Заказ № 456.

Издатель и полиграфическое исполнение:  
учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет».  
Свидетельство о государственной регистрации издателя,  
изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/46 от 03.10.2013.  
Ул. Ланге, 5, 246000, Гомель