

Green Test



Тест по
гинекологии

Тест по гинекологии

Тест по гинекологии достаточно сложный, поэтому лучше использовать следующий механизм подготовки. Для начала прочитать все вопросы из одной темы, затем прорешать эту тему в режиме тренировки. После этого просмотреть свои ошибки и учесть их. Потом перейти к следующей теме и работать с ней точно также. На подготовку может уйти от трех до пяти часов.

Тема 1. Регуляция менструального цикла.

1. В репродуктивной системе

- 1) активность циклической аденозинмонофосфатазы (ц.АМФ) не зависит от уровня половых гормонов
- 2)+ примером отрицательной обратной связи является увеличение образования люлиберина при снижении уровня ЛГ
- 3)+ ГТ-РГ контролирует секрецию ФСГ и ЛГ
- 4) агонист допамина бромкриптин стимулирует секрецию пролактина
- 5)+ секреция либеринов происходит в нейронах медиобазального гипоталамуса

2. В репродуктивной системе

- 1) циклической аденозинмонофосфатозной кислоте (ц.АМФ) принадлежит ведущая роль в синтезе половых гормонов
- 2) число рецепторов эстрадиола в эндометрии не зависит от фазы менструального цикла
- 3)+ эндорфины подавляют секрецию ЛГ
- 4) либерины секретируются в постоянном режиме
- 5) приматов либерины секретируются в передних и задних скоплениях ядер гипоталамуса

3. В репродуктивной системе

- 1)+ эстрогены секретируются гранулезными клетками фолликула
- 2)+ цитозол-рецепторы эндометрия обладают строгой специфичностью к половым гормонам
- 3) агонисты допамина вызывают усиление выделения пролактина
- 4) либерины секретируются передней долей гипофиза
- 5) гипоталамус секретирует два различных релизинг-гормона для ЛГ и ФСГ

4. В репродуктивной системе

- 1) ФСГ и ЛГ секретируются в постоянном режиме
- 2)+ примером положительной обратной связи является овуляторный выброс ЛГ в ответ на максимум содержания экстрадиола в крови
- 3) дофамин вызывает усиление выделения пролактина
- 4) ядерные рецепторы эндометрия обладают строгой специфичностью к половым гормонам
- 5)+ норадреналин регулирует секрецию ЛГ

5. Преовуляторные изменения гормонального фона характеризуются повышением уровня

- 1) ЛГ и снижением ФСГ
- 2) ФСГ и снижением ЛГ
- 3)+ ФСГ и ЛГ
- 4) пролактина
- 5) ФСГ, ЛГ и пролактина

6. Физиологические процессы в яичнике могут быть оценены с помощью

- 1)+ измерения ректальной температуры
- 2) гистеросальпингографии
- 3) рентгенологического исследования
- 4) влагалищного исследования
- 5)+ УЗ-исследования

7. В первой фазе менструального цикла

- 1) секреция гестагенов достигает максимальных значений
- 2) происходит рост и интенсивное развитие базального слоя эндометрия
- 3) наблюдается интенсивный рост сосудов эндометрия, закручивание их в спирали
- 4) гранулезные клетки фолликула дегенерируют
- 5)+ базальная температура не превышает 37 градусов Цельсия

8. В первой фазе менструального цикла

- 1) секреция ЛГ нарастает постепенно, достигая максимальных значений
- 2) железы эндометрия приобретают пилообразную форму
- 3) уменьшается число эстрадиол-связывающих рецепторов
- 4)+ происходит разрастание гранулезных клеток фолликула
- 5) симптом зрачка становится "отрицательным"

9. Во второй фазе менструального цикла

- 1)+ наблюдается второй пик продукции экстрогенов, связанный с расцветом функции желтого тела
- 2) наблюдается выраженное разрастание гранулезы фолликула
- 3) происходит интенсивная пролиферация функционального слоя эндометрия
- 4) симптом кристаллизации слизи достигает максимальной выраженности
- 5) происходит повышение базальной температуры на 0.2 градуса

10. Циркадный ритм секреции характерен

- 1) для ЛГ, ФСГ
- 2)+ для пролактина
- 3)+ для гормонов надпочечников
- 4) для люлиберина
- 5) для яичниковых гормонов

11. Цирхоральный ритм секреции характерен

- 1)+ для ФСГ
- 2)+ для ЛГ
- 3) для пролактина
- 4)+ для гонадотропин-релизинг-гормон
- 5) для пролактин ингибирующего фактора

12. Зрелость фолликула можно определить

- 1) по уровню ФСГ в крови
- 2) по уровню прогестерона в крови
- 3) по уровню прегнандиола в моче
- 4)+ при УЗ-исследовании
- 5) по величине базальной температуры

13. Шеечный индекс

- 1) позволяет диагностировать момент овуляции
- 2) оценивается по 3-х балльной системе
- 3) определяется в ходе кольпоцитологического исследования
- 4) учитывает форму влагалищной части шейки матки
- 5)+ позволяет оценить уровень эстрогенной насыщенности

14. Секреция ФСГ и ЛГ

- 1) обеспечивается одинаковой чувствительностью клеток передней доли гипофиза к гонадотропин-релизинг-гормону
- 2)+ зависит от скорости их метаболизма
- 3)+ носит пульсирующий характер
- 4)+ зависит от влияния катехоламинов
- 5) происходит под влиянием циклической аденозинмонофосфорной кислоты (ц.АМФ)

15. Секреция ФСГ и ЛГ

- 1)+ происходит под влиянием гонадотропного релизинг-гормона
- 2) происходит в клетках лютеонизированной гранулезы
- 3)+ происходит в цирхоральном ритме
- 4) происходит в циркадном ритме
- 5) снижается при уменьшении содержания эстрадиола в крови

16. Прогестерон

- 1) стимулирует гиперпластические процессы в эндометрии
- 2)+ влияет на физические свойства слизи цервикального канала
- 3)+ влияет на центр терморегуляции
- 4) расслабляет мускулатуру шейки матки
- 5) повышает кариопикнотический индекс

17. Эстрогены

- 1)+ обеспечивают пролиферативные процессы в органах мишенях
- 2) влияют на центр терморегуляции
- 3)+ определяют овуляторный выброс ЛГ
- 4) циркулируют в крови в активном состоянии
- 5) не влияют на физические свойства цервикальной слизи

18. Симптом папоротника

- 1)+ имеет синоним "симптом арборизации слизи"
- 2) максимально выражен во вторую фазу менструального цикла
- 3)+ максимально выражен перед овуляцией
- 4) зависит от тонуса мускулатуры шейки матки
- 5) определяется при кольпоскопии

19. Кольпоцитологическое исследование

- 1)+ предусматривает взятие мазков из верхнебокового свода влагалища
- 2) используется для определения шеечного индекса
- 3)+ позволяет определить фазу менструального цикла
- 4) проводится для оценки степени чистоты влагалища
- 5) может осуществляться с помощью кольпоскопа

20. Кольпоцитологическое исследование

- 1) предусматривает взятие мазков из заднего свода влагалища
- 2)+ позволяет оценивать секрецию эстрогенных гормонов
- 3) оценивается в баллах
- 4) проводится с помощью кольпоскопа
- 5)+ позволяет определить кариопикнотический индекс

Тема 2. Дисфункциональные маточные кровотечения.

1. Дисфункциональное маточное кровотечение - это полиэтиологическое заболевание, обусловленное
 - 1)+ нарушением цирхоральной продукции гонадотропных гормонов
 - 2) органической патологией половой сферы
 - 3)+ дисфункцией половых желез
 - 4) нарушением процессов гемокоагуляции
 - 5)+ нарушением регуляции в системе гипоталамус-гипофиз
2. Дисфункциональное маточное кровотечение - это полиэтиологическое заболевание, развитие которого может быть обусловлено
 - 1)+ возрастными изменениями организма
 - 2)+ нервно-психическими факторами
 - 3)+ профессиональными вредностями
 - 4)+ аллергическими факторами
 - 5)+ изменением иммунологического статуса
3. Дисфункциональные маточные кровотечения в репродуктивном периоде обусловлены
 - 1) нарушенной внутриматочной беременностью
 - 2) эндометриозом
 - 3) синдромом поликистозных яичников
 - 4) воспалительным процессом эндометрия
 - 5)+ нарушением механизма регуляции менструального цикла
4. Дисфункциональное маточное кровотечение при персистенции фолликула протекает на фоне
 - 1)+ высокой эстрогенной насыщенности
 - 2) низкой эстрогенной насыщенности
 - 3) высокой гестагенной насыщенности
 - 4) андрогенной насыщенности
 - 5) недостаточности глюкокортикоидов
5. Дисфункциональное маточное кровотечение в климактерическом периоде обусловлено
 - 1)+ нарушением цирхоральной продукции гонадотропного релизинг-гормона (ГРГ)
 - 2) аденомиозом
 - 3) аденоматозом
 - 4) атрофическими процессами в эндометрии
 - 5) формированием иммунодефицита
6. К дисфункциональным маточным кровотечениям в ювенильном периоде относят кровотечения
 - 1) при заболеваниях крови
 - 2) при сердечно-сосудистой патологии
 - 3) при патологии щитовидной железы
 - 4) при заболеваниях надпочечников
 - 5)+ при нарушении становления цирхоральной продукции гонадотропного релизинг-гормона
7. Дисфункциональные маточные кровотечения при атрезии фолликула протекают на фоне
 - 1) высокой эстрогенной насыщенности
 - 2)+ низкой эстрогенной насыщенности
 - 3) высокой гестагенной насыщенности
 - 4) гиперандрогемии
 - 5) гиперпродукции пролактина

8. К овуляторным циклическим нарушениям относятся

- 1)+** недостаточность 1-й фазы менструального цикла
- 2)+** недостаточность 2-й фазы менструального цикла
- 3) персистенция желтого тела
- 4)+** межменструальные кровотечения
- 5) атрезия фолликулов

9. К ановуляторным ациклическим кровотечениям относят

- 1) кратковременную ритмическую персистенцию фолликула
- 2)+** атрезию фолликула
- 3)+** длительную персистенцию фолликула
- 4) персистенцию желтого тела
- 5) недостаточность желтого тела

10. Овуляторные ациклические кровотечения характерны

- 1) для кратковременной ритмической персистенции фолликула
- 2) для длительной персистенции фолликула
- 3) для атрезии фолликула
- 4)+** для персистенции желтого тела
- 5) для недостаточности желтого тела

11. Ановуляторные циклические кровотечения характерны

- 1) для длительной персистенции фолликулов
- 2)+** для кратковременной персистенции фолликулов
- 3) для персистенции желтого тела
- 4) для недостаточности желтого тела
- 5) для недостаточности фолликула

12. Гипопластический эндометрий характерен

- 1)+** для гипофункции яичников
- 2) для дисфункциональных маточных кровотечений в климактерическом периоде
- 3) для внематочной беременности
- 4) для предрака эндометрия
- 5) для теком и гранулезоклеточных опухолей яичника

13. Состояние эндометрия при атрезии фолликула характеризуется

- 1)+** железистой гиперплазией
- 2) атипической железистой гиперплазией (аденоматозом)
- 3) высоким содержанием гликогена
- 4) децидуальными изменениями
- 5) появлением крупных клеток Ариас-Стелла

14. Состояние эндометрия при персистенции фолликула характеризуется наличием

- 1) светлых желез Овербека
- 2) аденоакантомы
- 3) аденоматоза
- 4) аденомиоза
- 5)+** железисто-кистозной гиперплазии

15. Железистая гиперплазия эндометрия наблюдается

- 1)+ при дисфункциональных маточных кровотечениях в ювенильном возрасте
- 2)+ при гормонопродуцирующих опухолях яичника
- 3) при гипофункции яичников
- 4) при персистенции желтого тела
- 5)+ при дисфункциональных маточных кровотечениях в климактерическом периоде

16. В комплексную негормональную терапию дисфункционального маточного кровотечения входит

- 1)+ психотерапия
- 2)+ витаминотерапия
- 3)+ применение контрактильных средств
- 4)+ электростимуляция шейки матки
- 5) ультрафиолетовое облучение крови

17. Для лечения дисфункционального маточного кровотечения в ювенильном периоде обычно применяют

- 1) выскабливание полости матки
- 2)+ комплексную негормональную терапию
- 3)+ гемостаз малыми дозами эстрогенов
- 4) гемостаз малыми дозами андрогенов
- 5) даназол

18. Для лечения недостаточности 1-й фазы менструального цикла используют

- 1) гестагены
- 2)+ витаминотерапию
- 3)+ эстрогены
- 4) антиандрогены
- 5) стероидные контрацептивы

19. Для лечения недостаточности 2-й фазы менструального цикла применяют

- 1)+ витаминотерапию
- 2) парлодел
- 3)+ клостильбегит
- 4)+ электростимуляцию шейки матки
- 5) андрогены

20. Для лечения кровотечения при персистенции желтого тела применяют

- 1)+ выскабливание полости матки
- 2) электростимуляцию шейки матки
- 3) гестагены
- 4) даназол
- 5) парлодел

Тема 3. Аменорея.

1. Истинная патологическая аменорея

- 1) наиболее часто возникает как следствие поражения периферических структур
- 2)+ может быть следствием гиперпролактинемии
- 3)+ может развиваться после септического аборта
- 4)+ характерна для синдрома Шихена
- 5)+ входит в симптомокомплекс нервной анорексии

2. Истинная патологическая аменорея

- 1)+ наиболее часто возникает как следствие поражения гипоталамических структур
- 2)+ может быть следствием массивных кровопотерь в родах
- 3)+ может быть осложнением послеродового сепсиса
- 4)+ может развиваться при приеме препаратов фенотиозинового ряда
- 5) встречается при длительной персистенции желтого тела

3. Аменорея считается

- 1)+ первичной, если месячные и вторичные половые признаки отсутствуют в 15 лет
- 2) центрального генеза при синдроме Ашермана
- 3)+ ложной при заращении девственной плевы
- 4)+ физиологической в постменопаузе
- 5) ложной при синдроме Шерешевского-Тернера

4. Синдром персистирующей аменореи - галактореи

- 1)+ может возникать при опухоли гипофиза
- 2) часто следствие некроза тканей гипофиза
- 3)+ развивается на фоне снижения выработки пролактостатина
- 4) характеризуется повышением секреции ЛГ и ФСГ
- 5) лечится даназолом

5. Послеродовый нейроэндокринный синдром

- 1)+ может развиваться после септического шока
- 2)+ протекает по типу Иценко-Кушинга
- 3)+ может сопровождаться вирилизацией
- 4) часто проявляется резким похуданием
- 5)+ развивается на фоне гиперфункции адипозитов

6. Аменорея может сопутствовать

- 1)+ похуданию
- 2)+ ожирению
- 3)+ шизофрении
- 4)+ синдрому Иценко-Кушинга
- 5)+ синдрому склерокистозных яичников

7. Обследование по поводу аменореи включает

- 1)+ рентгенографию черепа
- 2)+ ЭЭГ
- 3)+ определение пролактина
- 4)+ исследование цветных полей зрения, оценку остроты зрения
- 5)+ ультразвуковое исследование малого таза и надпочечников

Тема 4. Воспалительные заболевания женской половой сферы.

1. Воспаления женской половой сферы

- 1) в 60% случаев протекают в виде острого процесса
- 2) чаще вызываются моноовозбудителями
- 3) имеют патогенетические связи со стероидной контрацепцией
- 4)+ имеют тенденцию к росту заболеваемости
- 5) не имеют отличий по частоте острых и хронических форм в различных возрастных группах

2. Распространению инфекции в женской половой сфере могут способствовать

- 1)+ сперматозоиды
- 2)+ трихомонады
- 3)+ внутриматочные вмешательства
- 4)+ внутриматочные контрацептивы
- 5) стероидные контрацептивы

3. Этиология воспалительного заболевания женской половой сферы может быть установлена

- 1)+ при гистологическом исследовании эндометрия
- 2) при цитологическом исследовании пунктата из "Дугласового кармана"
- 3) при УЗ-исследовании
- 4) при гистероскопии
- 5)+ при использовании монослоя культуры клеток

4. Среди воспалительных заболеваний женской половой сферы трансмиссионный путь заражения характерен

- 1)+ для гонореи
- 2)+ для трихомониаза
- 3) для туберкулеза
- 4)+ для хламидийной инфекции
- 5)+ для микоплазменной инфекции

5. Зуд вульвы

- 1) в детском возрасте чаще связан с воспалительными заболеваниями половой сферы
- 2) в репродуктивном возрасте чаще связан с дисфункцией яичников
- 3)+ может быть симптомом крауроза
- 4)+ может возникнуть при диабете, лейкемии, лимфогрануломатозе
- 5)+ в климактерическом периоде чаще идиопатического характера

6. Вульвит

- 1)+ в детском возрасте чаще первичный
- 2) в репродуктивном возрасте чаще гонорейной этиологии
- 3)+ нередко является показанием к углубленному обследованию больной
- 4) может быть причиной формирования широких кондилом
- 5) распространенное заболевание из-за близкого анатомического расположения уретры и прямой кишки

7. Вульвиты

- 1) в репродуктивном возрасте чаще первичны
- 2) в подавляющем большинстве случаев гонорейной этиологии
- 3)+ в детском возрасте могут быть следствием глистной инвазии
- 4)+ могут быть следствием недостаточной секреции женских половых гормонов
- 5) обычно требуют назначения парантеральной антибактериальной терапии

8. Кольпит

- 1) вызывает характерный сдвиг pH среды влагалища до 3.8-4.3
- 2)+ при наличии пенистых выделений подозрителен на трихомониаз
- 3)+ может возникать как результат гипоэстрогении
- 4) в репродуктивном периоде обычно гонорейной этиологии
- 5) является показанием для кольпоцитологического исследования

9. Кольпит

- 1)+ может быть одним из проявлений гипофункции яичников
- 2) трихомонадной этиологии обычно не имеет характерных клинических признаков
- 3) трихомонадной этиологии успешно лечится антибиотиками и сульфаниламидными препаратами
- 4)+ кандидозной этиологии требует лечения полового партнера
- 5) в большинстве случаев протекает остро

10. Кольпит

- 1) чаще протекает остро
- 2) при наличии пенистых выделений подозрителен на гонорею
- 3)+ гонорейной этиологии встречается в старческом возрасте
- 4) обычно сопровождается нарушением общего состояния больной
- 5) обычно сопровождается болями в низу живота и в поясничной области

11. Кольпит

- 1) хламидийной этиологии является частым заболеванием женщин репродуктивного возраста
- 2) трихомонадной этиологии обычно диагностируется бактериологическим методом
- 3)+ трихомонадной этиологии успешно лечится препаратами метронидазола
- 4) кандидозной этиологии обычно не имеет характерных клинических симптомов
- 5)+ кандидозной этиологии может быть показанием к применению канестена

12. Воспаление бартолиниевой железы

- 1) обычно встречается в детском возрасте
- 2) чаще двухстороннее
- 3)+ может протекать с формированием ложного абсцесса
- 4) обычно не требует госпитализации
- 5)+ является показанием для обследования на гонорею

13. Хламидийная инфекция

- 1)+ может быть причиной бесплодия
- 2) диагностируется при бактериоскопии мазков из заднего свода влагалища
- 3) диагностируется по характерным признакам на гистеросальпингограммах
- 4)+ может поражать слизистую цервикального канала
- 5)+ является показанием к применению антибиотиков группы тетрациклина

14. Воспаление придатков матки

- 1) в острой стадии всегда сопровождается существенным увеличением их размеров
- 2) в острой стадии обычно не сопровождается нарушением общего состояния больной
- 3) в острой стадии является показанием к превентивной противогонорейной терапии
- 4)+ в подострой стадии является показанием к назначению УВЧ
- 5)+ в хронической стадии является показанием к санаторно-курортному лечению

15. Хроническое воспаление придатков матки

- 1) при наличии tuboовариальных образований и протекающее с частыми обострениями является показанием к санаторно-курортному лечению
- 2)+ может быть причиной нарушений менструальной функции
- 3)+ может быть показанием для лапароскопии
- 4)+ может быть показанием для гидротубаций
- 5)+ является противопоказанием к внутриматочной контрацепции

16. Эндометрит

- 1)+ обычно является следствием внутриматочных вмешательств
- 2)+ гонорейной этиологии может проявляться кровотечением во время месячных
- 3)+ может быть причиной синдрома Ашермана
- 4) туберкулезной этиологии обычно протекает остро
- 5) в острой стадии сопровождается выраженными симптомами раздражения брюшины

17. Параметрит

- 1)+ обычно имеет связь с внутриматочными вмешательствами
- 2) в случае нагноения является показанием к лапаротомии
- 3)+ может быть причиной смещения матки в большую сторону
- 4)+ может быть причиной смещения матки в здоровую сторону
- 5)+ является показанием для гирудотерапии

18. Пельвиоперитонит

- 1)+ характерен для гонореи
- 2)+ может быть следствием воспаления придатков
- 3) проявляется положительным симптомом Гентера
- 4) часто осложняется тромбофлебитом тазовых вен
- 5) является показанием для лапаротомии

19. Наличие симптомов

- 1) пельвиоперитонита при гонорее является показанием к оперативному лечению
- 2) перисальпингита является абсолютным показанием к сальпингоэктомии
- 3) tuboовариального гнойного образования является показанием к кольпотомии
- 4)+ хронического воспаления придатков матки может быть показанием для лапароскопии
- 5) хронического воспаления придатков матки является противопоказанием для гистеросальпингографии

20. Одним из (характерных) симптомов

- 1)+ стабилизации острого воспаления придатков матки является повышение СОЭ
- 2) пельвиоперитонита является одностороннее притупление тона при перкуссии передневерхних остей крыльев подвздошных костей
- 3) одностороннего воспаления придатков матки является уплощение бокового свода влагалища
- 4) параметрита является резкая болезненность и уплощение заднего свода влагалища
- 5)+ хронического эндоцервицита может быть псевдоэрозия шейки матки

21. Наличие

- 1) симптомов пельвиоперитонита при гонорее является показанием к оперативному лечению
- 2) перисальпингита является абсолютным показанием к сальпингоэктомии
- 3) tuboовариального гнойного образования является показанием к кольпотомии
- 4)+ хронического воспаления придатков матки может быть показанием для лапароскопии
- 5) хронического воспаления придатков матки является противопоказанием для гистеросальпингографии

Тема 5. Воспалительные заболевания. Гонорея. Туберкулез.

1. В настоящее время характерной особенностью гонореи у женщин является

- 1)+ рост субъективно асимптомных форм
- 2) редкость симбиоза возбудителя с простейшими, вирусами, спирохетами
- 3)+ разнообразие типов возбудителя, среди которых пиллированные формы наиболее вирулентны
- 4)+ внутриэпителиальное вегетирование возбудителя
- 5) возможность развития тяжелого клинического течения при поражении уретры и цервикального канала

2. С целью выявления гонореи используют

- 1) внутримышечное введение 500000 микр.тел гоновакцины
- 2)+ обработку уретры и цервикального канала раствором Люголя
- 3)+ внутримышечное введение продигоизана
- 4) взятие мазков для исследования сразу после месячных
- 5)+ взятие мазков для исследования после родов

3. С целью выявления гонореи используют

- 1)+ внутримышечное введение возрастающих доз гоновакцины
- 2)+ комбинированные провокации
- 3) обработку цервикального канала 30% раствором азотнокислого серебра
- 4)+ внутримышечное введение гоновакцины и пирогенала
- 5)+ обследование всех женщин, направляемых на аборт

4. С целью выявления гонореи используют

- 1) внутримышечное введение 500000 ЕД гоновакцины
- 2)+ обработку уретры и цервикального канала 1% и 5% растворами азотнокислого серебра соответственно
- 3)+ взятие мазков после применения диатермии
- 4) забор материала для исследования перед месячными
- 5) кольпоскопию

5. Забор материала для бактериоскопического исследования на гонококки должен осуществляться

- 1) из уретры, цервикального канала и прямой кишки ватным тупфером
- 2) из заднего свода влагалища
- 3) не менее чем через 2-3 дня после окончания антибактериальной терапии
- 4)+ на 2-3 день месячных
- 5)+ у всех беременных женщин

6. Забор материала для исследования на гонококки должен осуществляться

- 1)+ из уретры, цервикального канала и прямой кишки специальным инструментом
- 2)+ не менее чем через 5-7 дней после окончания курса антибактериальной терапии
- 3)+ во время месячных
- 4)+ до применения антибиотиков
- 5) путем биопсии эндометрия

7. Диагноз гонореи может быть поставлен

- 1) при положительной реакции Борде-Жангу
- 2) при обнаружении двухстороннего воспаления маточных труб
- 3) в случаях сочетанного воспаления уретры и цервикального канала
- 4)+ в случаях обнаружения гонококков
- 5) в случаях повышения температуры тела до 38 градусов в ответ на введение гоновакцины

8. Гонорея у женщин

- 1) характеризуется развитием клинических симптомов через 2-3 суток после заражения
- 2) характеризуется наличием обильных пенистых белей
- 3) может быть причиной атрезии цервикального канала
- 4)+ может быть причиной бартолинита
- 5) обычно осложняется развитием параметрита

9. Особенностью гонореи у женщин является

- 1) высокая частота поражения влагалища
- 2)+ наличие характерных слизисто-гнойных выделений из цервикального канала
- 3)+ связь определенных этапов развития заболевания с менструальным циклом
- 4) высокая частота поражения параметрия
- 5)+ двухстороннее поражение маточных труб

10. Особенностью течения гонореи у женщин является

- 1) наличие ярко выраженных клинических симптомов при поражении уретры и цервикального канала
- 2) наличие пенистых выделений
- 3)+ двухстороннее поражение придатков матки
- 4) отсутствие связи между определенными этапами развития заболевания и месячными, родами, абортами
- 5) частое развитие параметрита

11. Острое воспаление придатков матки гонорейной этиологии

- 1) обычно развивается в течении первой недели после заражения
- 2)+ часто осложняется пельвиоперитонитом
- 3) является показанием к оперативному лечению
- 4) диагностируется с помощью гистеросальпингографии
- 5) является показанием к назначению ампициллина в курсовой дозе 3.5 г

12. Гонорейный пельвиоперитонит

- 1)+ сопровождается ухудшением общего состояния больной
- 2) обычно переходит в диффузный перитонит
- 3)+ может осложняться вторичным аппендицитом
- 4) является показанием к оперативному лечению
- 5)+ обычно имеет связь с месячными, родами, абортами

13. Гонорейный эндометрит

- 1)+ в острой форме встречается только после родов и абортов
- 2)+ может проявиться нарушением месячных
- 3) является наиболее частой причиной аменореи
- 4) не требует лечения
- 5) часто осложняется тромбофлебитом тазовых вен

14. К восходящей гонорее относятся

- 1) бартолинит
- 2) эндоцервицит
- 3)+ эндометрит
- 4)+ аднексит
- 5)+ пельвиоперитонит

15. Критерием излеченности гонореи у женщин является отсутствие гонококков в мазках, взятых

- 1)+** при контрольных обследованиях с использованием физиологической и комбинированной провокаций в течение трех месяцев
- 2) после трех ежемесячных алиментарных провокаций
- 3) после трех серий ежемесячных физических провокаций
- 4) после серии внутримышечных инъекций возрастающих доз гоновакцины
- 5) после окончания курса лечения

16. Гонорея считается излеченной при получении отрицательных результатов исследований мазков, взятых

- 1) во время очередных месячных
- 2) после обработки уретры и цервикального канала раствором Люголя
- 3) после внутримышечного введения 500 млн.микро. тел гоновакцины
- 4)+** при контрольных обследованиях в течение 3-х месяцев
- 5) после алиментарной провокации
- 6) после сеанса диатермии

17. Туберкулез женской половой сферы

- 1)+** может проявляться гиперполименореей
- 2)+** может быть диагностирован в результате гистологического исследования эндометрия
- 3) в 20-30% случаев носит первичный характер
- 4) может быть диагностирован при обнаружении на гистеросальпингограммах характерного симптома "лягушачьей икры"
- 5) чаще встречается в климактерическом периоде

18. Туберкулез женской половой сферы

- 1) обычно проявляется односторонним поражением придатков
- 2) редко сопровождается нарушением базальной секреции яичниковых гормонов
- 3)+** может вызываться микобактерией бычьего типа
- 4)+** в редких случаях носит первичный характер
- 5) считается установленным при обнаружении на гистерограммах характерных деформаций полости матки

19. Туберкулез женской половой сферы

- 1)+** может проявляться аменореей
- 2)+** может проявляться гиперполименореей
- 3)+** может быть причиной бесплодия
- 4) в 30-40% случаях носит первичный характер
- 5) может быть заподозрен по характерным булавовидным расширениям в ампулярных отделах маточных труб на гистеросальпингограммах

Тема 6. Внематочная беременность.

1. К часто встречающимся формам внематочной беременности относится

- 1)+ трубная беременность
- 2) яичниковая беременность
- 3) брюшная беременность
- 4) межсвязочная беременность
- 5) беременность в рудиментарном роге

2. Диагноз Подозрение на внематочную беременность является показанием

- 1) для диспансерного наблюдения за больной
- 2)+ для срочной госпитализации
- 3) для диагностической лапаротомии
- 4)+ для определения хорионического гонадотропина в моче
- 5)+ для ультразвукового исследования

3. Среди различных форм внематочной беременности трубная беременность составляет

- 1) около 28%
- 2) около 48%
- 3) около 68%
- 4) около 88%
- 5)+ около 98%

4. Прогрессирующая трубная беременность может быть достоверно диагностирована с помощью

- 1) бимануального исследования
- 2)+ ультразвукового исследования
- 3) выскабливания полости матки
- 4) пункции заднего свода
- 5) серологической реакции на беременность

5. В дифференциальной диагностике трубной беременности

- 1) данные анамнеза обычно не имеют существенного значения
- 2) обнаружение при гистологическом исследовании эндометрия феномена Ариас-Стеллы является бесспорным доказательством
- 3) положительная серологическая реакция на беременность является достоверным признаком
- 4)+ ведущая роль принадлежит лапароскопии и ультразвуковому исследованию
- 5) при любых условиях пункция заднего свода имеет решающее значение

6. Трубная беременность

- 1) не имеет специфических объективных признаков и не диагностируется до начала ее прерывания
- 2) через трубный аборт обычно разрешается самопроизвольным излечением
- 3) никогда не встречается в сочетании с беременностью другой локализации
- 4)+ в истмическом отделе чаще прерывается по типу разрыва труб
- 5)+ может иметь этиологические связи с искусственным абортom

7. Трубная беременность

- 1)+ может возникать в результате врожденных аномалий развития маточных труб
- 2)+ этиологически может быть связана с методом контрацепции
- 3)+ обычно прерывается при сроке беременности 4-8 недель
- 4) диагностируется достоверно с помощью серологических реакций
- 5)+ может сочетаться с маточной беременностью

8. Трубная беременность

- 1) обычно нарушается вследствие механического перерастяжения стенки трубы
- 2) не сопровождается превращением эндометрия в децидуальную оболочку
- 3) не имеет каких-либо особенностей в своем течении, зависящих от места nidации плодного яйца
- 4)+ может быть следствием необычной миграции яйцеклетки
- 5) редко наблюдается при инфантилизме

9. Трубная беременность

- 1) может быть вторичной
- 2)+ может возникать вследствие аномалий развития трубы
- 3) чаще встречается в интерстициальном отделе
- 4) обычно прерывается при сроке беременности 12-14 недель
- 5) диагностируется только при появлении симптомов, связанных с ее прерыванием

10. Диагноз Нарушенная трубная беременность является показанием

- 1)+ для экстренной лапаротомии
- 2) для лапароскопии
- 3) для ультразвукового исследования
- 4) для постановки специальных исследований
- 5) для пункции заднего свода

11. Прерывание трубной беременности

- 1)+ может сопровождаться выделением из матки ткани характерной формы
- 2) всегда сопровождается большой кровопотерей
- 3)+ может развиваться постепенно и длительно
- 4) является показанием к удалению придатков матки
- 5)+ может быть подтверждено пункцией заднего свода

12. Трубный аборт

- 1) обычно характеризуется стремительным развитием
- 2)+ может сопровождаться характерными выделениями
- 3) обычно не требует использования специальных диагностических методов
- 4) достоверно диагностируется с помощью реакции Ашгейма-Цондека
- 5) сопровождается кровотечением из трубы в полость матки

13. Трубный аборт

- 1) чаще встречается при интерстициальной локализации плодного яйца
- 2) обычно не представляет сложностей в дифференциальной диагностике
- 3) может завершиться изгнанием плодного яйца в полость матки
- 4)+ нередко сопровождается характерным маточным кровотечением
- 5)+ может быть заподозрен при гистологическом исследовании эндометрия

14. Среди способов лечения трубной беременности

- 1) удаление придатков матки является операцией выбора
- 2) известно применение внутримышечных инъекций 2.5% раствора прогестерона
- 3)+ описано применение цитостатиков
- 4)+ использование консервативно-пластических операций ограничено рядом условий
- 5)+ известна лапароскопическая методика

15. Условием для консервативно-пластической операции при трубной беременности является

- 1)+ возраст больной не старше 35 лет
- 2)+ удовлетворительное состояние больной
- 3)+ незначительная кровопотеря
- 4) поражение единственной маточной трубы
- 5) срок беременности до 12 недель

16. Консервативно-пластические операции при трубной беременности

- 1) производятся только в случаях прогрессирующей беременности
- 2)+ могут быть выполнены в 2 этапа
- 3)+ могут быть выполнены в виде стоматоластики
- 4)+ могут быть выполнены в виде резекции трубы
- 5) не требуют специального технического обеспечения

17. Разрыв трубы

- 1) обычно характеризуется постепенным медленным нарастанием клиники
- 2)+ часто может быть диагностирован без использования дополнительных диагностических методов
- 3) чаще возникает при локализации плодного яйца в ампулярном отделе
- 4) проявляется тотальным напряжением мышц передней брюшной стенки
- 5) является показанием к операции сальпингостомии

18. Шеечная беременность

- 1)+ сопровождается деструкцией мышечной стенки шейки матки
- 2)+ обычно сопровождается характерными изменениями влагалищной части шейки матки
- 3) диагностируется при лапароскопии
- 4)+ может быть диагностирована при УЗ-исследовании
- 5)+ является показанием к экстирпации матки

19. Шеечная беременность

- 1) является наиболее частым вариантом эктопической беременности
- 2) прерывается из-за отслойки слизистой цервикального канала
- 3)+ обычно прерывается при сроке 7-8 недель
- 4)+ диагностируется при осмотре шейки в зеркалах
- 5) является показанием к надвлагалищной ампутации матки

20. Шеечная беременность

- 1) обычно прерывается при сроке 4-5 недель
- 2) при прерывании обычно сопровождается внутренним кровотечением
- 3) диагностируется только в ходе выскабливания полости матки
- 4)+ может быть диагностирована по расположению наружного зева цервикального канала
- 5) в большинстве случаев лечится с помощью вакуум-аспирации плодного яйца

Тема 7. Миома матки.

1. Согласно современным представлениям развитие миом происходит из так называемых зон роста

- 1) расположенных вокруг миофибрилл
- 2) расположенных вокруг нервных волокон
- 3)+ расположенных вокруг тонкостенных сосудов
- 4)+ которые, в зависимости от гистохимических особенностей, определяют как "активные" и "малоактивные"
- 5) которые, в зависимости от темпа роста, могут определяться как "активные" и "малоактивные"

2. Миома матки

- 1)+ этиопатогенетически может быть связана с бесплодием, инфантилизмом
- 2)+ это слабо васкуляризованная опухоль с преимущественным расположением сосудов на поверхности узлов
- 3)+ может сопровождаться анемией при отсутствии гиперполименореи
- 4) обычно подвергается обратному развитию во время беременности
- 5)+ при атипичном расположении узлов часто проявляется нарушением функции соседних органов

3. Миома матки

- 1)+ чаще множественная
- 2)+ в подавляющем большинстве случаев (более 90%) локализуется в теле матки
- 3) редко сочетается с эндометриозом
- 4)+ встречается в сочетании с раком эндометрия
- 5)+ может осложняться слизистой дегенерацией узлов

4. Миома матки

- 1)+ имеет этиопатогенетические связи - с перенесенными воспалительными заболеваниями, - с абортами, - с осложненными родами
- 2) хорошо васкуляризованная опухоль с преимущественным расположением сосудов в центре узла
- 3) считается быстрорастущей, если за один год ее размеры увеличиваются не менее чем на 8 недель
- 4)+ может сопровождаться болевым синдромом при отсутствии нарушения питания узлов
- 5) в случаях субсерозного расположения узлов чаще проявляется гиперполименореей

5. Миома матки

- 1) при наличии одного узла считается атипичной формой
- 2) в 50% случаев локализуется в шейке матки
- 3)+ нередко сочетается с мелкокистозным перерождением яичников
- 4)+ может подвергаться обратному развитию в постменопаузе
- 5) сопровождается нарушением функции соседних органов только при больших размерах опухоли

6. Миома матки

- 1) может рассматриваться как опухоль, возникшая в гормонозависимом органе вследствие гиперпрогестеронемии
- 2) сопровождается анемией только в случаях гиперполименореи
- 3)+ в 5% случаев локализуется в шейке матки
- 4)+ чаще озлокачивается при субмукозной форме
- 5)+ в случаях злокачественного перерождения становится более мягкой консистенции

7. Миома матки

- 1)+ при общих размерах более 14 недель является показанием к оперативному лечению
- 2) в случаях наступления беременности является противопоказанием для искусственного аборта
- 3) рассматривается как противопоказание для диагностического выскабливания полости матки
- 4) является показанием к химиотерапии
- 5)+ может сопровождаться неврологическими расстройствами

8. Миома матки

- 1)+ имеет определенные патогенетические связи с состоянием рецепторного аппарата миометрия
- 2)+ с расположением узла между листками широкой связки относится к атипичной форме
- 3)+ считается быстрорастущей при увеличении ее размеров более чем на 4 недели за один год
- 4)+ может сопровождаться угнетением кроветворения
- 5) в случаях злокачественного перерождения становится более плотной консистенции

9. С целью дифференциальной диагностики между миомой матки

- 1) и беременностью, превышающей срок 20 недель, широко используется определение хорионического гонадотропина в моче
- 2)+ и аденомиозом показана гистерография
- 3) и аденомиозом показано выскабливание полости матки
- 4) и опухолью яичника может быть использована гистеросальпингография
- 5)+ и опухолью яичника может быть использовано УЗИ

10. Кровотечения при миомах

- 1) обычно носят ациклический характер
- 2)+ могут быть связаны с сопутствующей патологией эндометрия
- 3)+ обычно связывают с нарушением сократительной способности миометрия
- 4) являются показанием для назначения инъекций метилэргометрина
- 5)+ могут быть показанием для диагностического выскабливания полости матки

11. Быстрое увеличение размеров миомы

- 1)+ может быть следствием злокачественного перерождения узла
- 2) обычно связано с некрозом узла
- 3) может быть симптомом рака эндометрия
- 4) является показанием к более активной консервативной терапии
- 5) всегда сопровождается болевым симптомом

12. Субмукозная форма миомы матки

- 1) в неосложненных случаях обычно проявляется постоянными болями в низу живота
- 2)+ может быть диагностирована при ультразвуковом исследовании
- 3)+ обычно диагностируется при гистерографии
- 4) достоверно определяется при исследовании per vaginam
- 5)+ является показанием для оперативного лечения

13. Нарушение функции соседних органов при миомах

- 1) чаще возникает при интрамуральном расположении узлов
- 2) чаще возникает при быстром росте субмукозного узла
- 3) является характерным симптомом при типичном расположении узлов
- 4)+ является характерным симптомом при расположении узлов в шейке матки
- 5)+ является показанием к оперативному лечению

14. Консервативная терапия миом матки

- 1) включает применение диатермии
- 2) основывается на длительном применении андрогенов в постоянном режиме
- 3)+ может проводиться препаратами норстероидного ряда
- 4) основывается на длительном применении витамина B12
- 5) включает применение химиотерапии

15. Консервативная терапия миом матки

- 1)+ включает лечение анемии
- 2)+ может включать йодобромные или радоновые ванны
- 3)+ широко использует норэтистерон ацетат в циклическом или постоянном режимах
- 4) включает длительное циклическое применение комплекса витаминов, основным компонентом которого являются большие дозы витамина С
- 5)+ включает назначение специальных диет, видное место среди которых занимают специальные схемы приема минеральных вод, яблочного, свекольного и картофельного соков

16. Консервативные методы лечения миом матки могут включать

- 1)+ применение норколута 1-2 таблетки в сутки с 16 до 25 дня менструального цикла
- 2) лучевую терапию
- 3)+ длительное циклическое применение комплекса витаминов, основным среди которых является ретинол
- 4)+ применение небольших доз тестостерона в течение 3-6 менструальных циклов
- 5) применение Тио-Тэфа

17. Противопоказанием к консервативному лечению миом матки является

- 1) интрамуральная форма опухоли
- 2)+ субсерозный узел на ножке
- 3)+ быстрый рост опухоли
- 4)+ нарушение функции соседних органов
- 5) тяжелая стадия гипертонической болезни

18. Показанием к оперативному лечению миом матки является

- 1) возраст больной старше 40 лет
- 2) субсерозно-интрамуральное расположение узлов
- 3)+ субмукозная форма опухоли
- 4)+ нарушение функции соседних органов
- 5)+ гиперполименорея, приводящая к анемии

19. Радикальным объемом оперативного вмешательства при миомах считается

- 1) миомэктомия
- 2)+ экстирпация матки
- 3)+ надвлагалищная ампутация матки
- 4) дефундация матки
- 5) удаление рождающегося подслизистого узла

20. Объем оперативного лечения при миоме

- 1)+ может зависеть от возраста больной
- 2)+ может зависеть от локализации узлов
- 3)+ считается радикальным в случаях экстирпации матки
- 4)+ обычно ограничивается надвлагалищной ампутацией матки
- 5) никогда не ограничивается удалением отдельных узлов

Тема 8. Рак шейки матки.

1. По принятой в 1985 г. в СССР классификации, I-а стадия рака шейки матки включает варианты, при которых

- 1) нет инвазии в строму
- 2)+ инвазия в строму не превышает 3 мм
- 3) опухоль ограничена шейкой матки
- 4) рак инфильтрирует верхнюю треть влагалища
- 5) рак распространяется на тело матки

2. По принятой в 1985 г. в СССР классификации, ко II стадии рака шейки матки относятся варианты, при которых

- 1)+ рак инфильтрирует стенку влагалища, не переходя на его нижнюю треть
- 2) глубина инвазии в тело матки не превышает 3 мм
- 3)+ рак инфильтрирует параметрий с одной или обеих сторон, не переходя на стенку таза
- 4) имеются регионарные метастазы
- 5) рак ограничен шейкой матки

3. По принятой в СССР в 1985 г. классификации, ко II стадии рака шейки матки относятся варианты, при которых

- 1) рак ограничен шейкой матки, но глубина инвазии превышает 3 мм
- 2)+ рак инфильтрирует стенку влагалища, не переходя на его нижнюю треть
- 3) рак инфильтрирует параметрий только с одной стороны
- 4)+ рак распространяется на тело матки
- 5)+ рак инфильтрирует параметрий с одной или обеих сторон, не переходя на стенку таза

4. По международной классификации, к III стадии рака шейки матки относятся варианты, при которых

- 1)+ рак инфильтрирует стенку влагалища, переходя на его нижнюю треть
- 2) рак инфильтрирует параметрий с обеих сторон, не переходя на стенку таза
- 3) рак распространяется за пределы таза
- 4) рак инфильтрирует тело матки
- 5)+ пальпируются изолированные метастазы у стенки таза

5. Рак шейки матки

- 1)+ может осложняться окклюзией мочеочника
- 2) метастазирует преимущественно гематогенным путем
- 3)+ может являться показанием к операции Вертгейма
- 4) лечится с применением больших доз прогестерона
- 5)+ О стадии при правильном лечении рецидивирует с частотой, не превышающей 3%

6. Рак шейки матки

- 1) диагностируется с помощью специфической пробы Шиллера
- 2) чаще встречается у нерожавших женщин
- 3) встречается только в виде экзофитной формы
- 4) на ранних стадиях проявляется ациклическими кровотечениями
- 5)+ в преинвазивной стадии может являться показанием к электроэксцизии шейки матки

7. Рак шейки матки

- 1) диагностируется по положительной пробе Шиллера
- 2)+ в этиопатогенезе связывают с вирусной герпетической инфекцией
- 3) развивается только из экзоцервизиса
- 4)+ может проявляться контактными кровотечениями
- 5) в I-а стадии обычно является показанием к электроэксцизии шейки матки

8. Рак шейки матки

- 1) на ранних стадиях может проявляться специфическими с резким запахом выделениями
- 2) I-б стадии является показанием к экстирпации матки
- 3) III стадии является показанием к операции Лефора-Нейгебауэра
- 4)+ IV стадии характеризуется поражением соседних органов
- 5) метастазирует в сальник

9. Рак шейки матки

- 1)+ может быть диагностирован с помощью кольпоскопии
- 2) поражает строго определенные возрастные группы женщин
- 3)+ может развиваться в цервикальном канале
- 4)+ может проявляться гематурией
- 5)+ в I-а стадии может быть показанием к простой экстирпации матки

10. Рак шейки матки

- 1)+ метастазирует в подвздошные и запирательные лимфоузлы
- 2)+ может осложняться развитием гидронефроза
- 3) обычно метастазирует в легкие и кости
- 4)+ II стадия может быть показанием к комбинированному или сочетанному лучевому лечению
- 5) лечится с широким использованием химиопрепаратов

11. Рак шейки матки

- 1)+ диагностируется с помощью цитологического исследования мазков-соскобов
- 2)+ чаще встречается у многорожавших женщин
- 3)+ известен в виде язвы
- 4) на ранних стадиях проявляется болями
- 5)+ в преинвазивной стадии может быть показанием к экстирпации матки

12. Рак шейки матки

- 1)+ метастазирует в подвздошные лимфоузлы
- 2) I-б стадия является показанием к ампутации шейки матки
- 3) III стадия является показанием к операции Вертгейма
- 4) лечится с применением больших доз андрогенов
- 5) за последние 40-50 лет не имеет тенденций к снижению частоты

13. К фоновым патологическим процессам шейки матки (Я.В.Бохман, 1976) относятся

- 1)+ псевдоэрозия
- 2)+ эрозированный эктропион
- 3)+ полип
- 4)+ дискератозы (лейкоплакия, эритроплакия)
- 5) дисплазия

14. Псевдоэрозия (эктопия) шейки матки

- 1) никогда не встречается у девочек
- 2) при беременности обычно является следствием заживления истинной эрозии
- 3)+ может быть следствием эндоцервицита
- 4) характеризуется нарушением слоистости плоского эпителия эктоцервикса
- 5) при обнаружении в I триместре беременности является показанием к консервативному лечению

15. Псевдоэрозия (эктопия) шейки матки

- 1)+ может возникнуть в результате воспалительного процесса
- 2) является противопоказанием к искусственному аборту
- 3) может рассматриваться как преинвазивный рак
- 4)+ в процессе заживления может сопровождаться образованием ретенционных кист
- 5)+ может лечиться с помощью криодеструкции

16. Псевдоэрозия (эктопия) шейки матки

- 1)+ может возникать как результат травмы шейки матки в родах
- 2)+ встречается в детском возрасте
- 3) относится к предраку по классификации Я.В.Бохмана
- 4)+ характеризуется развитием цилиндрического эпителия на поверхности эктоцервикса
- 5) лечится с помощью электрофореза с йодом

17. Полип цервикального канала

- 1) относится к предраковым заболеваниям по классификации Я.В.Бохмана
- 2) должен быть удален в амбулаторных условиях
- 3)+ является показанием к выскабливанию цервикального канала и полости матки
- 4)+ может быть фиброзным
- 5)+ может быть диагностирован при цервикогграфии

18. Дисплазия

- 1) это патология покровного эпителия шейки матки, во всей толще которого имеются гистологические признаки рака, но отсутствует инвазия в подлежащую строму
- 2) относится к фоновым заболеваниям шейки матки
- 3)+ может обнаруживаться при специальном исследовании визуально не измененной шейки матки
- 4) является показанием к экстирпации матки в любом возрасте
- 5) обычно лечится с помощью электрокоагуляции пораженных участков шейки матки

19. Дисплазия

- 1)+ это атипия эпителия шейки матки с нарушением слоистости, но без вовлечения в процесс поверхностного слоя и стромы
- 2) относится к фоновым процессам шейки матки
- 3) может быть диагностирована при осмотре шейки матки в зеркалах по характерным клиническим признакам
- 4)+ в зависимости от степени выраженности гистологических изменений может быть разделена на легкую, умеренную и выраженную
- 5)+ лечится с помощью электроэксцизии шейки матки

20. Дисплазия

- 1) это атипия эпителия шейки матки с нарушением слоистости и вовлечением в процесс поверхностного слоя стромы
- 2)+ это предрак шейки матки
- 3) может быть обнаружена только при исследовании визуально измененной шейки матки
- 4) имеет характерные клинические признаки
- 5)+ может быть показанием к экстирпации матки

Тема 9. Рак тела матки.

1. Рак тела матки

- 1)+ у 30-40% больных развивается при отсутствии выраженных нарушений обменного и репродуктивного гомеостаза
- 2)+ имеет более неблагоприятное течение при II патогенетическом варианте опухоли, чем при I варианте
- 3)+ чаще встречается в виде аденокарциномы
- 4) II стадии - опухоль, ограниченная телом матки
- 5)+ Т3 в классификации по системе TNM (1985) обозначает случаи распространения карциномы за пределами матки, но в пределах малого таза

2. Рак тела матки

- 1) встречается чаще у много рожавших женщин
- 2) проявляется циклическими кровотечениями
- 3)+ О стадии имеет синоним - атипическая гиперплазия эндометрия
- 4) II стадии - опухоль, ограниченная телом матки
- 5)+ T1 в классификации по системе TNM (1985) обозначает, что карцинома ограничена телом матки

3. Рак тела матки

- 1)+ у 60-70% больных развивается как гормонозависимая опухоль
- 2)+ имеет сравнительно благоприятное течение у больных с I патогенетическим вариантом развития опухоли
- 3) II патогенетического варианта чаще встречается у женщин с бесплодием и сниженной детородной функцией
- 4) II-в стадии - опухоль ограничена эндометрием (МЗ СССР, 1985)
- 5)+ Мо в классификации по системе TNM (1985) означает отсутствие признаков отдаленных метастазов

4. Рак тела матки

- 1)+ у 60-70% больных развивается на фоне хронической гиперэстрогении в сочетании с нарушениями жирового и углеводного обмена
- 2)+ имеет более благоприятное клиническое течение при I патогенетическом варианте развития опухоли, чем при II варианте
- 3) чаще развивается у много рожавших женщин
- 4)+ О стадии имеет синоним - атипическая гиперплазия эндометрия
- 5)+ T1 в классификации по системе TNM (1985) обозначает процесс, ограниченный телом матки

5. Рак тела матки

- 1)+ метастазирует преимущественно лимфогенным путем
- 2) на ранних стадиях проявляется водянистыми белями
- 3)+ Nx в классификации по системе TNM (1985) означает, что нет достаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов
- 4)+ I-а стадии по классификации МЗ СССР (1985) означает, что опухоль ограничена эндометрием
- 5) протекает одинаково при любой первичной локализации процесса

6. Признаками, позволяющими отнести рак тела матки к I патогенетическому варианту, являются

- 1)+ сниженная детородная функция
- 2) атрофия как фоновое состояние эндометрия
- 3)+ гиперплазия или полипы эндометрия
- 4)+ менопауза после 50 лет
- 5)+ гранулезноклеточная опухоль яичника

7. Признаками, позволяющими отнести рак тела матки к I патогенетическому варианту, являются

- 1) наступление менопаузы до 50 лет
- 2) атрофический тип кольпоцитологической реакции влагалищного мазка
- 3)+ гипертоническая болезнь в сочетании с ожирением и сахарным диабетом
- 4) иммунодепрессия
- 5)+ синдром Штейна-Левенталя

8. Рак тела матки I патогенетического варианта характеризуется

- 1)+ более длительным течением
- 2)+ высокой степенью дифференцировки
- 3) высокой склонностью к метастазированию
- 4)+ высокой чувствительностью к прогестинам
- 5)+ поверхностной инвазией в миометрий

9. Признаками, позволяющими отнести рак тела матки ко II патогенетическому варианту, являются

- 1) наступление менопаузы после 50 лет
- 2) гипертоническая болезнь в сочетании с ожирением или сахарным диабетом
- 3)+ атрофия как фоновое состояние эндометрия
- 4)+ фиброз яичников
- 5)+ нормальная детородная функция

10. Признаками, позволяющими отнести рак тела матки ко II патогенетическому варианту, являются

- 1)+ наступление менопаузы до 50 лет
- 2)+ атрофический тип кольпоцитологической реакции влагалищного мазка
- 3)+ фиброз яичников
- 4)+ иммунодепрессия
- 5) ановуляторные маточные кровотечения в анамнезе

11. Рак тела матки II патогенетического варианта

- 1)+ характеризуется быстрым течением
- 2)+ характеризуется низкой степенью дифференцировки
- 3) чаще имеет поверхностную инвазию в миометрий
- 4)+ обладает низкой чувствительностью к прогестинам
- 5)+ имеет сомнительный прогноз

12. Рак тела матки II патогенетического варианта

- 1) встречается у 10% больных
- 2)+ чаще имеет глубокую инвазию в миометрий
- 3)+ обладает высокой склонностью к метастазированию
- 4) чувствителен к прогестинам
- 5) имеет благоприятный прогноз

13. Специальное обследование для диагностики рака тела матки и его патогенетических вариантов включает

- 1)+ цитологическое исследование влагалищных мазков
- 2)+ прицельную биопсию эндометрия
- 3)+ цистоскопию
- 4)+ УЗИ таза
- 5) определение степени чистоты влагалища

14. Специальные методы обследования с целью диагностики рака тела матки и его стадии включают

- 1) пробу Шиллера
- 2)+ раздельное диагностическое выскабливание шеечного канала и полости матки
- 3)+ гистероцервикографию
- 4)+ экскреторную урографию
- 5)+ УЗИ таза

15. Специальные методы обследования с целью диагностики рака тела матки и его стадии включают

- 1) цитологическое исследование аспираты из брюшной полости
- 2)+ изотопную лимфографию
- 3)+ прицельную биопсию эндометрия
- 4)+ гистероскопию
- 5)+ ректороманоскопию

16. Для лечения

- 1)+ отдаленных метастазов и рецидивов рака тела матки может применяться гормонотерапия
- 2)+ III стадии рака тела матки используется сочетанная рентгенотерапия
- 3)+ рака тела матки 0 стадии широко используется гормонотерапия
- 4)+ рака тела матки T1NoMo используется комбинированная терапия
- 5) I стадии рака тела матки обычно применяется операция Вертгейма

17. Объем хирургического лечения рака тела матки

- 1)+ зависит от локализации опухоли
- 2)+ зависит от патогенетического варианта опухоли
- 3)+ может быть ограничен экстирпацией матки с придатками
- 4) может быть ограничен надвлагалищной ампутацией матки с удалением придатков
- 5) обычно соответствует операции Вертгейма

18. В зависимости от стадии и путей распространения рака тела матки объем хирургического вмешательства может быть ограничен

- 1)+ экстирпацией матки с придатками
- 2) выскабливанием полости матки
- 3) надвлагалищной ампутацией матки с придатками
- 4)+ операцией Вертгейма
- 5) экстирпацией матки с придатками и оментэктомией

19. Лечение больных с атипической гиперплазией эндометрия

- 1)+ может зависеть от возраста больной
- 2)+ может проводится оксипрогестероном капрокатом в курсовой дозе 24-28 г
- 3)+ может включать назначение стероидных противозачаточных препаратов по контрацептивной схеме с последующим назначением кломифенцитрата
- 4)+ может включать назначение андрогенов
- 5) может включать расширенную экстирпацию матки

20. Лечение фоновых процессов рака эндометрия

- 1)+ зависит от возраста больной
- 2)+ может включать выскабливание полости матки
- 3)+ может включать назначение стероидных противозачаточных препаратов в постоянном режиме
- 4)+ может включать назначение оксипрогестерона капроката во II-ю фазу менструального цикла
- 5) может включать применение цитостатиков

Тема 10. Трофобластическая болезнь.

1. Трофобластическая болезнь

- 1) чаще всего встречается в постменопаузе
- 2) обычно возникает у женщин с первичным бесплодием
- 3) характеризуется инвазией в материнские ткани только в злокачественной форме
- 4) обычно проявляется гиперполименореей
- 5)+ секретирует специфический бета-глобулин

2. Трофобластическая болезнь

- 1) встречается чаще в странах Европы, чем Азии
- 2) встречается только в репродуктивном возрасте
- 3) любой формы характеризуется отсутствием плода
- 4) метастазирует только при развитии злокачественных форм
- 5)+ всех форм сопровождается децидуальными изменениями в эндометрии

3. Трофобластические опухоли

- 1) в виде различных форм пузырного заноса в Европе встречаются с частотой 1:100000 беременностей
- 2) не имеют доброкачественных форм
- 3)+ могут развиваться при наличии живого плода
- 4) в форме пузырного заноса никогда не метастазируют
- 5)+ секретируют специфический тиреотропин

4. Трофобластические опухоли

- 1) чаще встречаются в регионах с низкой фертильностью
- 2)+ встречаются в пре- и постменопаузе
- 3) с инвазией в строму классифицируются как злокачественные
- 4) могут развиваться из остатков децидуальной оболочки
- 5)+ обычно характеризуются высокой секрецией хорионического гонадотропина

5. Хориокарцинома

- 1)+ патогенетически может быть связана с нормально закончившейся беременностью
- 2) IV стадии диагностируется по наличию метастазов в легких
- 3) диагностируется по типичным признакам на эхограмме
- 4)+ проявляется ациклическими кровотечениями
- 5)+ имеет худший прогноз у больных старше 40 лет

6. Хориокарцинома

- 1)+ встречается в постменопаузе
- 2)+ II стадия характеризуется наличием метастазов в органах малого таза и влагалище
- 3) характеризуется двукратным увеличением индекса дискриминации
- 4) протекает более злокачественно, если возникла после пузырного заноса, чем после нормальной беременности
- 5) сопровождается галактореей

7. Хориокарцинома

- 1)+ может иметь латентный период более 20 лет
- 2)+ может проявляться кровохарканием, одышкой
- 3)+ секретирует специфический бета-глобулин
- 4)+ обычно проявляется беспорядочными кровотечениями
- 5)+ течет медленнее и лучше поддается лечению, если развилась после пузырного заноса

8. Лечение больных хориокарциномой, относящихся к средней группе риска (два фактора)

- 1) может проводиться по схеме МТ/ФА
- 2)+ по схеме МАС III включает метотрексат, дактиномицин, циклофосфамид, фолиевую кислоту
- 3) обычно начинается с операции
- 4)+ в схеме полихимиотерапии может включать винкристин и цисплатин
- 5) проводится курсами с интервалами не более 6 дней

9. Инвазивный пузырьный занос и хориокарцинома без метастазов являются показанием

- 1)+ для моно- или полихимиотерапии
- 2) для рентгенотерапии
- 3)+ для стероидной контрацепции в течение одного года
- 4) для надвлагалищной ампутации матки
- 5) для операции Вертгейма

10. К факторам риска, влияющим на выбор химиотерапии при хориокарциноме, относятся

- 1)+ возраст больной
- 2)+ длительность клинических симптомов
- 3)+ течение предшествующей беременности
- 4)+ размер опухоли
- 5)+ уровень хорионического гонадотропина

11. Химиотерапия хориокарциномы

- 1) исключает возможность сохранения репродуктивной функции
- 2)+ применяется при наличии метастазов в легкие
- 3)+ проводится метотрексатом и фолиевой кислотой
- 4) обычно проводится винкристином
- 5) прекращается после первого неэффективного курса

12. Химиотерапия хориокарциномы

- 1) является вспомогательным методом
- 2) в виде монохимиотерапии обычно проводится циклофосфаном
- 3) широко комбинируется с рентгенотерапией
- 4)+ может проводиться в дозах, позволяющих сохранять менструальную и репродуктивную функции
- 5) может проводиться ТИО-ТЭФом

13. Схема химиотерапии МТ/ФА (метотрексат + фолиевая кислота)

- 1)+ рекомендуется больным хориокарциномой с фактором риска О-1
- 2) проводится только в комбинации с оперативным вмешательством
- 3)+ проводится под контролем количества лейкоцитов и тромбоцитов
- 4) включает только один курс
- 5) считается основной для лечения пузырьного заноса

14. Хирургическое лечение хориокарциномы

- 1) является основным методом
- 2) может проводиться в объеме, позволяющем сохранить менструальную и репродуктивную функции
- 3)+ предпринимается главным образом по жизненным показаниям
- 4)+ показано при кровотечении
- 5) обычно комбинируется с рентгенотерапией

15. Пузырный занос

- 1)+ является показанием к вакуум-аспирации
- 2)+ является показанием к контролю за ХГ в послеоперационном периоде
- 3) является противопоказанием к стероидной контрацепции в течение двух лет
- 4)+ может рассматриваться как показание к монокимиотерапии
- 5) не имеет осложнений, требующих экстирпации матки

16. Пузырный занос

- 1)+ характеризуется отеком ворсин плаценты и гиперплазией синцитио- и цитотрофобласта
- 2)+ может сопровождаться развитием текалютеиновых кист в яичниках
- 3)+ может протекать с отставанием размеров матки от ожидаемых по сроку гестации
- 4)+ предпочтительнее удалять с помощью вакуум-аспирации
- 5)+ является показанием к предохранению от беременности в течение 1-2 лет

17. Пузырный занос

- 1)+ чаще проявляется кровотечениями
- 2) обычно сопровождается развитием фолликулярных кист в яичниках
- 3)+ диагностируется по характерным признакам на эхограмме
- 4) лучше эвакуировать из матки неинвазивными медикаментозными методами
- 5)+ может являться показанием к химиотерапии

18. Пузырный занос

- 1) характеризуется атрофией обоих слоев трофобласта
- 2) обычно проявляется стойкой аменореей
- 3)+ может быть заподозрен при обнаружении на эхограмме "пустого" плодного яйца
- 4) предпочтительнее эвакуировать с помощью выскабливания полости матки, чем вакуум-аспирацией
- 5)+ требует диспансерного наблюдения за больными после его удаления

19. Пузырный занос

- 1)+ может проявляться поздним гестозом на ранних сроках
- 2) всегда сопровождается опережающим срок гестации увеличением размеров матки
- 3)+ характеризуется увеличением индекса дискриминации до 7 и более
- 4) является показанием к удалению матки
- 5)+ при наличии метастазов является показанием к назначению актиномицина-D

20. Профилактический курс химиотерапии после удаления пузырного заноса проводится

- 1)+ при сохранении высокого титра (свыше 30000 МЕ/л) хорионического гонадотропина в течение 4-8 недель
- 2)+ при повышении уровня хорионического гонадотропина
- 3)+ при наличии метастазов
- 4) при тяжелом раннем гестозе
- 5) при наличии симптомов позднего гестоза

Тема 11. Эндометриоз.

1. К теориям, объясняющим развитие эндометриоза, относятся

- 1)+ дезонтогенетическая
- 2)+ гормональная
- 3)+ имплантационная
- 4)+ иммунологическая
- 5) сосудистая

2. К группе риска по развитию эндометриоза относятся больные

- 1)+ страдающие хроническим воспалением придатков матки
- 2) страдающие синдромом Штейна-Левенталя
- 3)+ подвергавшиеся инвазивным методам гинекологического исследования или лечения
- 4) применявшие гормональную контрацепцию
- 5)+ страдающие миомой матки

3. Эндометриоз

- 1) развивается вследствие недостаточности эстрогенов
- 2) встречается только у женщин и не описан у мужчин
- 3) яичника является показанием к консервативному лечению
- 4)+ характеризуется значительными изменениями в состоянии иммунологической системы
- 5)+ сопровождается нарушениями функции печени, поджелудочной или щитовидной железы

4. Клиническими проявлениями эндометриоза являются

- 1)+ нарушение менструального цикла
- 2)+ циклически возникающий болевой синдром
- 3)+ бесплодие
- 4)+ нарушение функций соседних органов
- 5)+ астеноневротический синдром

5. Эндометриоз влагалищной части шейки матки

- 1) относится к внутреннему эндометриозу
- 2) проявляется интенсивными болями перед и во время месячных
- 3) редко проявляется нарушением характера менструаций
- 4)+ диагностируется при помощи кольпоскопии
- 5) хорошо поддается консервативной терапии

6. Внутренний эндометриоз

- 1) диагностируется с помощью кольпоскопии
- 2) встречается редко
- 3)+ развивается из базального слоя эндометрия
- 4) хорошо поддается гормональной терапии
- 5) не выявляется при гистероскопии

7. К внутреннему генитальному эндометриозу относится

- 1) эндометриоз влагалищной части шейки матки
- 2) эндометриоз брюшины
- 3) эндометриоз яичников
- 4)+ эндометриоз интерстициального отдела маточных труб
- 5) ретроцервикальный эндометриоз

8. Эндометриоз яичников

- 1)+ относится к наружному генитальному эндометриозу
- 2) характеризуется типичной клинической симптоматикой
- 3) выявляется с помощью гистеросальпингографии
- 4) диагностируется при гистероскопии
- 5)+ является показанием для хирургического лечения

9. Ретроцервикальный эндометриоз

- 1)+ может проявляться болями, метеоризмом, задержкой стула накануне и во время месячных
- 2) невозможно диагностировать при бимануальном исследовании
- 3) диагностируется с помощью гистерографии
- 4) диагностируется с помощью пневмопельвиографии
- 5) лечится только оперативным путем

10. Аденомиоз

- 1)+ может сочетаться с миомой матки
- 2) редко сопровождается нарушением менструального цикла
- 3) выявляется при гистологическом исследовании соскоба эндометрия
- 4)+ диагностируется при помощи гистероскопии и гистерографии
- 5) хорошо поддается консервативной терапии

11. Злокачественное перерождение эндометриоза

- 1) встречается у 70-80% пациентов
- 2)+ чаще наблюдается при стромальном эндометриозе
- 3) встречается только в репродуктивном возрасте
- 4)+ встречается в виде аденокарциномы яичников
- 5) чаще наблюдается у женщин, получавших синтетические прогестины

12. Для диагностики эндометриоза шейки матки применяется

- 1) раздельное диагностическое выскабливание
- 2)+ осмотр шейки матки в зеркалах
- 3) бимануальное исследование
- 4)+ кольпоскопия
- 5)+ цервикография

13. Аденомиоз диагностируется

- 1) при раздельном диагностическом выскабливании
- 2) при кольпоскопии
- 3) при гистерографии накануне месячных
- 4)+ при гистерографии после месячных
- 5)+ при гистероскопии

14. Комплексная терапия эндометриоза может включать назначение

- 1) антибиотиков широкого спектра действия
- 2)+ эссенциале
- 3)+ Т-активина
- 4)+ декариса
- 5)+ родоносовых ванн

15. В комплексную терапию эндометриоза включается применение

- 1) тепловых физиотерапевтических процедур
- 2)+ УФО крови
- 3)+ гепатопротекторов
- 4)+ противовоспалительной терапии
- 5)+ иммунокорректоров

16. Физиотерапия при эндометриозе может включать

- 1) тепловые процедуры
- 2)+ электрофорез с лидазой
- 3)+ электрофорез йода
- 4)+ ультразвук
- 5)+ электрофорез химопсина

17. Для консервативной терапии эндометриоза используются

- 1)+ синтетические прогестины
- 2) эстрогенные препараты
- 3)+ андрогены
- 4)+ анаболические стероиды
- 5)+ препарат даназол

18. Синтетические эстроген-гестагенные препараты в комплексной терапии эндометриоза

- 1) применяются редко
- 2)+ могут назначаться с 5 по 25 день менструального цикла
- 3) используются при сочетании эндометриоза и миомы матки
- 4) применяются в комбинации с андрогенами
- 5)+ влияют на активность пролиферативных процессов в эндометриoidных очагах

19. Синтетические эстроген-гестагенные препараты при лечении эндометриоза

- 1) не применяются
- 2) широко используются у больных, имеющих сочетания эндометриоза и миомы матки
- 3)+ могут назначаться прерывистыми курсами по контрацептивной схеме
- 4) могут назначаться без учета особенностей гормонального фона
- 5)+ противопоказаны при склонности к гиперкоагуляции, хронических тромбозах, флебитах, сахарном диабете

Тема 12. Опухоли яичника I.

1. Согласно современным гипотезам ведущее место в генезе опухолей яичника отводится

- 1)+ нарушениям гормонального баланса в системе "гипофиз-яичник"
- 2) частым беременностям
- 3) гормональной контрацепции
- 4) внутриматочной контрацепции
- 5) вирусной инвазии

2. С современных позиций ведущее место среди возможных причин опухолей яичника занимают

- 1)+ нейроэндокринные нарушения
- 2) вирусные поражения
- 3) наследственные факторы
- 4) частые беременности
- 5) воспалительные заболевания придатков

3. В классификации ВОЗ (1977) к опухолевидным образованиям яичника относят

- 1)+ множественные фолликулярные кисты
- 2)+ лютеомы
- 3)+ воспалительные образования
- 4) дермоидные кисты
- 5)+ параовариальные кисты

4. В классификации ВОЗ (1977) по гистотипу к опухолям яичника относятся

- 1) фолликулярные кисты
- 2) лютеома
- 3)+ текома
- 4)+ дермоидные кисты
- 5) поликистозные яичники

5. В классификации ВОЗ (1977) по гистотипу к опухолям стромы полового тяжа относятся

- 1)+ гранулезоклеточная опухоль
- 2) опухоль Бреннера
- 3) опухоль Крукенберга
- 4)+ андробластома
- 5) хориокарцинома

6. Опухоли яичников

- 1) встречаются во всех регионах нашей страны с одинаковой частотой
- 2) встречаются чаще после длительного применения стероидных контрацептивов
- 3) встречаются преимущественно в репродуктивном возрасте и очень редко в других возрастных группах
- 4)+ встречаются чаще у женщин с нарушенной функцией яичников, не беременевших, не рожавших
- 5)+ могут сочетаться с раком молочной железы

7. Злокачественные опухоли яичника

- 1)+ обычно развиваются из доброкачественных и пограничных
- 2) чаще развиваются как первичные
- 3)+ чаще встречаются среди городских жительниц
- 4) нередко диагностируются на ранних стадиях
- 5) чаще метастазируют лимфогенным путем

8. Варианты I стадии опухоли яичника (классификация FIGO, 1976) включают опухоль, ограниченную яичниками

- 1)+ с разрывом капсулы
- 2)+ без разрыва капсулы
- 3)+ с наличием асцита
- 4) с распространением на брюшину малого таза
- 5)+ с раковыми клетками в смывах из брюшной области

9. Дифференциальным критерием, определяющим II-а стадию рака яичника (классификация FIGO, 1976), является

- 1) асцит
- 2) разрыв капсулы
- 3) гидроторакс
- 4) поражение второго яичника
- 5)+ поражение маточной трубы и матки

10. Признаком, определяющим III стадию рака яичника (классификация FIGO, 1976), является

- 1) асцит
- 2) гидроторакс
- 3) синдром Мейгса
- 4)+ поражение брюшины вне малого таза
- 5) разрыв капсулы

11. Признаком, определяющим III стадию рака яичника (классификация FIGO, 1976), является

- 1) асцит
- 2) разрыв капсулы
- 3) поражение второго яичника
- 4) поражение матки
- 5)+ наличие метастазов в сальник

12. К гормональноактивным опухолям относятся

- 1)+ гранулезо-стромальноклеточные опухоли
- 2) эндометриоидные опухоли
- 3) муцинозные опухоли
- 4)+ опухоли из клеток Сертоли и Лейдига
- 5) герминогенные опухоли

13. Эпителиальные опухоли яичника

- 1) встречаются с частотой, не превышающей 10% от всех опухолей яичника
- 2) преимущественно солидного строения
- 3) всегда имеют четкий морфологический гистотип
- 4)+ в варианте серозных карцином составляют большинство
- 5) включают зрелую тератому

14. Клинические симптомы текомы

- 1)+ зависят от возраста больной
- 2) обычно проявляются дефеминизацией больной
- 3) появляются при значительных размерах опухоли
- 4)+ могут включать асцит
- 5) не имеют характерных для группы опухолей стромы полового тяжа особенностей

15. Фиброма яичника

- 1)+ является доброкачественной опухолью
- 2)+ может сопровождаться асцитом
- 3)+ может сопровождаться развитием синдрома Мейгса
- 4) редко осложняется перекрутом ножки опухоли
- 5) может осложняться формированием миксомы

16. Симптомомкомплекс, характерный для гранулезоклеточной опухоли яичника, включает

- 1) гиперполименорею
- 2) маскулинизацию больной
- 3)+ преждевременное развитие вторичных половых признаков
- 4)+ кровотечение в менопаузе
- 5) снижение либидо

17. Опухоли из клеток Сертоли и Лейдига

- 1) метастазируют преимущественно лимфогенным путем
- 2) обычно сопровождаются развитием синдрома Мейгса
- 3)+ обычно обладают гормональной активностью
- 4)+ в типичных случаях проявляются дефеминизацией больной
- 5) являются следствием гиперпролактинемии

Тема 13. Опухоли яичника II.

1. Вероятность развития опухолей яичника возрастает у женщин

- 1)+ старше 40 лет
- 2)+ с поздней менопаузой
- 3)+ с ранним менархе
- 4) с беспорядочными половыми связями
- 5)+ с кровотечениями в постменопаузе

2. Анатомическая ножка опухоли яичника включает

- 1) широкую связку матки
- 2) маточную трубу
- 3)+ собственную связку яичника
- 4)+ подвешивающую яичник связку
- 5) круглую маточную связку

3. Хирургическая ножка опухоли яичника включает

- 1)+ маточную трубу
- 2)+ собственную связку яичника
- 3)+ подвешивающую яичник связку
- 4) круглую маточную связку
- 5) кардинальную связку

4. Обследование по поводу опухоли яичника включает

- 1)+ диагностическое выскабливание полости матки
- 2)+ пункцию заднего свода влагалища
- 3)+ ирригоскопию
- 4)+ рентгенологическое исследование желудка
- 5)+ рентгенологическое исследование легких

5. Важнейшим дополнительным методом дооперационной диагностики характера опухолевого процесса в яичнике является

- 1) УЗ-исследование
- 2) биконтрастная гистерография
- 3) гистероотомография
- 4) лимфография
- 5)+ цитологическое исследование пунктата из брюшной полости

6. Лечение доброкачественных опухолей яичника в детском и пубертатном возрасте заключается

- 1) в проведении курса химиотерапии
- 2) в назначении гормонотерапии
- 3) в двухстороннем удалении придатков
- 4)+ в резекции пораженного яичника
- 5) в надвлагалищной ампутации матки с придатками

7. При доброкачественной опухоли яичника возможна

- 1)+ резекция яичника
- 2)+ удаление придатков
- 3)+ надвлагалищная ампутация матки с придатками
- 4) лазерная деструкция очага поражения
- 5) криодеструкция

8. <Операцией выбора> при доброкачественной опухоли яичника в пре- и постменопаузе является

- 1) резекция яичника
- 2) удаление придатков со стороны поражения
- 3) двухстороннее удаление придатков
- 4)+ надвлагалищная ампутация матки с придатками
- 5) надвлагалищная ампутация матки с придатками + оментэктомия

9. Лечение неосложненной фолликулярной кисты яичника может быть осуществлено путем

- 1)+ пункции с помощью влагалищного УЗ-датчика
- 2)+ резекции яичника
- 3) удаления яичника
- 4) удаления придатков
- 5)+ операционной лапароскопии

10. Симптомом злокачественной опухоли яичника (может быть)

- 1)+ асцит
- 2)+ неподвижность опухоли
- 3)+ двусторонность поражения
- 4)+ бугристость поверхности
- 5)+ неравномерность консистенции

11. Химиотерапия злокачественных опухолей яичника

- 1)+ должна проводиться в течение трех лет
- 2)+ лучше проводится по схеме операция + химиотерапия
- 3) на этапе профилактических курсов проводится каждые 2-3 месяца
- 4)+ может быть дополнена гормонотерапией
- 5)+ может быть дополнена иммунотерапией

12. Химиотерапия злокачественных опухолей яичника

- 1) должна проводиться в течение одного года
- 2) в варианте монокимиотерапии в настоящее время не производится
- 3) обязательна до операции
- 4)+ может рассчитываться на 1 кв.метр поверхности тела
- 5)+ может проводиться при III-IV стадиях

13. При злокачественных опухолях яичника хирургическое лечение

- 1) включает оментэктомия только при наличии видимых метастазов
- 2)+ может производиться в объеме, который оказывается технически выполнимым
- 3) при обнаружении распространенного процесса не выполняется
- 4) не рекомендуется выполнять повторно при обнаружении рецидива
- 5)+ необходимо выполнять через срединную нижнюю лапаротомию

14. При злокачественных опухолях яичника хирургическое вмешательство

- 1) обычно выполняется после рентгенотерапии
- 2) целесообразно выполнять через разрез по Пфанненштилю
- 3) при обнаружении поражения аппендикса или тонкой кишки не выполняется
- 4)+ включает взятие мазков-отпечатков с различных органов брюшной полости
- 5)+ выполняется повторно после заведомо нерадикальных по объему операций

15. Типичный объем оперативного вмешательства при раке яичника связан с преимущественным метастазированием данной опухоли

- 1) в подвздошные лимфоузлы
- 2) в парааортальные лимфоузлы
- 3)+ в сальник
- 4)+ в маточные трубы и матку
- 5) в параметральную клетчатку

16. <Операцией выбора> при раке яичника является

- 1) операция Вертгейма
- 2) расширенная экстирпация матки с удалением парааортальных лимфоузлов
- 3)+ экстирпация или надвлагалищная ампутация матки с придатками и оментэктомией
- 4) экстирпация матки с придатками
- 5) удаление пораженных придатков

17. Вероятность развития опухолей яичника возрастает у женщин

- 1)+ страдающих бесплодием
- 2) длительно пользовавшихся контрацептивами
- 3)+ получавших рентгенотерапию
- 4)+ оперированных по поводу рака желудка
- 5)+ длительно лечавшихся по поводу хронического аднексита

18. Обследование по поводу опухоли яичника может включать

- 1)+ рентген желудка
- 2)+ ректороманоскопию
- 3)+ гормональную кольпоцитологию
- 4) цитологическое исследование мазков-соскобов с шейки матки
- 5)+ флебографию

19. Эпителиальные опухоли

- 1)+ составляют большинство всех опухолей яичника (70-85%)
- 2)+ злокачественные - чаще серозные карциномы
- 3) преимущественно солидные
- 4) всегда имеют четкий морфологический гистотип
- 5) характеризуются гормональной активностью

20. Метастатические опухоли яичника встречаются

- 1)+ при раке желудка
- 2)+ при раке молочной железы
- 3)+ при раке прямой кишки
- 4) при раке кожи
- 5) при лимфогранулематозе

21. В группу герминогенных опухолей яичника классификации ВОЗ по гистотипу (1977) входят

- 1) гранулезоклеточная опухоль
- 2) текома
- 3)+ хориокарцинома
- 4)+ тератома
- 5) фиброма

22. В классификации по системе TNM опухолей яичника индекс x (Mx,Nx) означает

- 1) наличие асцита
- 2) наличие разрыва капсулы
- 3)+ недостаточность сведений о наличии данных типов поражений
- 4) число опухолевых метастазов и пораженных лимфоузлов
- 5) отсутствие данного типа поражений

23. Для лечения злокачественных опухолей яичника циклофосфан применяется в дозе

- 1) 20 мг, в/в, 2 раза в неделю, на курс 200-240 мг
- 2) 20-25 мг, в/м, 2 раза в неделю, на курс 300-400 мг
- 3) 0.6-1.2 г, внутрь, ежедневно, на курс 30-50 г
- 4) 10-20 мг, в/в, через день 150-250 мг
- 5)+ 200 мг, в/м или в/в, 2 - 3 раза в неделю, на курс 6-8 г

24. Кровотечение в менопаузе может быть связано

- 1)+ с опухолью Бреннера
- 2)+ с текомой яичника
- 3) с опухолью клеток Сертоли и Лейдига яичника
- 4)+ с гранулезоклеточной опухолью яичника
- 5) с герминогенной опухолью яичника

25. Ведущим методом комплексного лечения злокачественной опухоли яичника является

- 1)+ химиотерапия и оперативное лечение
- 2) оперативное лечение + рентгенотерапия
- 3) рентгенотерапия и гормонотерапия
- 4) гормонотерапия и оперативное лечение
- 5) химиогормонотерапия

26. Индекс G в классификации по системе TNM (пересмотра 1981 г.) означает

- 1) наличие асцита
- 2) разрыв капсулы
- 3) поражение второго яичника
- 4) недостаток данных
- 5)+ степень дифференцировки

27. Синдром Мейгса

- 1) характерен для запущенных стадий рака яичника
- 2)+ встречается при фиброме яичника
- 3)+ встречается при текоме яичника
- 4)+ встречается при опухолях Бреннера
- 5) встречается при дисгерминоме

28. Асцит

- 1)+ встречается при I стадии рака
- 2)+ входит в симптомокомплекс синдрома Мейгса
- 3) типичен для дермоидной кисты
- 4)+ встречается при фиброме яичника
- 5)+ встречается при текоме

29. Большинство злокачественных опухолей яичника составляют

- 1)+ серозные опухоли
- 2) муцинозные опухоли
- 3) опухоли стромы полового тяжа
- 4) тератомы
- 5) метастатические опухоли

30. Индекс i в классификации злокачественных опухолей яичника означает

- 1) наличие асцита
- 2)+ наличие разрыва капсулы
- 3) степень морфологической дифференциации
- 4) поражение сальника
- 5) поражение второго яичника

31. При злокачественных опухолях яичника хирургическое лечение

- 1) обычно соответствует операции Вертгейма
- 2) обычно проводят после курса химиотерапии
- 3) ограничивается ревизией при обнаружении распространенного процесса
- 4)+ включает повторные чревосечения (second-look) для контроля за состоянием ремиссии
- 5)+ является одним из ведущих методов

Тема 14. Бесплодный брак.

1. Вторичным бесплодием называют

- 1) бесплодие длительностью в два года
- 2)+ бесплодие у женщин, имевших в анамнезе беременность
- 3) бесплодие, обусловленное эндокринной патологией
- 4) бесплодие, обусловленное воспалительным генезом
- 5) бесплодие, обусловленное заболеванием мужа

2. К бесплодию, обусловленному наличием механического препятствия для сперматозоидов, относят

- 1)+ трубное бесплодие
- 2) аплазию матки
- 3)+ атрезию внутреннего зева
- 4)+ атрезию влагалища
- 5) отсутствие гонад

3. Диагноз абсолютного женского бесплодия может быть поставлен

- 1) при отсутствии маточных труб
- 2)+ при отсутствии матки
- 3)+ при отсутствии яичников
- 4) при синдроме Штейна-Левенталя
- 5) при ановуляторных циклах

4. С целью диагностики трубного бесплодия используют

- 1) посткоитальную пробу
- 2) кольпоскопию
- 3)+ гистеросальпингографию
- 4)+ лапароскопию
- 5)+ хромогидротубацию

5. Для диагностики иммунологического бесплодия используют пробы

- 1)+ Курцрока-Миллера
- 2)+ Шуварского-Хунера
- 3)+ Рюммера
- 4) Кота
- 5) Лиддля

6. Для исключения цервикального фактора бесплодия используют

- 1)+ пробу Шуварского-Хунера
- 2) гистеросальпингографию
- 3)+ пробу Курцрока-Миллера
- 4) исследование полового хроматина
- 5) хромосомный анализ

7. Курс гидротубаций показан

- 1)+ при затрудненной проходимости маточных труб
- 2) при непроходимости труб в ампулярных отделах
- 3) при выраженном спаечном процессе в малом тазу
- 4) при обилии перитубарных спаек
- 5) при синдроме Ашермана

8. Для хромогидротубации используют

- 1) раствор йодолипола 10 мл
- 2)+ раствор 1% метиленового синего 10 мл
- 3)+ раствор 0.4% индигокармина 10 мл
- 4) раствор 60% верографина 10 мл
- 5) раствор 70% кардиотраста 10 мл

9. Оптимальной комбинацией препаратов для гидротубации считается

- 1) лидаза 64 ЕД, гидрокортизон 5.0 мг
- 2) лидаза 64 ЕД, канамицин 0.5 г
- 3) лидаза 64 ЕД, 1% метиленовый синий 10.0
- 4) канамицин 1.0, преднизолон 50 мг
- 5)+ лидаза 64 ЕД, гидрокортизон 50 мг, химопсин 50 мг, канамицин 1 г

10. О хорошей проходимости маточных труб можно судить по данным хромогидротубаций в случае, если моча

- 1)+ синяя через один час
- 2) зеленая через один час
- 3) зеленая через два часа
- 4) через один час бесцветная
- 5) остается бесцветной через один час и через 24 часа

11. Частота мужского бесплодия составляет

- 1) 10-15%
- 2) 15-20%
- 3) 20-30%
- 4)+ 40-50%
- 5) 60-65%

12. Микрохирургические операции на маточных трубах выполняются

- 1)+ при окклюзии труб в различных отделах
- 2) при двухсторонних тубоовариальных образованиях
- 3) при выраженных спаечных процессах в малом тазу
- 4) при длительности бесплодия более 10 лет
- 5) у больных старше 35 лет

13. Экстракорпоральное оплодотворение показано

- 1) при ановуляторных циклах
- 2)+ при отсутствии маточных труб
- 3)+ при безуспешной коррекции трубного бесплодия
- 4) при частых обострениях воспалительного процесса
- 5)+ при постоянно высоком титре антиспермальных антител в слизи

14. Искусственная инсеминация спермой донора применяется

- 1) при синдроме Рокитанского-Майера-Кюстера
- 2) у женщин с ановуляторным циклом
- 3) у женщин с синдромом Ашermana
- 4)+ при наличии иммунологического бесплодия
- 5) при трубном бесплодии

Тема 15. Климактерический период.

1. Согласно классификации ВОЗ (1980), пременопаузой называют период
 - 1)+ от окончания репродуктивного возраста до наступления менопаузы
 - 2) отрезок времени после последней менструации
 - 3) последнюю менструацию
 - 4) период нарушения менструальной функции до последней менструации
 - 5) период перед менархе
2. Согласно классификации ВОЗ (1980), менопаузой называют
 - 1) период стабильной менструальной функции
 - 2)+ последнюю менструацию
 - 3) отрезок времени после последней менструации
 - 4) отрезок времени после окончания репродуктивного возраста
 - 5) период наступления первой менструации
3. Согласно классификации ВОЗ (1980), постменопаузой называют
 - 1) последнюю менструацию
 - 2) период от начала нарушений менструаций до последней менструации
 - 3) период стабильной менструальной функции
 - 4) период появления первой менструации
 - 5)+ отрезок времени после последней менструации
4. В настоящее время нормальным для наступления менопаузы считается возраст
 - 1) 45 лет
 - 2)+ 50 лет
 - 3) 40 лет
 - 4) 55 лет
 - 5) 43 года
5. Дифференциальную диагностику климактерического синдрома следует проводить между
 - 1)+ миокардиодистрофией
 - 2)+ дисэнцефальным синдромом
 - 3)+ гипертонической болезнью
 - 4)+ опухолью мозга
 - 5)+ остеохондрозом шейного отдела позвоночника
6. Для климактерического синдрома характерно
 - 1)+ прекращение циклического выброса гонадотропного релизинг-гормона
 - 2)+ снижение порога чувствительности к половым гормонам в гипоталамусе
 - 3)+ нарастание титра гонадотропинов
 - 4) снижение уровня холестерина
 - 5)+ снижение лабильности нервных процессов
7. Для климактерического синдрома характерны жалобы
 - 1)+ на боли в сердце
 - 2)+ на приливы
 - 3) на альгоменорею
 - 4)+ на нарушения сна
 - 5)+ на сердцебиения

8. К вегетативно-нервным проявлениям климактерического синдрома относят

- 1) раздражительность
- 2)+ потливость
- 3) нарушения сна
- 4) снижение памяти
- 5)+ приливы

9. К астеноневротическим проявлениям климактерического синдрома относят

- 1)+ плаксивость
- 2)+ раздражительность
- 3)+ тревогу
- 4) приливы
- 5) жар

10. К психоэмоциональным проявлениям климактерического периода относят

- 1) приливы
- 2) сердечные кардиопатии
- 3)+ нарушения сна
- 4)+ раздражительность
- 5) головокружение

11. Степень тяжести климактерического синдрома определяется

- 1) по степени нарушения памяти
- 2)+ по количеству приливов
- 3)+ по наличию бессонницы
- 4)+ по степени трудоспособности
- 5) по характеру нарушения менструального цикла

12. 1-й этап лечения климактерического синдрома включает

- 1)+ правильный режим дня и питания
- 2)+ гидротерапию
- 3)+ бальнеотерапию
- 4)+ создание эмоционального покоя
- 5) гормонотерапию

13. В зависимости от клинических проявлений климактерического синдрома комплексная терапия может включать

- 1)+ анодическую гальванизацию головного мозга
- 2)+ воротник по Шербаку
- 3)+ электрофорез новокаина на область верхних шейных симпатических ганглиев
- 4) диадинамические токи
- 5) ультразвук

14. Климактерический синдром

- 1) встречается с частотой 70-80%
- 2) возникает как результат гиперэстрогении
- 3)+ можно отнести к легкой форме при числе приливов до 10 в сутки и ненарушенном общем состоянии
- 4) обычно проходит самостоятельно в течение первых 5 лет постменопаузы
- 5) нередко сопровождается - развитием гирсутизма, гипертрихоза, - снижением тембра голоса

15. Гормональная терапия климактерия включает

- 1)+ сикетин 0.05 * 2 раза в день 20 дней
- 2)+ эстроген-гестагеновые препараты с 16 по 25 день цикла 3-4 месяца при недостаточности эстрогенов
- 3)+ эстроген-гестагеновые препараты с 5 по 25 день цикла при достаточном количестве эстрогенов
- 4) хориогонин 1500 ЕД 1 раз в неделю
- 5) микрофоллин 2-6 таблеток в день 20 дней

16. В климактерическом периоде при появлении остеопороза и мышечной слабости применяют

- 1) седативные средства
- 2)+ амбосекс
- 3)+ микродозы эстроген-гестагеновых препаратов
- 4)+ эстриол в прерывистом режиме
- 5) синестрол по 30 тыс ЕД 10 дней

17. При тяжелых формах климактерического синдрома используют

- 1)+ холинолитики (препараты белладонны)
- 2)+ эстроген-гестагены препараты 1/5 - 1/8 таб. в день прерывистыми курсами
- 3)+ симпатомиметики (резерпин, обзидан)
- 4) чистые эстрогены в постоянном режиме
- 5)+ психотропные средства (ноотропил, аминалон)

Тема 16. Нейроэндокринные синдромы.

1. В патогенезе послеродового эндокринного синдрома основная роль принадлежит

- 1)+ патологии гипоталамических структур
- 2) энзимной недостаточности яичников
- 3) энзимной недостаточности надпочечников
- 4)+ нарушению симпатико-адреналовой системы
- 5) гиперпродукции пролактина

2. Для послеродового эндокринного синдрома характерно наличие

- 1) гипоинсулинемии
- 2)+ дисфункции гипоталамических структур
- 3)+ нарушений липидного обмена
- 4)+ трофических нарушений кожи
- 5)+ гипертензии

3. Для послеродового эндокринного синдрома не характерна

- 1) аменорея
- 2)+ галакторея
- 3) гиперсекреция АКТГ
- 4) гиперпролактинемия
- 5) гиперхолестеринемия

4. Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) проявляется

- 1)+ овариальной гиперандрогенией
- 2)+ ановуляцией
- 3)+ бесплодием
- 4)+ нарушением менструального цикла
- 5) односторонним увеличением яичников

5. Для лечения больных с синдромом поликистозных яичников используют

- 1) даназол
- 2)+ тамоксифен, клостильбегит
- 3)+ диане, ципротерон-ацетат
- 4)+ лапароскопическую термокаутеризацию
- 5)+ билатеральную клиновидную резекцию яичников

6. Развитие синдрома гиперпролактинемической аменореи (СГПА) может быть связано

- 1)+ с длительной стрессовой ситуацией
- 2)+ с длительным приемом психотропных средств
- 3) с длительным приемом антибиотиков
- 4)+ с недостатком тиреоидных гормонов
- 5)+ с опухолью гипофиза

7. Для лечения синдрома гиперпролактинемической аменореи (СГПА) используют

- 1)+ препараты L-Допа
- 2) стероидные контрацептивы
- 3)+ парлодел
- 4) ципротерон-ацетат
- 5) даназол

8. Аменорея, обусловленная опухолью гипофиза, может сопровождаться

- 1)+ цефалгией
- 2)+ битемпоральной гемианопсией
- 3)+ нарушением теплорегуляции
- 4) похуданием
- 5) ожирением

9. Синдром Шихена

- 1) является следствием врожденной аномалии развития гонад
- 2)+ характеризуется гипофункцией эндокринных желез - половых, щитовидной, надпочечников
- 3) проявляется галактореей, олиго- или аменореей
- 4)+ может быть заподозрен по характерному анамнезу - кровотечение или септический шок при родах, абортах
- 5) является показанием к кольпопозу

10. Аденогенитальный синдром

- 1)+ имеет синоним надпочечниковая гиперандрогения
- 2) проявляется гиперменструальным синдромом
- 3)+ может быть причиной невынашивания
- 4)+ необходимо дифференцировать с поликистозными яичниками
- 5)+ лечится глюкокортикоидами

11. Для подтверждения аденогенитального синдрома (АГС) используют

- 1)+ определение уровня тестостерона в крови и 17 кетостероидов в моче
- 2) зондирование матки
- 3) гистеросальпингографию
- 4) лапароскопия
- 5)+ сканирование надпочечников

12. Патогенетическим лечением при аденогенитальном синдроме (АГС) является

- 1) терапия, направленная на нормализацию массы тела
- 2) улучшение мозговой гемодинамики
- 3)+ терапия глюкокортикоидами
- 4) применение вегетотропных средств (беллоида)
- 5) применение небольших доз тиреоидина

13. Для синдрома Шихена характерно наличие

- 1)+ аменореи
- 2)+ похудения
- 3) прибавки в весе
- 4)+ алактрии
- 5) галактореи

14. При подозрении на синдром Рокитанского-Майера-Кюстера следует проводить

- 1)+ ультразвуковое сканирование органов малого таза или пневмопельвиографию
- 2) определение тестостерона в крови
- 3) гистеросальпингографию
- 4)+ лапароскопию
- 5) гистероскопию

15. Для подтверждения синдрома Шерешевского-Тернера проводят

- 1) трансфеноидальную ангиографию
- 2) определение уровня гонадотропных гормонов
- 3) ультразвуковое сканирование органов малого таза или пневмопельвиографию
- 4) гистерографию
- 5)+ исследование хромосомного набора

16. Синдром Рокитанского-Майера-Кюстера является показанием

- 1) для длительной терапии парлоделом
- 2) для демедуляции яичников
- 3) для пластических операций на матке
- 4)+ для кольпопоза
- 5) для оперативного вмешательства на гипофизе

17. Диагностика синдрома Шерешевского-Тернера основана

- 1)+ на характерном внешнем виде больного
- 2)+ на наличии отклонений в хромосомном наборе
- 3) на низких цифрах ЛГ и ФСГ
- 4)+ на высоких цифрах ЛГ и ФСГ
- 5) на отсутствии пороков развития внутренних органов

18. Для синдрома Рокитанского-Майера-Кюстера характерно

- 1) отсутствие яичников
- 2)+ отсутствие матки и влагалища
- 3) наличие мужского кариотипа
- 4)+ сочетание с патологией почек

19. Для постпубертатной формы аденогенитального синдрома характерны

- 1)+ гирсутизм
- 2)+ гипоменструальный синдром
- 3)+ бесплодие
- 4) гиперменструальный синдром
- 5)+ замершие беременности на ранних сроках

20. Аменорея при послеродовом нейроэндокринном синдроме

- 1)+ может сочетаться с гирсутизмом
- 2) относится к периферической форме
- 3) развивается на фоне похудения
- 4) сочетается с понижением выделения АКТГ
- 5)+ сопровождается гипертонией

21. Психогенные аменореи развиваются при повышении продукции

- 1)+ эндорфинов
- 2)+ кортиколиберинов
- 3)+ гормонов коры надпочечников
- 4) ФСГ
- 5) ЛГ

22. Аменорея при послеродовом нейроэндокринном синдроме возникает на фоне
- 1)+ нарушения цирхорального выброса гонадотропинов, в первую очередь ЛГ
 - 2) преимущественного нарушения циркадного ритма продукции пролактина
 - 3)+ нарушения продукции яичниками андрогенов
 - 4) гипокортицизма
 - 5)+ повышения продукции экстрагонадных эстрогенов
23. Периферические варианты патологической аменореи включают
- 1) синдром Штейна-Левентала
 - 2)+ синдром преждевременной атрофии яичников
 - 3)+ синдром Ашермана
 - 4) синдром Шихена
 - 5)+ синдром Рокитанского-Майера-Кюстера
24. Синдром персистирующей аменореи - галактореи
- 1)+ может быть обусловлен опухолью гипофиза
 - 2)+ характеризуется гиперпролактинемией
 - 3)+ протекает с понижением продукции ФСГ и ЛГ
 - 4)+ сочетается с гипотиреозом
 - 5) характеризуется гипокортицизмом
25. Синдром поликистозных яичников характеризуется
- 1) снижением продукции пролактина
 - 2)+ повышением продукции предшественников эстрогена
 - 3)+ развитием гирсутизма
 - 4)+ бесплодием
 - 5)+ снижением числа примордиальных фолликулов
26. Синдром Шихена
- 1) развивается при опухолях гипофиза
 - 2)+ может быть следствием массивной кровопотери в родах
 - 3) характеризуется гиперпролактинемией
 - 4) сопровождается гипертиреозом
 - 5) сопровождается гиперкортицизмом
27. Синдром Шихена
- 1) обычно развивается в результате некроза 5% тканей гипофиза
 - 2)+ характеризуется агалактией
 - 3) характеризуется гипергликемией
 - 4)+ характеризуется гипотиреозом
 - 5) характеризуется гиперкортицизмом
28. Синдром Шихена
- 1) часто функционального происхождения
 - 2)+ характеризуется гипотиреозом
 - 3)+ характеризуется гипокортицизмом
 - 4) галактореей
 - 5) повышением продукции ЛГ и ФСГ

29. Обследование по поводу аменореи включает

- 1) кольпоскопию
- 2)+ определение пролактина
- 3)+ исследование цветных полей зрения
- 4)+ рентгенографию турецкого седла
- 5)+ определение кортизола в крови

30. При аменорее, вызванной недостаточностью функции центральных структур, рекомендуется лечение, которое может включать

- 1) парлодел
- 2) дифенин
- 3)+ кломифен
- 4)+ фолиевую кислоту + глютаминовую кислоту и витамины С + Е по циклу
- 5)+ пергонал

31. При гиперпролактинемии применяется

- 1) дифенин
- 2) пергонал
- 3) кломифен
- 4)+ парлодел
- 5) даназол

Тема 17. Аномалии положения половых органов.

1. Важнейшая роль в формировании опущения и выпадения стенок влагалища и матки принадлежит травматическим повреждениям
 - 1) слизистой влагалища
 - 2) широких связок матки
 - 3) крестцово-маточных связок
 - 4) круглых маточных связок
 - 5)+ мышц тазового дна
2. Выпадение матки
 - 1) не встречается у нерожавших женщин
 - 2) может быть связана с сидячим образом жизни
 - 3) считается полным, если шейка матки выходит за пределы половой щели
 - 4)+ может осложняться развитием декубитальных язв
 - 5) является показанием к операции Эммета
3. <Операцией выбора> при неполном выпадении матки и элонгации шейки матки у женщин репродуктивного возраста является
 - 1) влагалищная экстирпация матки
 - 2)+ манчестерская операция
 - 3) ампутация шейки матки
 - 4) вентросуспензия матки
 - 5) срединная кольпография
4. Впервые охарактеризовал выпадение матки как генитальную грыжу
 - 1)+ Д.О.Отт
 - 2) Л.Л.Окинчиц
 - 3) Г.Г.Гентер
 - 4) В.Ф.Снегирев
 - 5) Т.Кохера
5. Ретродевиация матки
 - 1)+ встречается при инфантилизме
 - 2)+ может быть следствием воспалительного процесса
 - 3) очень редко не имеет никаких симптомов
 - 4)+ считается одним из предрасполагающих факторов выпадения матки
 - 5)+ может быть причиной альгоменорреи
6. В ходе манчестерской операции производится
 - 1)+ передняя и задняя кольпография с леваторопластикой
 - 2) укорочение круглых маточных связок
 - 3)+ ампутация шейки матки
 - 4)+ укорочение кардинальных связок
 - 5) экстирпация матки
7. К подвешивающему аппарату матки не относятся
 - 1) собственные связки яичников
 - 2) круглые маточные связки
 - 3) широкие маточные связки
 - 4) подвешивающие связки яичников
 - 5)+ крестцово-маточные связки

Table of Contents

Тема 1. Регуляция менструального цикла.	2
Тема 2. Дисфункциональные маточные кровотечения.	5
Тема 3. Аменорея.	8
Тема 4. Воспалительные заболевания женской половой сферы.	9
Тема 5. Воспалительные заболевания. Гонорея. Туберкулез.	12
Тема 6. Внематочная беременность.	15
Тема 7. Миома матки.	18
Тема 8. Рак шейки матки.	21
Тема 9. Рак тела матки.	24
Тема 10. Трофобластическая болезнь.	27
Тема 11. Эндометриоз.	30
Тема 12. Опухоли яичника I.	33
Тема 13. Опухоли яичника II.	36
Тема 14. Бесплодный брак.	41
Тема 15. Климактерический период.	43
Тема 16. Нейроэндокринные синдромы.	46
Тема 17. Аномалии положения половых органов.	51