

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Ивановский научно-исследовательский институт материнства
и детства имени В.Н.Городкова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии, неонатологии,
анестезиологии и реаниматологии

«УТВЕРЖДАЮ»

директор ФГБУ «Ив НИИ Мид
им. В.Н. Городкова» Минздрава России

д.м.н., проф. *Мальш* Мальшкіна А.И.

« » 2021 г.

Протокол Ученого Совета

№ 4 от 29 марта 2021 г.



РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации
« Доброкачественные пролиферативные заболевания в гинекологии (с
использованием дистанционных образовательных технологий)» по специальности
«Акушерство и гинекология»
(36 ч.)

Иваново 2021

СОГЛАСОВАНО

ДПП рассмотрена на заседании кафедры: протокол № 12 от 24.03.2021.

Разработчики рабочей программы: д.м.н., зав. кафедрой Панова И.А., д.м.н., Красильникова А.К., к.м.н., ассистент Абдуллаева Л.Х.

ДПП рассмотрена и утверждена на заседании методической комиссии института: от 26.03.2021, протокол № 7

Разработчики рабочей программы: д.м.н., зав. кафедрой Панова И.А., д.м.н., Красильникова А.К., к.м.н., ассистент Абдуллаева Л.Х.

Рецензия дана зав. кафедрой акушерства и гинекологии ИПО ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, к.м.н., доцентом Синецким С.Н. «16» 03 2021 г. (прилагается)

Рецензия дана главным научным сотрудником отдела акушерства и гинекологии ФГБУ «Ив НИИ Мид имени В.Н.Городкова» Минздрава России, д.м.н., проф. Борзовой Н.Ю. «17» 03 2021 г. (прилагается)

Рабочая программа утверждена на заседании Ученого Совета института «25» марта 20 г. (протокол № 4)

Сведения о переутверждении рабочей программы

Рабочая программа переутверждена на 20__/___ год на заседании кафедры
протокол от _____ 20__ № _____
с изменениями/без изменений протокол изменений на 20__/___ год
Заведующий кафедрой _____

Рабочая программа переутверждена на 20__/___ год на заседании кафедры
протокол от _____ 20__ № _____
с изменениями/без изменений протокол изменений на 20__/___ год
Заведующий кафедрой _____

Рабочая программа переутверждена на 20__/___ год на заседании кафедры
протокол от _____ 20__ № _____
с изменениями/без изменений протокол изменений на 20__/___ год
Заведующий кафедрой _____

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Общие положения.....	5
1.1 Нормативные и методические документы ДПП.....	5
1.2. Цель реализации ДПП.....	6
2. Планируемые результаты освоения ДПП.....	7
3. Учебный план.....	7
4. Рабочая программа дисциплины.....	8
5. Учебно-методическое и информационное обеспечение программы	8
6. Материально-технические условия реализации ДПП.....	9
7. Требования к итоговой аттестации.....	9
8. Кадровые условия реализации ДПП.....	10
9. Календарный учебный график ДПП.....	12

1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1 НОРМАТИВНЫЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ ДОКУМЕНТЫ ДПП

- ФЗ РФ от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».
- ФЗ РФ от 21.11.2011 № 323 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
- Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 01.07.2013 №499 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам».
- Приказ Минздрава России от 07.10.2015 №700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование».
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.11.2012 № 982н «Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста».
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.08.2015 № 599н «Об организации внедрения в подведомственных Министерству здравоохранения РФ образовательных и научных организаций подготовки медицинских работников по дополнительным профессиональным программам с применением образовательного сертификата»;
- Письмо Минобрнауки России от 22.04.2015 № ВК-1032/06 «О направлении методических рекомендаций» (вместе с «Методическими рекомендациями-разъяснениями по разработке дополнительных профессиональных программ на основе профессиональных стандартов»);
- ФГОС ВО подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология от 25.12.2014.

1.2 ЦЕЛЬ РЕАЛИЗАЦИИ ДПП

Цель программы повышения квалификации - совершенствование универсальных и профессиональных компетенций, необходимых для профессиональной деятельности врача акушера-гинеколога, повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации по вопросам оказания помощи женщинам с пролиферативными заболеваниями.

2 ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ

Профессиональные компетенции (ПК) характеризуются:

- готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- готовностью к ведению, родовспоможению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании акушерско-гинекологической медицинской помощи (ПК-6);

В результате прохождения цикла (модуля) обучающийся должен:

1) Знать: ПК-1, ПК-5, ПК-6

1. анатомо-физиологические и индивидуальные особенности строения и развития гинекологических пациентов.
2. теоретические аспекты пролиферативных заболеваний в гинекологии (лейомиома матки, генитальный эндометриоз, аденомиоз, гиперплазия эндометрия, доброкачественная дисплазия молочной железы): этиологию, патогенез, клиническую симптоматику и особенности течения.
3. современные методы диагностики, лечения пролиферативных заболеваний в гинекологии, основы оказания амбулаторной и стационарной помощи женщинам при пролиферативных заболеваниях в гинекологии, основы организации маршрутизации женщин с пролиферативными заболеваниями;
4. клинические рекомендации (протоколы) лечения, стандарт медицинской помощи гинекологических пациентов с пролиферативными заболеваниями;
5. клиническую картину, функциональную и лабораторную диагностику синдромов.

2) Уметь: ПК-1, ПК-5, ПК-6

1. интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов с заболеваниями (состояниями), требующими оказания медицинской помощи;
2. оценивать тяжесть состояния гинекологических пациентов, устанавливая ведущие синдромы и предварительный диагноз;
3. осматривать и обследовать гинекологических пациентов с заболеваниями, требующими оказания медицинской помощи;
4. проводить функциональное обследование гинекологических пациентов с пролиферативными заболеваниями матки и молочных желез;
5. разработать план лечения гинекологических пациентов с пролиферативными заболеваниями в соответствии с действующими клиническими рекомендациями по вопросам оказания помощи;
6. определение медицинских показаний и противопоказаний для медицинских вмешательств;
7. оценивать результаты медицинских вмешательств;
8. определить показания к медицинской эвакуации пациентов с гинекологической патологией в профильную медицинскую организацию.

3) Владеть: ПК-5, ПК-6

1. методикой сбора жалоб, анамнеза жизни у пациенток с гинекологической патологией;
2. методикой осмотра и обследования гинекологических пациентов;
3. методикой функционального обследования пациентов;
4. методикой разработки плана лечения при пролиферативных заболеваниях с учетом диагноза, возраста, клинической картины, в соответствии и действующими клиническими рекомендациями;

5. методикой оценки результатов медицинских вмешательств у гинекологических пациентов.

3 СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ

УЧЕБНЫЙ ПЛАН

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации «Доброкачественные пролиферативные заболевания в гинекологии (с использованием дистанционных образовательных технологий)» по специальности «Акушерство и гинекология»

Цель ДПП: совершенствование универсальных и профессиональных компетенций, необходимых для профессиональной деятельности врача акушера-гинеколога, повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации по вопросам оказания помощи женщинам с пролиферативными заболеваниями.

Задачи ДПП: дать основные знания, умения, навыки диагностики, лечения и реабилитации при пролиферативных заболеваниях в гинекологии (лейомиомы матки, генитального эндометриоза, аденомиоза, гиперплазии эндометрия, доброкачественной дисплазии молочной железы).

Категория обучающихся - врачи акушеры-гинекологи.

Трудоемкость и срок освоения - 36 часов.

Форма обучения – очная.

Наименование модуля	Всего час.	Учебные занятия, час.			Форма контроля (текущий контроль, промежуточная аттестация)
		Л	СЗ, ПЗ	ДОМ	
Пролиферативные заболевания в гинекологии	34	10	16	8	
Всего	34 ч	10	16	8	
Итоговая аттестация	2 ч.	Тестовый контроль			
ИТОГО	36 ч.				

4 УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ПЛАН ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

Наименование дисциплины	разделов	Всего час.	Учебные занятия, час.			Форма контроля (текущий контроль, промежуточная аттестация)	Формируемые компетенции
			Л	СЗ, ПЗ	ДОМ		

1. Проллиферативные заболевания в гинекологии. Понятие, классификация, патогенез. Основные методы обследования.	2	1	1	-	Текущий контроль	ПК-1, ПК-5, ПК-6
2. Лейомиома матки. 2.1. Факторы риска. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника, диагностика. 2.2 Тактика ведения. Консервативное лечение. Виды оперативного лечения.	6	2	3	1	Текущий контроль	ПК-1, ПК-5, ПК-6
3. Гиперпластические процессы эндометрия. Этиология. Патогенез. Клиника, диагностика. Тактика ведения. Виды оперативного лечения.	6	2	2	2	Текущий контроль	ПК-1, ПК-5, ПК-6,
4. Генитальный эндометриоз. Этиология. Патогенез. Клиника, диагностика. Тактика ведения. Виды оперативного лечения.	6	1	3	2	Текущий контроль	ПК-1, ПК-5, ПК-6,
5. Внутренний эндометриоз (аденомиоз). Этиология. Патогенез. Клиника, диагностика. Тактика ведения. Виды оперативного лечения.	6	1	3	2	Текущий контроль	ПК-5, ПК-6
6. Доброкачественная дисплазия молочной железы. 6.1.Определение, Этиология. Эпидемиология. Классификация. 6.2.Клиника. Диагностика. Маршрутизация. Лечение	6	2	3	1	Текущий контроль	ПК-5, ПК-6
7. Проллиферативные процессы как причина бесплодия	2	1	1	-	Текущий контроль	ПК-1, ПК-5, ПК-6
Всего	34 ч.	10	16	8		
Итоговая аттестация	2 ч.	Тестовый контроль				
ИТОГО	36 ч.					

5 УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОГРАММЫ

Основная литература:

1. Миома матки. Клинические рекомендации. – М., 2020. – 48 с.
2. Эндометриоз. Клинические рекомендации. – М., 2020. – 60 с.
3. Доброкачественная дисплазия молочной железы. Клинические рекомендации. – М., 2020. – 77 с.

4. Приказ Минздрава России от 20.10.2020 N 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2020 N 60869)
5. Гинекология: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 1008 с.

Дополнительная литература:

1. Буянова, С.Н. Биологическая роль, терапевтический потенциал фитофлаваноидов, витамина D в лечении больных с миомой матки и другие перспективные фармакологические направления / С.Н. Буянова, Н.А. Щукина, Е.Л. Бабунашвили // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2018. – Т. 18, № 5. – С. 36–42.
2. Доброхотова, Ю. Э. Миома матки / Ю. Э. Доброхотова, Д. М. Ибрагимова, Л. В. Сапрыкина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 96 с.
3. Доброхотова, Ю.Э. Миома матки. Безоперационное лечение / Ю.Э. Доброхотова, И.Ю. Ильина, И.Ю. Гончаров // РМЖ. Мать и дитя. – 2018. – № 2(1). – С. 3–6.
4. Иммунные механизмы быстрого роста миомы матки / А.И. Малышкина, Н.Ю. Сотникова, Ю.С. Анциферова, А.К. Красильникова. – Иваново: ОАО «Изд-во «Иваново», 2010. – 272 с.
5. Алехина А.Г., Блесманович А.Е., Петров Ю.А. Бесплодие при эндометриозной болезни // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – № 4.;
6. Доцанова А. Диагностика и лечение генитального эндометриоза / Доцанова А., Тулетова А. // Практические рекомендации, 2014г.
7. Качалина, Т. С Онкологические аспекты эндометриоза гениталий /Т. С. Качалина, А. Н. Зиновьев, М. С. Зиновьева, М. Е. Богатова// Лечащий врач, 2017-05-17 <https://www.lvrach.ru/2017/05/15436729/>
8. Ковалева М. М. Хирургическое лечение эндометриоза (обзор литературы) / М. М. Ковалева. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2019. — № 4 (242). — С. 124-126. — URL: <https://moluch.ru/archive/242/56060/> (дата обращения: 09.06.2020).
9. Меджидова, А.М. Актуальные вопросы диагностики и лечения бесплодия у женщин с внутренним генитальным эндометриозом / А.М.Меджидова, А.Э.Эседова // Исследования и практика в медицине 2017, т.4, №4, с. 89-98 DOI: 10.17709/2409-2231-2017-4-4.
10. Адамян, Л.В. Сочетанные доброкачественные опухоли и гиперпластические процессы матки. Клинические рекомендации по ведению больных / Л. В. Адамян. – М.: – 2015. – 92 с.
11. Андреева, Ю.Ю. Опухоли тела и шейки матки. Морфологическая диагностика и генетика / Ю. Ю. Андреева, Г. А. Франк. - М.: Практическая медицина, 2015. - 304 с.
12. Казачков, Е.П. Патоморфология метаплазии, гиперплазии и предраковых состояний эндометрия / Е.П. Казачков, Е.Е. Воропаева, Э.А. Казачкова - Челябинск.: - 2014; 54.

				звание			ской работы
1.	Пролиферативные заболевания в гинекологии. Основные методы обследования.	Красильникова Ангелина Ксенофоновна	Доцент кафедры	Д.м.н.	совместительство	Акушерство и гинекология	
2	Лейомиома матки	Красильникова Ангелина Ксенофоновна	Доцент кафедры	Д.м.н.	совместительство	Акушерство и гинекология	
		Абдуллаева Лейла Хосровна	Ассистент кафедры	К.м.н.	основная	Акушерство и гинекология	
3	Генитальный эндометриоз (забор биоматериала на микроскопическое и онкоцитологическое исследование)	Абдуллаева Лейла Хосровна	Ассистент кафедры	К.м.н.	основная	Акушерство и гинекология	
4	Внутренний эндометриоз (постановка ВМС «Мирена»)	Красильникова Ангелина Ксенофоновна	Доцент кафедры	Д.м.н.	совместительство	Акушерство и гинекология	
5	Гиперплазия эндометрия (пайпель-биопсия, выскабливание п/м)	Красильникова Ангелина Ксенофоновна	Доцент кафедры	Д.м.н.	совместительство	Акушерство и гинекология	
		Абдуллаева Лейла Хосровна	Ассистент кафедры	К.м.н.	основная	Акушерство и гинекология	
6	Доброкачественная дисплазия молочной железы (осмотр и пальпация молочной железы)	Абдуллаева Лейла Хосровна	Ассистент кафедры	К.м.н.	основная	Акушерство и гинекология	
7	Пролиферативные процессы как причина	Красильникова Ангелина	Доцент кафедры	Д.м.н.	совместительство	Акушерство и гинекология	

	бесплодия	Ксенофонтовна					
--	-----------	---------------	--	--	--	--	--

9 КАЛЕНДАРНЫЙ УЧЕБНЫЙ ГРАФИК ДПП

Вид занятий	Количество часов	Наименование разделов
1-й учебный день		
Л(2), ПЗ (2), ДОМ (4)	8	<ol style="list-style-type: none"> 1. Проллиферативные заболевания в гинекологии. Основные методы обследования. 2. Лейомиома матки. Клиника, диагностика, лечение. 3. Просмотр учебного фильма: «Лапароскопическая миомэктомия» 4. Разбор клинических случаев.
2-й учебный день		
Л(2), ПЗ (2), ДОМ (3)	6	<ol style="list-style-type: none"> 1. Генитальный эндометриоз. Патогенез, клиника, диагностика, лечение. Эндометриоз и бесплодие. 2. Забор биоматериала на микроскопическое и онкоцитологическое исследование. 3. Разбор клинических случаев.
3-й учебный день		
Л(1), ПЗ (2), ДОМ (3)	6	<ol style="list-style-type: none"> 1. Внутренний эндометриоз. Клиника, диагностик, современные подходы к лечению. 2. Постановка ВМС (Мирена). 3. Разбор клинических случаев.
4-й учебный день		
Л(2), ПЗ (2), ДОМ (3)	8	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гиперплазия эндометрия. Клиника, диагностика, лечение. 2. Пайпель-биопсия, выскабливание п/м. 3. Разбор клинических случаев. 4. Проллиферативные процессы как причина бесплодия.
5-й учебный день		
Л(1), ПЗ (2), ДОМ (3)	6	<ol style="list-style-type: none"> 1. Доброкачественная дисплазия молочной железы. Диагностика, лечение, профилактика, реабилитация. 2. Осмотр и пальпация молочных желез. Забор патологического

		отделяемого из молочных желез.
ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ	2	
ИТОГО	36	

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Ивановский научно-исследовательский институт материнства
и детства имени В.Н.Городкова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра акушерства и гинекологии, неонатологии,
анестезиологии и реаниматологии**

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫЦИКЛА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
«Доброкачественные пролиферативные заболевания в гинекологии»
(срок освоения ДПП – 36 академических часов)**

Утвержден на заседании кафедры протокол № _____ от _____

Разработчик доцент кафедры, к.м.н.

Заведующий кафедрой Д.м.н. Панова И.А.

1. Эндометриоз матки (аденомиоз).

1.	Термин «аденомиоз» применяется (УК-1)	а. во всех случаях эндометриоза независимо от локализации б. при разрастании эндометриодной ткани во внутреннем слое матки в. при эндометриозе сопровождающемся образованием кист г. только при ретроцервикальном эндометриозе д. при эндометриозе с гиперплазией мышечной ткани	б
2	При аденомиозе происходит (УК-1)	а. образование в миометрии плотных узлов с капсулой б. уменьшение размеров матки накануне менструации в. увеличение размеров матки накануне менструации г. гипоплазия эндометрия	в
3	Факторами риска по развитию аденокарциномы в очагах внутреннего эндометриоза является (ПК-1)	а. ожирение, сахарный диабет б. пиелонефрит в. гастрит г. сальпингоофарит	а
4	Эндометриозом называется (УК-1)	а. дисгормональная гиперплазия эктопированного эндометрия б. опухолевидный процесс в. доброкачественное разрастание ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию г. увеличение матки д. поражение шейки матки	в
5	Выраженность дисменореи при аденомиозе зависит от (УК-1)	а. возраста женщин б. распространенности эндометриоза в. наличия сопутствующей патологии г. выраженности спаечного процесса д. количества родов в анамнезе	б
6	Внутренний генитальный эндометриоз называется (УК-1)	а. аденомиоз б. эндометриоз в. эндометрит г. эндофиброз	а
7	При аденомиозе чаще встречается (УК-1)	а. диффузная форма б. очаговая форма в. узловатая форма г. эритематозная форма д. буллезная форма	а
8	Наиболее эффективным методом лечения эндометриоза матки II ст. является (ПК-6)	а. золадекс 1 инъекция в 28 дней в течение 6 мес. б. оперативное лечение в. норколут по 5 мг в день с 16-го по 25-й дни менструального цикла в течение 6 мес. г. фемоден по контрацептивной схеме в течение 6 мес. д. гестринон по 1 капсуле 2 раза в неделю в течение 6 мес.	а
9	Лечение больных с аденомиозом III ст. и бесплодием включает (ПК-6)	а. антибиотикотерапию б. биостимуляторы в. гормонотерапию г. применение анальгетиков	в
10	При внутреннем генитальном эндометриозе процесс локализуется в (УК-1)	а. яичниках б. трубах в. серозной поверхности прямой и сигмовидной кишки г. связочном аппарате матки д. матке	д
11	Внутренний генитальный эндометриоз характеризуется (УК-1)	а. развитием массивного спаечного процесса б. образованием крупных кист (до 5-6 см) в. атрофией мышечных волокон, окружающих очаг эндометриоза г. нарушением менструального цикла, болевым	г

		синдромом, бесплодием	
12	Для диагностики внутреннего эндометриоза наиболее информативным методом является (ПК-5)	а. гистеросальпингография б. трансвагинальное УЗИ в. гистероскопия г. лапароскопия	б
13	Эндометриоз тела матки следует дифференцировать (УК-1)	а. с раком эндометрия б. с полипозом эндометрия в. с беременностью г. с опухолью яичника д. с дисфункциональным маточным кровотечением	а
14	Укажите характерные эхографические признаки узловой формы аденомиоза: (УК-1)	а. появление в стенке матки зоны повышенной эхогенности округлой или овальной формы без капсулы б. наличие в зоне повышенной эхогенности эхонегативных включений небольших размеров в. ровные и не всегда четкие контуры образования г. наличие капсулы в узле	а
15	Ультразвуковыми критериями внутреннего эндометриоза является: (УК-1)	а. преимущественное увеличение передне-заднего размера матки, округлая форма тела матки б. неодинаковое утолщение стенок миометрия в. неодинаковая «ячеистая» структура миометрия г. наличие узловых образований без капсулы в миометрии	а
16	Наиболее благоприятным сроком для диагностики аденомиоза с помощью гистероскопии является (ПК-5)	а. за 2-3 дня до менструации б. на 14-15-й день менструального цикла в. на 18-20-й день менструального цикла г. на 6-7-й день цикла (сразу после окончания менструации)	г
17	Препаратами для гормональной терапии аденомиоза являются все ниже перечисленные, кроме: (УК-1)	а. Эстроген-гестагены. б. Прогестины. в. Глюкокортикоиды. г. Агонисты рилизинг-гормонов.	в
18	Выраженность дисменореи при внутреннем эндометриозе матки зависит: (УК-1)	а) от распространения эндометриоза б) от возраста женщины в) от наличия сопутствующей экстрагенитальной патологии г) все перечисленное	а
19	Характерные особенности, присущие внутреннему генитальному эндометриозу: (ПК-5)	а. развитие массивного спаечного процесса в малом тазу б. образование крупных кист (до 5-6 см в диаметре) в. атрофия мышечных волокон, окружающих очаги эндометриоза г. отсутствие нарушений менструального цикла д. болезненные менструации	д
20	Самым частым проявлением болевого синдрома при эндометриозе является: (ПК-5)	а. хроническая тазовая боль б. дисменорея в. диспареуния г. дисхезия д. болезненность при влагалищном исследовании	б
21	Для верификации диагноза «эндометриоз» чаще всего используется следующий онкомаркер: (УК-1)	а. Са-125 б. Са-19.9 в. αФП г. РЭА	а
22	Препаратами для гормонального лечения аденомиоза I линии терапии на сегодняшний день являются: (ПК-6)	а. ГК б. КОК в. прогестины г. агонисты Гн-РГ	в
23	Когда, как правило, появляются боли у больных с аденомиозом? (УК-1)	а. За 1-2 дня до и во время менструации б. Во 2-й фазе менструального цикла в. После окончания менструации г. Во время овуляции д. В 1-й фазе менструального цикла	а

24	С каким заболеванием половых органов чаще всего сочетается внутренний эндометриоз? (УК-1)	а. Киста яичника б. лейомиома матки в. Аденокарцинома матки г. Хронический сальпингоофорит д. Порок развития матки	б
25	Для клиники аденомиоза не характерно (ПК-5)	а. меноррагия б. дисменорея в. хронические тазовые боли г. бесплодие д. гнойные выделения из половых путей	д
26	Влияние внутреннего эндометриоза тела матки на течение беременности, родов и послеродового периода (УК-1)	а. повышается частота самопроизвольных аборт и преждевременных родов б. более часто развивается послеродовый мастит в. более часто развивается отслойка плаценты г. может явиться причиной разрыва шейки матки в родах д. может явиться причиной разрыва матки в родах	а
27	Оптимальная длительность лечения больных агонистами гонадолиберина составляет: (ПК-5, ПК-6)	а. 3 месяца б. 5 месяцев в. 6 месяцев г. 9 месяцев д. 1 год	в
28	Для аденомиоза характерно все перечисленное, кроме: (ПК-5)	а. гиперплазии мышечной ткани матки б. равномерного увеличения размеров матки накануне менструации в. неравномерного увеличения размеров матки накануне менструации г. образования в миометрии плотных узлов, окруженных капсулой д. распространения эндометриозной ткани на всю толщу миометрия	г
29	Факторы риска по развитию аденокарциномы в очагах внутреннего эндометриоза у пациенток в постменопаузе: (ПК-1)	а. ожирение, гипертоническая болезнь, сахарный диабет б. тиреотоксикоз в. Гипотиреоз г. гепатоз	а
30	Врачебная тактика при эндометриозе тела матки: (УК-1)	а. динамическое наблюдение б. в дни менструации - средства, сокращающие матку в. обследование по тестам функциональной диагностики г. корригирующая гормональная терапия д. оперативное лечение	г
2. Наружный эндометриоз			
1.	Причинами развития эндометриоза шейки матки является (ПК-1)	а. аборт, диатермокоагуляция б. кольпоскопия в. биопсия г. двуручное обследование	а
2	Эндометриозную кисту яичника следует дифференцировать с (ПК-5)	а. кистой яичника, воспалительным образованием яичника б. прогрессирующей внематочной беременностью в. апоплексией яичника г. раком яичника	а
3	Показанием к хирургическому лечению при эндометриозе является (ПК-5, ПК-6)	а. неэффективность консервативного лечения б. внутренний эндометриоз тела матки II степени в. спаечный процесс в малом тазу г. гиперплазия эндометрия	а
4	Эндометриоз не является: (УК-1)	а. воспалительным заболеванием б. прогестерон-дефицитным состоянием в. гиперэстрогеновым состоянием г. прогестерон-резистентным состоянием д. состоянием с угнетением апоптоза	б

5	Эндометриоз – это (УК-1)	а. Дисгормональная гиперплазия эктопированного эндометрия б. Опухолевидный процесс в. Доброкачественное разрастание ткани по морфологическим и функциональным свойствам подобный эндометрию г. Все ответы правильно	г
6	Указать наиболее характерный признак наружного генитального эндометриоза: (ПК-5)	а. Метроррагия. б. Приливы. в. Аномальные маточные кровотечения. г. дисменорея. д. Диспареуния.	г
7	Препаратами для гормональной терапии генитального эндометриоза являются все ниже перечисленные, кроме: (ПК-5, ПК-6)	а. Эстроген-гестагены. б. Гестагены. в. Глюкокортикоиды. г. Агонисты рилизинг-гормонов.	в
8	Тактика врача при эндометриодных кистах яичников? (ПК-5, ПК-6)	а. Наблюдение б. Оперативное лечение в. Гормонотерапия г. Физиолечение д. Химиотерапия	б
9	Выраженность альгоменореи при внутреннем эндометриозе матки зависит: (ПК-5)	а) от распространения эндометриоза б) от возраста женщины в) от наличия сопутствующей экстрагенитальной патологии г) все перечисленное	а
10	Для «малых» форм эндометриоза характерно наличие: (ПК-5)	а) сохраненного двухфазного менструального цикла б) болей внизу живота накануне менструации в) бесплодия д) все ответы правильные	д
11	Самым частым проявлением болевого синдрома при эндометриозе является: (ПК-5)	а. хроническая тазовая боль б. дисменорея в. диспареуния г. дисхезия д. болезненность при влагалищном исследовании	б
12	Для дооперационной верификации диагноза «эндометриоз» не используется следующий показатель: (ПК-5)	а. Са-125 б. Са-19.9 в. αФП г. РЭА	в
13	УЗ-диагностика не может быть применена для дооперационной верификации следующей локализации эндометриоза: (УК-1)	а. Ретроцервикальный эндометриоз б. Аденомиоз в. Перитонеальный эндометриоз г. Эндометриодные кисты	в
14	Что не является показанием к назначению гормональной терапии эндометриоза: (ПК-5)	а. Ретроцервикальный эндометриоз б. Распространённый эндометриоз без бесплодия в. Эндометриодная киста г. «малые» формы эндометриоза у женщины с бесплодием	г
15	Радикальным методом лечения эндометриоза является: (ПК-5, ПК-6)	а. медикаментозная кастрация б. хирургическое удаление всех гетеротопий в пределах здоровых тканей в. назначение чистых гестагенов г. применение оральных контрацептивов в циклическом режиме	б
16	Гормональными препаратами I линии терапии в лечении эндометриоза являются: (ПК-5, ПК-6)	а. комбинированные гормональные контрацептивы б. агонисты Гн-РГ в. прогестагены г. Антагонисты гонадотропинов д. ингибиторы ароматазы	в
17	При использовании в лечении эндометриоза агонистов Гн-РГ необходимо профилактировать: (ПК-1, ПК-6)	а. развитие «приливов» б. вагинальной атрофии в. развитие остеопении	в

		г. Гиперпролактинемии	
18	Что не является фактором риска развития эндометриоза: (ПК-1)	а. аномалии развития гениталий б. аборт в. короткий менструальный цикл г. отсутствие беременностей д. дефицит массы тела е. приём КОК ж. европеоидная раса	е
19	Что не является характерной особенностью эндометриоза? (ПК-5)	а. Озлокачествление б. Инфильтрирующий рост в. Не имеет капсулы г. Циклические изменения, сходные с изменениями в эндометрии	а
20	Какой метод применяют для диагностики наружного эндометриоза? (УК-1)	а. УЗИ б. Гистероскопия в. Лапароскопия г. Раздельное диагностическое выскабливание д. ГСГ	в
21	Что является характерной особенностью эндометриоза? (ПК-5)	а. Злокачественное перерождение б. Метастазирование в. Проллиферативный рост г. Инфильтративный рост д. Все перечисленное	г
22	С каким заболеванием чаще всего приходится дифференцировать эндометриоз яичников? (ПК-5)	а. Туберкулез яичников б. Сальпингоофорит в. Миома матки г. Киста яичника д. Киста желтого тела	г
23	Для клиники эндометриоза не характерно (ПК-5)	а. меноррагия б. дисменорея в. бесплодие г. гнойные выделения из половых путей	г
24	При эндометриозе яичников наиболее выраженным клиническим симптомом является (ПК-5)	а. боль б. меноррагия в. Диспареуния г. бели д. головокружение	а
25	Для проведения гормонотерапии у больных эндометриозом можно применять все перечисленные препараты, кроме: (ПК-5, ПК-6)	а. гестагенов б. комбинированных оральных контрацептивов в. агонистов гонадолиберина г. эстрогенов д. антигонадотропинов	г
26	Эндометриоз ректовагинальной клетчатки следует дифференцировать: (УК-1)	а. с раком вульвы б. с раком желудка в. с раком яичников III-IV стадии (распространение в ректовагинальную клетчатку) г. с папилломой влагалища д. миомой матки	в
27	Для диагностики эндометриоза шейки матки применяют методы исследования: (ПК-5)	а. кольпоскопию и прицельную биопсию шейки матки б. гистеросальпигографию в. гистероскопию г. диагностическое выскабливание цервикального канала д. лапароскопию	а
28	Оптимальная длительность лечения больных агонистами гонадолиберина составляет: (ПК-5, ПК-6)	а. 3 месяца б. 5 месяцев в. 6 месяцев г. 9 месяцев д. 1 год	в
29	Для проведения гормональной терапии у больных эндометриозом можно применять: (ПК-5, ПК-6)	а. гестагены б. инсулин в. кортикостероиды	а

		г. эстрогены д. андрогены	
30	Для эндометриоза шейки матки характерно: (ПК-5)	а. мажущие кровянистые выделения за несколько дней до менструации и после нее б. вздутие живота в. боли при половых сношениях г. боли в глубине таза, усиливающиеся в сидячем положении д. бесплодие	а

2. Лейомиома.			
1	Из какой ткани развивается лейомиома матки? (УК-1)	а) Лимфоидная б) Мышечная в) Железистая г) Жировая	б
2	При помощи какого метода проводят дифференциальную диагностику быстрорастущей лейомиомы матки с беременностью? (УК-1)	а) УЗИ б) Анамнез, жалобы в) Базальная температура г) Анализ мочи на β -ХГ д) Всех перечисленных	д
3	Клиника нарушения трофики миоматозного узла (ПК-5)	а) Тахикардия б) Острые боли внизу живота в) Ускоренное СОЭ, лейкоцитоз г) Повышение температуры тела д) Все перечисленное	д
4	Симптомами лейомиомы матки могут быть все перечисленное, кроме: (ПК-5)	а) учащения мочеиспускания; б) запоры и затруднения дефекации; в) гиперполименоррея; г) бесплодие; д) рвота;	д
5	Характер кровотечения у больной с субмукозной лейомиомой матки? (ПК-5)	а) Олигоменорея б) Меноррагия в) Метроррагия г) Полименорея д) Контактное кровотечение	б
6	Показанием для оперативного лечения больных с лейомиомой матки не является. (ПК-5)	а) Размеры миоматозной матки 12 нед. берем. и больше б) Быстрый рост опухоли в) Нарушение менструального цикла по типу меноррагии г) Длительное существование миомы д) Некроз миоматозного узла	г
7	Какой метод является наиболее информативным в диагностике субмукозной лейомиомы матки? (ПК-5)	а) Зондирование матки б) Гистероскопия в) Цитологический метод г) Лапароскопия д) Раздельное диагностическое выскабливание стенок матки	б
8	Показанием к оперативному лечению лейомиомы являются размеры матки более: (ПК-5)	а) 8 недель б) 12 недель в) 24 недель г) 18 недель д) 22 недель.	б
9	Миомэктомия проводится обычно: (УК-1)	а) у больных молодого возраста (репродуктивный период) б) при подбрюшинном расположении узла миомы на ножке в) для сохранения менструальной функции женщины г) для сохранения генеративной функции женщины	а

10	Что не характерно для лейомиомы матки: (УК-1)	а) это доброкачественная, гормональнозависимая опухоль б) злокачественная опухоль в) стромальная опухоль г)исходит из поперечнополосатой мышечной ткани д) часто встречается у женщин позднего репродуктивного периода	б
11	Характерные особенности лейомиомы матки: (УК-1)	а) доброкачественная, гормонально-зависимая опухоль б) наиболее часто встречается в пубертатном и раннем репродуктивном возрасте в) склонна к малигнизации г) злокачественное новообразование д) редко встречающаяся опухоль	а
12	Лейомиому матки необходимо дифференцировать с : (ПК-5)	а) беременностью б) опухолью яичника в) саркомой тела матки г) Пузырным заносом д) Все перечисленное	д
13	К радикальным операциям при лейомиоме матки относятся: (ПК-5, ПК-6)	а) миомэктомия б)надвлагалищная ампутация матки в) эмболизация маточных артерий (ЭМА) г) экстирпация матки	б, г
14	К органосохраняющим операциям при лейомиоме матки относятся: (ПК-5, ПК-6)	а) миомэктомия б)надвлагалищная ампутация матки в) эмболизация маточных артерий (ЭМА) г) экстирпация матки	а, в
15	Лейомиома – это опухоль из: (УК-1)	а) гладкой мускулатуры матки б) поперечно-полосатой мускулатуры в) гладкой мускулатуры желудочно-кишечного тракта г) соединительной ткани д)эндометрия	а
16	К хирургическим методам лечения миомы матки относятся: (ПК-5, ПК-6)	а) Миомэктомия.. б) Субтотальная гистерэктомия. в) Тотальная гистерэктомия. г) Все ответы верны.	г
17	Ведущей жалобой при подслизистой лейомиоме матки будет: (ПК-5)	А) длительные и обильные менструации. Б) коричневые выделения. В) отсутствие менструаций. Г) диспареуния.	а
18	Дифференциальный диагноз рождающегося субмукозного узла проводят с: (ПК-5)	А) Аппендицитом. Б) Абортом в ходу. В) Эндометриозом Г) Все ответы верны.	б
19	АМК по типу ОМК характерны для: (ПК-5)	а) субсерозной формы миомы матки б) субмукозной формы миомы матки в) интралигаментарной формы миомы матки г) множественной интерстициальной формы миомы матки д) низко расположенного единичного узла	б
20	С наступлением периода постменопаузы у больных лейомиомой матки размеры опухоли: (УК-1)	а) уменьшаются б) резко увеличиваются в) не изменяются г) увеличиваются постепенно д) появляются новые узлы	а
21	При лейомиоме матки может наблюдаться нарушение функции: (УК-1)	а) мочевого пузыря и прямой кишки б) тонкого кишечника в) поджелудочной железы г) правой почки д) желудка	а
22	Быстрым ростом считается увеличение размеров	а) менее 1 недели	д

	матки за 1 год: (УК-1)	б) на 1 неделю в) на 2 недели г) на 3 недели д) на 4 недели и более	
23	Показанием к консервативному лечению лейомиомы матки является: (УК-1)	а) субмукозная форма б) некроз миоматозного узла в) величина миомы матки 5 – 6 недель беременности г) подозрение на озлокачествление д) перекрут ножки узла	в
24	Метод оперативного лечения с родившимся субмукозным узлом: (ПК-5, ПК-6)	а) экстирпация матки б) консервативная трансцервикальная миомэктомия в) лапаротомия, суправагинальная ампутация матки г) лапароскопия, консервативная миомэктомия д) лапароскопия, суправагинальная ампутация матки	б
25	Осложнения у больных с субсерозным расположением миоматозного узла: (ПК-5)	а) маточное кровотечение б) эндометрит в) некроз узла г) острый сальпингит д) бесплодие	в
26	Изменениями, связанными с нарушениями питания опухоли в миоматозном узле, являются: (ПК-5)	а. отёк б. некроз в. нагноение г. всё перечисленное верно	г
27	Методы обследования эндометрия в предоперационном периоде у женщин с лейомиомой матки включают: (УК-1)	а. гистеросальпингографию б. гистероскопию в. раздельное диагностическое выскабливание г. взятие аспирата из полости матки на атипические клетки	в
28	Что характерно для лейомиомы матки? (УК-1)	а. это доброкачественная опухоль, исходящая из мышечной оболочки матки; б. склонность к малигнизации; в. наиболее часто встречается в молодом возрасте; г. дает метастазы.	а
29	Показания к хирургическому лечению лейомиомы матки включает все перечисленное, кроме: (ПК-5)	а. гиперменореи с анемией; б. бесплодия в течение одного года; в. увеличения матки до 18-недельного срока беременности; г. быстрого роста миомы.	б
30	Какие гормональные препараты не используются в лечении лейомиомы матки и эндометриоза гениталий? (ПК-5)	а. дексаметазон; б. депо-провера; в. КОКи; г. визанна; д. золадекс.	а

4. Заболевания молочной железы.

1	Функциональная единица молочной железы (ПК-5)	а) долька б) альвеола в) паренхима г) доля	а
2	Инволюция молочной железы происходит в (ПК-5)	а) 25 лет б) 35 лет в) 40 лет г) 30 лет	б
3	В пубертатном периоде, ответственный за рост и развитие протоков и соединительной ткани молочной железы, являются: (ПК-5)	а) прогестерон б) эстрогены в) пролактин г) РГЛГ	б
4	При внутрипротоковой папилломе пациентки предъявляют жалобы на выделения из соска (ПК-5)	а) зеленые б) прозрачные в) молочные г) кровянистые	г

5	Какие гормональные препараты не используют в лечении нераковых заболеваний молочных желез (ПК-5, ПК-6)	а) прогестагены б) эстрогены в) монофазные КОК г) антигонадотропины	б
6	Какой из перечисленных симптомов не является характерным для рака молочной железы? (ПК-5)	а) умбиликация; б) лимонная корка; в) втяжение соска; г) гиперпигментация соска и ареолы; д) изъязвление.	г
7	Какой из дополнительных способов лечения рака молочной железы применяется чаще всего? (ПК-5)	а) овариоэктомия; б) химиотерапия; в) гормонотерапия; г) лучевая терапия; д) пангистрэктомия.	г
8	При пальпации в верхненаружном квадранте правой молочной железы обнаружена болезненная опухоль до 3 см в диаметре, кожа над ней не изменена. Из соска — выделения желтоватого цвета. Подмышечные лимфоузлы слегка увеличены, болезненные. Болезненность и размер опухоли, а также выделения из соска изменяются циклично в течение месяца. Какой предположительный диагноз можно поставить? (ПК-5)	а) внутритротоковая папиллома; б) узловатая форма фиброзно-кистозной мастопатии; в) фиброаденома; г) диффузный рак; д) узловой рак.	б
9	Больная 19 лет обратилась с жалобами на умеренные боли в молочной железе, усиливающиеся в предменструальный период. Обе молочные железы правильной конфигурации, симметричны. Соски и кожный покров не изменены. Пальпаторно в железе определяются бугристые образования, на фоне которых выявляется плотная, с четкими границами опухоль диаметром до 6 см, которая легко смещается в тканях, не связана с кожей и соском. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Диагноз? (ПК-5)	а) фиброаденома на фоне фиброзно-кистозной мастопатии; б) рак молочной железы; в) абсцесс молочной железы; г) липома; д) саркома молочной железы.	а
10	У больной в верхне-наружном квадранте молочной железы определяется одиночный безболезненный узел диаметром 5 см плотной консистенции, хорошо отграниченный от окружающих тканей. Сосок не изменен, выделений нет. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Ваш предварительный диагноз? (ПК-5)	а) фиброаденома молочной железы; б) рак молочной железы; в) мастит; г) узловатая форма мастопатии; д) фиброзно-кистозная форма мастопатии.	а
11	У больной 28 лет в обеих молочных железах диффузно, нечетко пальпируются мелкие очаги уплотнения, которые в предменструальный период становятся болезненными и более плотными. Кожа молочной железы не изменена. Соски правильной формы, выделений нет. Лимфатические узлы - не увеличены. Диагноз? (ПК-5)	а) диффузная двусторонняя фибрознокистозная мастопатия; б) фиброаденома молочной железы; в) инфильтративно-отечная форма рака; г) диффузный двусторонний мастит; д) маститоподобный рак молочной железы.	а
12	Больная 22 лет обратилась с жалобами на повышение температуры до 39°C, боли и припухлость в молочной железе. Две недели назад были роды. Молочная железа отечна, багрово-красного цвета. Пальпаторно - боль, диффузный инфильтрат. В подмышечной области болезненные лимфоузлы. Диагноз? (ПК-5)	а) острый мастит; б) мастопатия диффузная; в) хронический мастит; г) рожеподобный рак; д) узловатая мастопатия.	а
13	У больной с подозрением на фиброаденому молочной железы при микроскопии отделяемого из соска и при исследовании пунктата из опухоли атипичных клеток не обнаружили. Как поступить с больной? (ПК-5, ПК-6)	а) выписать под амбулаторное наблюдение; б) назначить гормональную терапию мегилтестостероном; в) назначить антибиотикотерапию; г) выполнить секторальную резекцию со срочным гистологическим исследованием; д) провести простую мастэктомию.	г
14	Женщина 20 лет обратилась к онкологу с жалобами на наличие опухолевидного образования в левой молочной железе. При ос-мотре в верхнем квадранте - плотная опухоль 2 см в диаметре, симптом «площадки».	а) дуктография; б) маммография; в) пункционная биопсия; г) медиастиноскопия;	в

	периферические лимфоузлы не увеличены. Укажите наиболее достоверный метод исследования? (ПК-5)	д) УЗИ.	
15	Больная 50 лет случайно обнаружила у себя уплотнение в молочной железе. Объективно: железа не увеличена, не изменена окраска кожных покровов. При пальпации опухоль с неровной поверхностью, бугристая, хрящевой плотности. Также отмечается увеличение подмышечных лимфоузлов. Диагноз? (ПК-5)	а) мастит; б) фиброаденома; в) рак; г) фиброзно-кистозная мастопатия; д) актиномикоз.	в
16	В женской консультации при обследовании беременной женщины 30 лет в молочной железе обнаружен опухолевой узел 3 см в поперечнике. Срок беременности 12 недель. После консультации и обследования у онколога выявлен рак молочной железы. Тактика? (ПК-5, ПК-6)	а) срочное прерывание беременности, радикальная мастэктомия по Халstedу; б) сохранение беременности, радикальная мастэктомия по Халstedу; в) сохранение беременности, радикальная мастэктомия по Патею; г) прерывание беременности, химиотерапия цитостатиками, гормонотерапия; д) срочное прерывание беременности, радикальная мастэктомия по Халstedу, послеоперационная лучевая терапия.	а
17	На прием к онкологу обратилась больная 30 лет. Жалобы на болезненные ощущения в обеих молочных железах и очаги уплотнения, которые становятся более плотными за неделю до менструации. При осмотре: кожа молочных желез не изменена, соски правильной формы, выделений нет. Нечетко пальпируются мелкие очаги уплотнения. Подмышечные лимфоузлы не увеличены. Онкологом поставлен диагноз: диффузная двусторонняя фиброзно-кистозная мастопатия. Тактика? (ПК-5)	а) термография и эхография; б) бесконтрастная маммография; в) флюорография молочных желез; г) дуктография. д) диспансерное наблюдение хирурга и гинеколога-эндокринолога.	д
18	У больной 70 лет в молочной железе выявлены большая опухоль с изъязвлением кожи, втягиванием и деформацией соска, множественные увеличенные лимфоузлы в подмышечной области. На рентгенограммах позвоночника отмечена деструкция IV-V поясничных позвонков. Каков диагноз и стадия болезни? (ПК-5)	а) 4 стадия рака молочной железы; б) 1 стадия рака молочной железы; в) 2б стадия рака; г) 3 стадия рака; д) рак Педжета.	а
19	У больной 71 года при обследовании в поликлинике обнаружено узловое образование в верхне-наружном квадранте молочной железы. Произведена маммография: опухоль до 1 см в диаметре с тяжами, идущими радиарно, и микрокальцинатами до 3 мм в диаметре. Произведено цитологическое исследование пунктата. Заключение - мастопатия. Через месяц при повторном исследовании - тождественные результаты. План обследования и лечение? (ПК-5)	а) секторальная резекция со срочной биопсией и дальнейшим решением вопроса о лечении, исходя из результатов; б) радикальная мастэктомия; в) радикальная мастэктомия с предоперационной регионарной артериальной химиотерапией; г) простая мастэктомия с послеоперационным лучевым лечением; д) предоперационная лучевая терапия с последующим хирургическим лечением - радикальной мастэктомией.	а
20	У больной 71 года при обследовании в поликлинике обнаружено узловое образование в верхне-наружном квадранте молочной железы. Произведена маммография: опухоль до 1 см в диаметре с тяжами, идущими радиарно, и микрокальцинатами до 3 мм в диаметре. Произведено цитологическое исследование пунктата. Заключение - мастопатия. Через месяц при повторном исследовании - тождественные результаты. Что делать, если у этой больной при срочной биопсии на секторальной резекции рак не подтвердился? (ПК-5, ПК-6)	а) настойчиво исследовать гистологический материал в поисках злокачественной опухоли, попутно готовя больную к радикальному лечению; б) выписать больную под наблюдение онколога; в) выполнить радикальную мастэктомию; г) в плановом порядке дообследовать с использованием всех методов для выявления злокачественной опухоли или ее метастазов (УЗИ, аксиллограммы, изотопный метод, лимфограммы); д) выполнить простую мастэктомию.	б
21	В поликлинику обратилась женщина с жалобами на наличие плотного узла в верхне-наружном квадранте правой молочной железы. Какое из перечисленных	а) дуктография; б) маммография; в) пункционная биопсия;	в

	исследований Вы бы назначили для диагностики заболевания?	г) лимфография; д) термография молочной железы.	
22	Во время диспансерного осмотра у девушки 22 лет в верхненаружном квадранте молочной железы обнаружен узел плотной консистенции с гладкой поверхностью размером 2х2 см, легко смещаемый, отграниченный от окружающей ткани. Симптом Кенига положительный. Какое заболевание можно предположить, если периферические лимфоузлы пальпаторно не изменены? (ПК-5)	а) липома; б) фиброаденома; в) узловая мастопатия; г) саркома молочной железы; д) рак молочной железы.	б
23	Методом морфологической верификации злокачественного новообразования является: (ПК-5)	а) рентгеноскопия б) биопсия опухоли в) УЗИ г) компьютерное обследование д) термография	б
24	При фиброаденоме молочной железы показана: (ПК-5)	а) простая мастэктомия б) ампутация молочной железы в) секторальная резекция г) радикальная мастэктомия д) лучевая терапия	в
25	При выявлении микрокальцинатов при маммографии рекомендуется: (ПК-5)	а) динамическое наблюдение б) секторальная резекция со срочным гистологическим исследованием в) пункционная биопсия г) ультразвуковая диагностика д) в наблюдении не нуждается	б
26	Основным методом скрининга рака молочной железы является: (ПК-5)	а) маммография б) пальпация молочной железы в) УЗИ молочных желез г) морфологический д) термография	а
27	При 1 стадии рака молочной железы проводится лечение: (ПК-6)	а) лучевое б) хирургическое в) комплексное г) химиотерапевтическое д) комбинированное	б
28	Для молочной железы не являются регионарными: (ПК-5)	а) подмышечные б) парастеральные в) подключичные г) лимфоузлы противоположной стороны д) все перечисленные лимфоузлы являются регионарными	г
29	В положении лежа опухоль молочной железы исчезает при симптоме: (ПК-5)	а) умбиликации б) Кенига в) Пайра г) Прибрама д) «лимонной корки»	б
30	Дифференциальный диагноз рака молочной железы проводят: (ПК-5)	а) с фиброаденомой б) с кистами в) с мастопатией г) с липомой д) со всеми перечисленными	д

5. Гиперплазия эндометрия

1	Показанием для хирургического лечения гиперпластических процессов эндометрия относятся: (ПК-5)	а) Рецидивирующие ГПЭ на фоне метаболических нарушений. б) Атипические ГПЭ. в) Атипические ГПЭ у больных старше 50 лет. г) Все ответы верны. д) Все ответы неверны.	д
2	Для клинической картины ГПЭ характерны:	а) аномальные маточные кровотечения.	а

	(ПК-5)	б) Отсутствие менструаций. в) Тянущие боли внизу живота, в середине менструального цикла. г) Гнойные выделения из половых путей.	
3	При гиперплазии эндометрия маточные кровотечения возникают в связи с тем, что: (УК-1)	а. на фоне гиперэстрогении непропорционально развиваются элементы гистииона — преобладает железистый компонент над стромальным б. толщина эндометрия увеличивается в. гормональные нарушения, вызвавшие гиперплазию эндометрия, способствуют частичному отторжению последнего г. возникает деформация полости матки	в
4	Гормональный гемостаз эффективен при... (УК-1)	а. неполноценной секреторной трансформации эндометрия б. остатках плодного яйца в полости матки в. железистой гиперплазии эндометрия г. миоме матки с подслизистым расположением узла	в
5	Гормональный гемостаз комбинацией эстрогенов и гестагенов не используется: (УК-1)	а. для быстрой остановки маточного кровотечения б. при атрезии фолликулов в. кровотечение отмены не бывает слишком сильным г. при наличии у больных ТЭЛА в анамнезе	г
6	Для патогенетической терапии гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста используют: (ПК-6)	а. эстроген-гестагенные препараты б. антигонадотропные препараты в. гестагены во 2-ю фазу г. андрогены	а
7	УЗИ критериями диагностики гиперплазии эндометрия у женщин репродуктивного возраста являются: (ПК-5)	а. овоидная форма эндометрия б. М-эхо больше 15 мм в I фазу менструального цикла в. наружные контуры М-эхо четкие, ровные г. неоднородная структура	б
8	Фоновыми заболеваниями эндометрия являются: (ПК-5)	а. железистая гиперплазия б. эндометриальный полип в. железисто-кистозная гиперплазия г. атипическая гиперплазия	в
9	Риск малигнизации атипической гиперплазии эндометрия наиболее высок в: (УК-1)	а. репродуктивном периоде б. периоде пременопаузы в. ювенильном периоде г. периоде постменопаузы	б
10	К предраку эндометрия относится: (ПК-5)	а. аденоматоз и аденоматозный полип эндометрия б. железистая гиперплазия эндометрия в сочетании с гипоталамическими и нейроэндокриннообменными нарушениями в. рецидивирующая гиперплазия эндометрия в препостменопаузе г. всё перечисленное верно	г
11	Рецидивирующая железистая гиперплазия эндометрия в период постменопаузы является: (УК-1)	а. опухолью б. индуцированной особенностью адаптации в. вариантом нормы г. предраком эндометрия	г
12	Гиперплазия эндометрия развивается вследствие: (УК-1)	а. гиперпрогестеронемии; б. гиперэстрогемии; в. гиперпролактинемии; г. использования комбинированных эстроген-гестагенных препаратов; д. генетически обусловленной пролиферации базальных клеток эндометрия.	б
13	Полипоз эндометрия чаще всего возникает в следующем периоде: (УК-1)	а. менопауза; б. послеродовой; в. климактерический; г. период лечения эстрогенами; д. после прекращения приема оральных контрацептивов.	в

14	Наиболее распространенным типом гиперплазии эндометрия является: (УК-1)	а. кистозная гиперплазия; б. аденоматозная гиперплазия; в. атипичная аденоматозная гиперплазия; г. полипы эндометрия; д. миоз эндолимфатической стромы.	а
15	Возможно ли саркоматозное превращение полипа эндометрия (УК-1)	а. Да б. нет	а