**ЭНДОМЕТРИОЗ И МИОМА МАТКИ.**

001. Основным методом лечения субмукозной миомы матки является

**1) хирургический**

2) гормональная терапия

3) химиотерапия

4) фитотерапия

5) физиолечение

002. Характерная особенность миомы матки

1) злокачественная опухоль

2) опухоль стромы полового тяжа

3) гормонально-активная опухоль

4) исходит из ткани эндометрия

**5) доброкачественная гормонально-зависимая опухоль**

003. Фактор, не способствующий возникновению миомы матки - это

1) генетическая предрасположенность

2) гормональные нарушения

3) перенесенные аборты

**4) использование современных КОК**

5) нарушение становления менструального цикла

004. Нехарактерный симптом для миомы матки - это

1) боли внизу живота

2) кровотечение

3) нарушение менструального цикла

4) симптомы сдавления соседних органов

**5) ожирение**

005. Нехарактерным для субмукозной миомы матки является

**1) злокачественное перерождение**

2) кровотечение

3) анемия различной степени выраженности

4) схваткообразные боли внизу живота

5) нарушение менструального цикла

006. Показания для консервативной терапии миомы матки

1) быстрый рост опухоли

2) подозрение на злокачественное перерождение

3) размеры опухоли свыше 12-13 недель беременности

**4) интерстициальная миома матки небольших размеров**

5) субмукозная локализация узла

007. Согласно современным представлениям, ведущую роль в патогенезе миомы матки играют следующие гормоны

1) андрогены

2) эстрогены

**3) гестагены**

4) комбинированные оральные контрацептивы

5) гормоны щитовидной железы

008. Показанием к оперативному лечению при миоме матки является

1) медленный рост опухоли

2) регресс опухоли в менопаузе

3) интерстициальная миома матки с размерами узлов 2-3см

4) размеры матки 6-7 недель беременности

**5) субмукозная миома матки**

009. К радикальным операциям при миоме матки относится

1) консервативная миомэктомия

2) удаление родившегося субмукозного узла

**3) экстирпация матки**

4) эмболизация маточных артерий

5) ФУЗ-аблация узла

010. Наиболее благоприятные дни для проведения плановой операции по удалению миомы матки

**1) после очередной менструации**

2) во время очередной менструации

3) накануне очередной менструации

4) в дни предполагаемой овуляции

5) день менструального цикла не имеет значения

011. Консервативная миомэктомия производится обычно

**1) у больных репродуктивного возраста**

2) в перименопаузе

3) в постменопаузе

4) при сочетании с распространенным внутренним эндометриозом

5) при подозрении на рак тела матки

012. С позиций патогенеза, наиболее эффективный метод консервативной терапии миомы матки – это

1) химиотерапия

2) физиотерапия

3) лазеротерапия

**4) гормональная терапия**

5) противовоспалительная терапия

013. Группа препаратов, эффективная для консервативной терапии миомы матки – это

1) гестагены

2) эстрогены

**3) агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона**

4) спазмолитики

5) анальгетики

014. Нехарактерный фактор развития эндометриоза – это

1) рефлюкс менструальной крови

2) наследственная предрасположенность

3) многократные выскабливания полости матки

4) иммунологические нарушения

**5) избыток тиреоидных гормонов**

015. Для клинической картины эндометриоза наименее характерно

**1) ожирение**

2) обильные менструации

3) болезненные менструации

4) боли при половой жизни

5) «мажущие» кровянистые выделения до и после менструации

016. Нехарактерные УЗИ – признаки аденомиоза

1) увеличение размеров матки

2) увеличение толщины задней стенки матки

3) мелкие узловые включения без четкой капсулы, расположенные диффузно

4) узловые включения в толще миометрия, без четкой капсулы

**5) эндометриоидные кисты яичников**

017. Наружный эндометриоз, как правило, не характеризуется следующими признаками

1) тазовые боли

2) бесплодие

3) альгодисменорея

**4) галакторея**

5) нарушения менструальног цикла

018. Аденомиоз – это

1) воспаление слизистой оболочки матки

2) гиперплазия эндометрия

3) эктопия шейки матки

4) предрак эндометрия

**5) внутренний эндометриоз 1-4 степени распространения**

019. Ультразвуковые признаки, позволяющие поставить диагноз аденомиоз, никогда не включают

1) увеличение матки

2) утолщение задней поверхности матки

3) нечеткие узловые образования малого диаметра в миометрии, без явной капсулы

**4) неравномерная эхо-взвесь, определяемая в кистозном образовании яичника**

5) округлые анэхогенные включения в миометрии диаметром до 5мм без четкой капсулы

020. Наиболее эффективный с патогенетических позиций метод лечения эндометриоза

1) радиоволновой

2) физиотерапевтический

3) химиотерапевтический

4) лазеротерапия

**5) гормональная терапия**

021. Наименее эффективный метод консервативной терапии эндометриоза – это

1) комбинированные оральные контрацептивы нового поколения

2) комбинированные оральные контрацептивы предыдущих поколений

3) агонисты гонадотропин – рилизинг – гормона

4) препараты гестагенов

**5) химиотерапевтические препараты**

022. Максимально радикальным оперативным вмешательством при миоме матки у женщин старше 49-50 лет является

1) эмболизация маточных артерий

2) ФУЗ-аблация миоматозного узла

3) консервативная миомэктомия

**4) экстирпация матки с придатками**

5) экстирпация матки без придатков

023. Методом, не позволяющим уточнить распространение внутреннего эндометриоза, следует считать

1) УЗИ половых органов

2) бимануальное гинекологическое исследование

3) КТ малого таза

4) МРТ малого таза

**5) анализ мочи по Нечипоренко**

024. Методом, не позволяющим оценить степень распространения наружного эндометриоза, следует считать

1) КТ малого таза

2) МРТ малого таза

3) УЗИ внутренних половых органов

**4) УЗИ щитовидной железы**

5) бимануальное гинекологическое исследование

025. При распространенном внутреннем эндометриозе возможно поражение соседних органов. Не информативна в данной ситуации диагностика с помощью

1) контрастной урографии

2) колоноскопии

3) ректороманоскопии

4) УЗИ почек, мочеточников, мочевого пузыря

**5) цитологическое исследование с шейки маки и цервикального канала на атипические клетки**

026. Наиболее эффективный метод лечения эндометриоза, с позиций патогенеза

1) гормональная терапия с применением тиреоидного гормона

2) гормональная терапия с применением аналогов соматотропин-рилизинг-гормона

3) гормональная терапия с применением эстрогенов

**4) гормональная терапия с применением гестагенов либо аналогов гонадотропин-рилизинг-гормона**

5) гормональная терапия с применением андрогенов

027. Применение андрогенов при миоме матки

**1) неэффективно**

2) приводит к уменьшению размеров опухоли

3) приводит к регрессу опухоли

4) приводит к перерождению в рак

5) ведет к значительному росту миомы матки

028. Применение гестагенов при лечении миомы матки способствует

**1) росту опухоли**

2) злокачественному перерождению

3) трансформации в опухоль яичников

4) трансформации в рак шейки матки

5) полному излечению миомы матки

029. Применение эстрогенов при миоме матки не может способствовать

1) возникновению гиперплазии эндометрия

2) возникновению рака эндометрия

3) нарушениям менструального цикла

4) фиброзно-кистозной мастопатии

**5) снижению риска рака эндометрия**

030. Гистеросальпингографию при внутреннем эндометриозе лучше проводить

1) независимо от дня менструального цикла

**2) сразу после менструации**

3) в дни предполагаемой овуляции

4) накануне очередной менструации

5) во время очередной менструации

031. К малоэффективным методам лечения эндометриоза следует отнести

1) хирургическое лечение

2) лечение гестагенами

3) лечение агонистами – гонадотропин- рилизинг – гормона

4) терапию КОК с диеногестом

**5) антибактериальную терапию**

032. Нельзя лечить эндометриоз с помощью

1) гомонотерапии гестагенами

2) хирургического вмешательства

**3) гормонотерапии эстрогенами**

4) гормонотерапии агонистами гонадотропин – гилизинг – гормона

5) гормонотерапии КОК с диеногестом

033. При миоме матки, если нет показаний к оперативному лечению, пациентке нужно избегать только

1) гормональной контрацепции

2) внутриматочной контрацепции

3) заместительной гормональной терапии

4) беременности

5) вредных факторов окружающей среды, чрезмерную инсоляцию

034. Эндометриоз – это

1) воспаление эндометрия

2) воспаление внутренней слизистой оболочки матки

3) эндометрит

**4) эктопия эндометрия вне полости матки**

5) вариант внематочной беременности

035. Наружный эндометриоз – это

1) воспаление эндометрия при инфекциях

2) воспаление эндометрия после аборта

**3) распространение ткани эндометрия за пределы слизистой оболочки матки на яичники, брюшину и проч.**

4) распространение ткани эндометрия в мышцу матки и на ее серозный покров

5) вариант предрака эндометрия

036. Внутренний эндометриоз – это

1) вариант предрака эндометрия

2) одна из форм рака эндометрия

3) наличие ткани эндометрия в структуре яичника

**4) наличие ткани эндометрия в структуре мышцы матки и ее серозном покрове**

5) наличие ткани эндометрия в соседних органах (мочевой пузырь, прямая кишка и проч.)

037. Максимально радикальным хирургическим вмешательством при наружно – внутреннем эндометриозе у женщины 52 лет следует признать

1) ампутацию шейки матки

2) надвлагалищную ампутацию матки без придатков

**3) экстирпацию матки с придатками**

4) экстирпацию матки без придатков

5) удаление придатков с обеих сторон

038. Найдите ситуацию, при которой можно не проводить экстирпацию матки, а удалить только миоматозный узел

1) множественная миома матки гигантских размеров 23-24 недели беременности у женщины 48 лет

**2) субсерозный узел на тонкой ножке 20см в диаметре, с перекрутом ножки, у женщины 34 лет**

3) миома матки у женщины 60 лет быстрорастущая

3) миома матки, эндометриоз и анемия тяжелой степени у женщины 50 лет

4) атипичная интралигаментарная миома с нарушением оттока мочи у женщины 47 лет

5) подозрение на саркому матки у женщины 45 лет

039. В какой ситуации есть необходимость проводить экстирпацию матки при миоме

1) впервые выявленная миома матки небольших размеров

2) одиночный субсерозный узел диаметром 15см у женщины 27 лет

3) миома матки, подвергающаяся регрессу у женщины 60 лет

4) бессимптомная интерстициальная миома матки при размерах матки 5-6 недель беременности, у женщины 27 лет

**5) пациентка 52 лет с миомой матки 14 недель беременности, с кровотечениями и анемией 2 степени**

040. В какой ситуации возможно консервативное лечение миомы матки

1) подозрение на злокачественное перерождение

2) субмукозная миома матки

3) растущая миома матки в менопаузе

4) миома матки гигантских размеров

**5) интерстициальная миома диаметром 1 - 2см**

041. Для диагностики малых форм эндометриоза наиболее информативно

1) гистероскопия

**2) лапароскопия**

3) УЗИ

4) бимануальное гинекологическое исследование

5) гистеросальпингография

042. Оптимальным методом лечения субсерозной миомы на тонкой ножке является

1) гормональная терапия

**2) хирургический метод**

3) физиотерапия

4) химиотерапия

5) гистероскопия

043. Для диагностики эндометриоидных кист яичников наименее информативно

**1) гистеросальпингография**

2) лапароскопия

3) УЗИ

4) МРТ, КТ

5) бимануальное гинекологическое исследование

044. Показанием к плановому оперативному лечению при миоме матки являются размеры матки

1) 5-6 недель беременности и более

2) 6-7 недель беременности и более

3) 8-9 недель беременности и более

4) 10-11 недель беременности и более

**3) 12 недель беременности и более**

045. Метод лечения эндометриоза, наименее эффективный с клинических позиций – это

1) хирургический

**2) симптоматический**

3) терапия агонистами гонадотропин-рилизинг-гормона

4) терапия гестагенами

5) КОК с диеногестом

046. Препарат, применяющийся для консервативной терапии эндометриоза

1) папаверина гидрохлорид

3) флюконазол

**3) диеногест**

4) метронидазол

5) эстрадиола валерат

047. Группа препаратов, наиболее эффективно применяющихся для консервативной терапии миомы матки

1) антибиотики

2) спазмолитики

3) гепатопротекторы

**4) антагонисты прогестерона**

5) эстрогены

048. Для лечения распространенных форм наружного эндометриоза наиболее эффективно

1) хирургическое лечение

2) гормональная терапия

**3) сочетание хирургического лечения и гормональной терапии**

4) вылечить невозможно, применяются только симптоматические средства

5) физиотерапия

049. Для аденомиоза не характерно

1) гиперплазия мышечной ткани матки

2) равномерное увеличение размеров матки накануне менструации

3) неравномерное увеличение размеров матки накануне менструации

**4) образования в миометрии узлов, окруженных четкой капсулой**

5) распространение эндометриоидной ткани на всю толщу миометрия

050. Действие даназола (дановала, даногена) у больных эндометриозом

1) подавляет стероидогенез в гонадах и надпочечниках

2) снижает пик ЛГ и ФСГ

**3) верно 1, 2**

4) снижает уровень пролактина

5) подавляет аутоантитела

051. Варианты локализации экстрагенитального эндометриоза

1) прямая кишка

2) мочевой пузырь

3) послеоперационный рубец

4) тело матки

**5) верно1,2,3**

053. Основные задачи при лечении больных с генитальным эндометриозом

1) подавление клинически активного эндометриоза гормональными препаратами

2) избавление пациенток от последствий эндометриоза в виде рубцово-спаечного процесса в малом тазу

3) нормализация репродуктивной функции (у пациенток детородного возраста)

**4) верно 1,2,3**

5) верного ответа нет

054. При бимануальном исследовании накануне менструации у больной с ретроцервикальным эндометриозом в заднем влагалищном своде обнаруживаются образования, имеющие следующие особенности

1) мелкобугристые, размером до 1-3 см

2) резко болезненные при пальпации

3) малоподвижные

4) слизистая оболочка влагалища над ними чаще всего подвижна

**5) верно 1,2, 3**

055. Факторы риска развития генитального эндометриоза

1) регулярные безболезненные менструации

2) неосложненные роды

3) верно 1, 2

4) хронический тонзиллит с частыми обострениями в пубертатном возрасте

**5) верного ответа нет**

056. Для проведения гормональной терапии у больных эндометриозом можно применять

1) эстрогены

2) гестагены

3) антигонадотропины

**4) верно 2, 3**

5) верно 1, 2

057. При выборе метода терапии у больных эндометриозом необходимо руководствоваться

1) возрастом больной

2) локализацией эндометриоза

3) степенью распространенности процесса

**4) верно 1, 2, 3**

5) верно1, 2

058. Эндометриоз тела матки следует дифференцировать

1) с подслизистой миомой матки

2) с полипозом эндометрия

3) верно 1, 2

4) с раком эндометрия

**5) верно 1, 2, 4**

059. Для диагностики эндометриоза шейки матки применяют

**1) кольпоскопию**

2) ампутацию шейки матки

3) верно 1, 2

4) лапароскопию

5) верно 1, 2, 4

060. Для перфорации эндометриоидного образования яичников, как правило, характерно

1) боли в животе

2) признаки раздражения брюшины

**3) верно 1, 2**

4) лейкопения

5) низкая СОЭ

061. Перфорацию эндометриоидной кисты яичника следует дифференцировать

1) с апоплексией яичника

2) с внематочной беременностью

3) с перекрутом ножки кисты яичника

**4) верно 1, 2, 3**

5) верного ответа нет

062. Основные клинические признаки наружного эндометриоза

1) увеличение размеров эндометриоидных образований во вторую фазу менструального цикла

2) альгоменорея

**3) верно 1, 2**

4) вторичная аменорея

5) верно 1, 2, 4

063. Для внутреннего эндометриоза тела матки 1-2 степени характерны следующие клинические симптомы

1) бесплодие

**2) мажущие кровянистые выделения до и после менструации**

3) верно 1, 2

4) вторичная аменорея

5) верно 1, 2, 4

064. Особенности течения внутреннего генитального эндометриоза

1) развитие массивного спаечного процесса в малом тазу

2) образование крупных кист (до 5-6 см в диаметре)

3) отсутствие нарушений менструального цикла

4) верно 1, 2

**5) верного ответа нет**

065. К внутреннему генитальному эндометриозу относится следующая локализация

1) яичники

2) трубы

3) серозный покров прямой и сигмовидной кишки

4) верно 1, 2, 3

**5) верного ответа нет**

066. Оптимальная длительность лечения больных агонистами гонадолиберина при эндометриозе составляет

1) 1 месяц

2) 2 месяца

**3) 6 месяцев**

4) 12 месяцев

5) 24 месяца

067. Диагностическим критерием эндометриоидной кисты яичника при ультразвуковом исследовании малого таза является наличие

1) яичникового образования с неоднородным полужидким содержимым

2) эхо-позитивных взвесей внутри патологического образования яичника

3) толстой капсулы в яичниковом образовании

4) верного ответа нет

**5) правильно 1), 2), 3)**

068. Выраженный болевой синдром обычно не наблюдается при эндометриозе

1) истмико-цервикального отдела матки

2) яичников

**3) шейки матки**

4) тела матки

5) ретроцервикальной области

069. Для диагностики внутреннего эндометриоза тела матки методом гистеросальпингографии наиболее благоприятными являются следующие дни менструального цикла

1) за 1-2 дня до начала менструации

**2) сразу после окончания менструации**

3) на 12-14-й день

4) на 16-18-й день

5) на 20-22-й день

070. Термин аденомиоз применяется

1) во всех случаях выявления эндометриоза независимо от локализации

**2) только при разрастаниях эндометриоидной ткани в мышечном слое матки**

3) при эндометриозе, который сопровождается образованием кист яичников

4) только в тех случаях, когда прорастание миометрия сопровождается формированием миоматозных узлов

5) только при ретроцервикальном эндометриозе

071. Эндометриоидную кисту яичника следует дифференцировать

1) с воспалительным образованием придатков матки

2) с кистомой яичника

3) с субсерозной миомой матки

4) с трубной беременностью, прервавшейся разрывом трубы

**5) верно 1,2,3**

072. Условия, обеспечивающие информативность гистероскопии в целях диагностики внутреннего эндометриоза тела матки

1) применение только раствора глюкозы 5%

**2) проведение исследования в первую фазу менструального цикла**

3) проведение исследования во вторую фазу менструального цикла

4) применение спазмолитиков

5) верно 3,4

073. Показанием к хирургическому лечению у больных эндометриозом не является

1) неэффективность консервативного лечения

2) наличие эндометриоидной кисты яичника размером более 4 сантиметров

3) эндометриоз послеоперационного рубца передней брюшной стенки

**4) внутренний эндометриоз тела матки 1-ой степени**

5) подозрение на рак яичника

074. Влияние беременности на развитие эндометриоза

1) не вызывает изменений заболевания

**2) обратное развитие эндометриоза наблюдается в послеродовом периоде у лактирующих женщин**

3) активизируется развитие эндометриоза на протяжении всей беременности

4) образование эндометриоидных кист яичников

5) нет верного ответа

075. Для диагностики внутреннего эндометриоза тела матки методом гистеросальпингографии или гистероскопии наиболее благоприятными являются следующие дни менструального цикла

1) за 1-2 дня до начала менструации

**2) сразу после окончания менструации**

3) на 2-3-й день от начала менструации

4) во время овуляции

5) на 22-24-й день

076. Показанием для экстренного хирургического вмешательства при миоме матки является

**1) родившийся субмукозный узел, кровотечение**

2) сочетание миомы с эктопией шейки матки

3) размеры опухоли свыше 12 недель беременности

4) интерстициальный миоматозный узел диаметром 3 сантиметра

4) сочетание миомы матки и туберкулеза гениталий

077. Показанием для планового хирургического лечения миомы матки является

1) родившийся субмукозный узел, кровотечение

2) сочетание миомы с эктопией шейки матки

**3) размеры опухоли свыше 12 недель беременности**

4) интерстициальный миоматозный узел диаметром 3 сантиметра

4) сочетание миомы матки и туберкулеза гениталий

078. К основным лабораторным проявлениям миомы матки не относится

1) лейкопения

2) анемия

3) гиперфибриногенемия

**4) верно 1,3**

5) верно 2,3

079. Миома матки гигантских размеров, как правило, не влияет

1) на степень менструальной кровопотери

2) на функцию мочевого пузыря

3) на возникновение болевого синдрома

4) на функцию кишечника

**5) на когнитивную функцию**

080. При сочетании миомы матки с аденомиозом 3 степени, размерах матки 11-12 недель беременности, анемии 2 степени, выраженном алгическом синдроме женщине 46 лет показано

1) консервативная миомэктомия

**2) экстирпация матки с трубами**

3) экстирпация матки с придатками

4) надвлагалищная ампутация матки без придатков

5) надвлагалищная ампутация матки с придатками