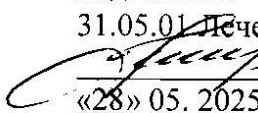


**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
кафедра акушерства и гинекологии № 1 с курсом дополнительного профессионального
образования**

СОГЛАСОВАНО

Руководитель направления
подготовки

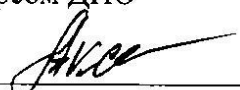
31.05.01 Лечебное дело

 /Ф.П. Никулина/

«28» 05. 2025 г.

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой акушерства и гинекологии с
курсом ДПО

 /В.А. Аксененко/

«28» 05. 2025 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине

Наименование дисциплины	Гинекологическая эндокринология
Направление подготовки	31.05.01 Лечебное дело
Форма обучения	Очная
Год начала подготовки	2025

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично)

Коды и наименование компетенций	Наименование компетенций
ПК-1	Готов к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.
ПК-3	Готов к организации персонализированного лечения пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого возраста, оценке эффективности и безопасности лечения

2. Виды оценочных материалов и соответствие с формируемыми компетенциями

Наименование компетенций	Виды оценочных материалов	Количество заданий
ПК-1	Задание закрытого типа на установление соответствия	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	5 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	5 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	30 с эталоном ответов
ПК-3	Задание закрытого типа на установление соответствия	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	5 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	5 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	30 с эталоном ответов
Всего		100 заданий

3. Банк заданий по оценке уровня формирования компетенций

№ п/п	Наименование компетенций	Задание	Верный вариант
1.	ПК-1	Для каждой фазы овариально-менструального цикла подберите соответствующий ей доминирующий гормон, обеспечивающий основные изменения в данной фазе. Фаза цикла 1. Фолликулярная (ранняя) 2. Овуляторная	1-Б, 2-В, 3-А, 4-Г.

		3. Лютеиновая 4. Менструальная Гормон А. Прогестерон Б. Фолликулостимулирующий гормон (ФСГ) В. Лютеинизирующий гормон (ЛГ) (пиковый выброс) Г. Резкое падение уровней эстрогена и прогестерона	
2.	ПК-1	Установите соответствие между уровнем гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси и секретируемым им гормоном. Уровень регуляции 1. Гипоталамус 2. Передняя доля гипофиза (аденогипофиз) 3. Яичники (клетки гранулёзы) 4. Яичники (тека-клетки) Гормон А. Лютеинизирующий гормон (ЛГ) Б. Эстрадиол В. Гонадотропин-рилизинг гормон (ГнРГ) Г. Андростендион Д. Пролактин	1-В, 2-А, 3-Б, 4-Г
3.	ПК-1	Сопоставьте диагностический маркёр с его основной ролью в оценке репродуктивного здоровья. Гормональный показатель 1. Антимюллеров гормон (АМГ) 2. Свободный тестостерон 3. Тиреотропный гормон (ТТГ) 4. Пролактин 5. Лютеинизирующий гормон (ЛГ) Клиническое значение А. Маркёр гиперандрогении, используется в диагностике СПЯ Б. Основной маркёр овариального резерва В. Пиковый выброс запускает овуляцию Г. Исключение патологии щитовидной железы Д. Дифференциальная диагностика галактореи и нарушений овуляции	1-Б, 2-А, 3-Г, 4-Д, 5-В.
4.	ПК-1	Для каждого этапа жизни женщины подберите соответствующее ему физиологическое состояние или процесс. Этап жизни 1. Пременопауза 2. Менопауза циклы 3. Постменопауза 4. Ранний репродуктивный период Физиологическая характеристика А. Прекращение менструаций, стойкое повышение уровней ФСГ и ЛГ Б. Период максимальной фертильности, регулярные овуляторные В. Весь репродуктивный период и период менопаузального перехода Г. Низкий уровень эстрогенов, высокий риск остеопороза	1-В, 2-А, 3-Г, 4-Б.

		Д. Становление менструальной функции, возможны ановуляторные циклы	
5.	ПК-1	Для каждого метода инструментальной или лабораторной диагностики подберите соответствующую ему основную цель. Метод диагностики 1. Определение уровня ФСГ на 2-3 день цикла 2. УЗИ с подсчетом антральных фолликулов 3. Определение уровня прогестерона на 21-й день цикла 4. Гистеросальпингография (ГСГ) Цель исследования А. Оценка овариального резерва Б. Подтверждение овуляции В. Оценка проходимости маточных труб Г. Оценка состояния эндометрия и исключение внутриматочной патологии Д. Диагностика фолликулогенеза в динамике	1-А, 2-А, 3-Б, 4-В.
6.	ПК-1	Установите правильную последовательность этапов развития фолликула и овуляции. А. Образование вторичного (антрального) фолликула Б. Формирование желтого тела В. Овуляция (разрыв доминантного фолликула) Г. Этап примордиального фолликула Д. Образование третичного (преовуляторного, доминантного) фолликула	Г, А, Д, В, Б
7.	ПК-1	Расположите уровни регуляции менструального цикла в порядке от высшего центра к органу-мишени. А. Гипофиз (аденогипофиз) Б. Органы-мишени (матка, молочные железы) В. Гипоталамус Д. Кора головного мозга Г. Яичники	Д, В, А, Г, Б
8.	ПК-1	Установите последовательность фаз изменений эндометрия в течение классического 28-дневного цикла, начиная с первого дня менструации. А. Фаза секреции Б. Фаза десквамации (менструация) В. Фаза пролиферации Г. Фаза регенерации	Б, Г, В, А
9.	ПК-1	Расположите события в порядке их наступления в середине менструального цикла. А. Пиковый выброс лютеинизирующего гормона (ЛГ) Б. Разжижение и истончение стенки фолликула под действием протеолитических ферментов В. Достижение максимального уровня эстрадиола, вырабатываемого доминантным фолликулом Г. Выход яйцеклетки в брюшную полость	В, А, Б, Г
10.	ПК-1	Укажите правильную последовательность фаз развития желтого тела яичника. А. Стадия васкуляризации и пролиферации	Г, А, В, Б

		Б. Стадия обратного развития (лютеолиз) В. Стадия расцвета (гормональной активности) Г. Стадия образования из клеток гранулезы после овуляции	
11.	ПК-1	Пациентка 28 лет обратилась к гинекологу для планирования беременности. Менструальный цикл регулярный, 28 дней. Последняя менструация была 3 недели назад. При осмотре: шейка матки чистая, выделения слизистые, обильные («симптом зрачка» ++). При ультразвуковом исследовании (УЗИ) на 21-й день цикла в яичнике визуализируется желтое тело диаметром 18 мм, толщина эндометрия 11 мм. 1.Оцените гормональную насыщенность второй фазы цикла на основании косвенных признаков. 2.Соответствуют ли полученные данные физиологической норме? 3.Ответ обоснуйте с позиции клинических рекомендаций по оценке овуляторного цикла.	1.Оценка данных: Полученные данные соответствуют физиологической норме овуляторного менструального цикла. 2.Обоснование: Наличие желтого тела в яичнике на 21-й день цикла (при 28-дневном цикле это пик расцвета желтого тела) свидетельствует о произошедшей овуляции и полноценной лютеиновой фазе. Толщина эндометрия 11 мм в середине лютеиновой фазы является адекватной (секреторная трансформация). Это указывает на достаточную выработку прогестерона желтым телом, который подготавливает эндометрий к имплантации («пирог готов»). Обильные слизистые выделения в анамнезе (за 3 недели до осмотра, т.е. примерно на 12-14 день) соответствуют овуляторному пику эстрогенов, что является косвенным признаком зрелости фолликула.
12.	ПК-1	Пациентка 19 лет жалуется на отсутствие менструаций в течение 6 месяцев. Менархе в 13 лет, цикл установился сразу, был регулярным. Полгода назад начала интенсивные тренировки в спортзале с целью похудения (дефицит калорий до 30% от нормы). Индекс массы тела (ИМТ) — 16,5 кг/м². При УЗИ: яичники обычных размеров, мультифолликулярная структура (до 8-10 фолликулов до 5-6 мм), эндометрий тонкий (3 мм), «М-эхо» линейное. 1. Опишите патогенез развившегося состояния. 2. Какие изменения произошли в системе гипоталамус-гипофиз-яичники (ГГЯ)? Ответ оформите с точки зрения клинико-диагностических критериев.	1. Нозология: Гипогонадотропный гипогонадизм на фоне функциональной гипоталамической аменореи (дефицит массы тела и энергетический дефицит). 2. Патогенез: Дефицит энергии и низкая масса тела (ИМТ < 18,5) приводят к снижению секреции гонадолиберина (ГнРГ) нейронами гипоталамуса. Снижение пульсовой секреции ГнРГ ведет к недостаточной стимуляции гипофиза. В гипофизе снижается секреция фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и лютеинизирующего гормона (ЛГ) (истинное снижение, а не изменение соотношения).

			Низкие уровни ФСГ недостаточны для роста и созревания фолликулов в яичниках (отсюда картина «покоящихся» яичников на УЗИ). Вследствие отсутствия роста фолликулов не вырабатываются эстрогены (гипоэстрогения), что приводит к тонкому эндометрию и отсутствию менструальноподобной реакции. Вывод: Состояние характеризуется низким уровнем гонадотропинов (ФСГ, ЛГ) и низким уровнем эстрадиола (гипогонадотропный гипогонадизм), что является защитной реакцией организма в условиях энергодефицита.
13.	ПК-1	Пациентка 34 лет предъявляет жалобы на скудные мажущие кровянистые выделения за 3-5 дней до начала очередной менструации, бесплодие в течение 2 лет. Базальная температура (БТ) по графикам двухфазная, но вторая фаза укорочена до 9-10 дней. На 7-й день после овуляции (22-й день цикла) уровень прогестерона в крови составил 10 нмоль/л (при норме для лютеиновой фазы > 30 нмоль/л). 1.Сформулируйте предварительный диагноз согласно клиническим рекомендациям. 2.Какие структурные изменения эндометрия (по данным биопсии или пайпель-биопсии) можно предположить у данной пациентки?	1.Диагноз: Недостаточность лютеиновой фазы (НЛФ). Гипопрогестеронемия. Критерии: Укорочение второй фазы (<11 дней), пременструальные мажущие выделения (симптом прогестероновой недостаточности), низкий уровень прогестерона на пике лютеиновой фазы (21-23 день). 2.Ожидаемые патоморфологические изменения эндометрия: неполноценная секреторная трансформация эндометрия. Несоответствие гистологической картины эндометрия дню цикла (отставание развития эндометрия на 2-3 дня и более). Недостаточное развитие спиральных артерий и стромы эндометрия, что делает его неспособным к полноценной имплантации плодного яйца и приводит к преждевременной частичной отслойке (мажущие выделения).
14.	ПК-1	Пациентка 45 лет обратилась с жалобами на приливы жара до 10 раз в сутки, потливость по ночам, нарушение сна, раздражительность. Менструальный цикл нерегулярный в течение последнего года: задержки до 2-3 месяцев сменяются менструациями. Анализ крови на ФСГ на 3-й день спонтанной менструации (или в любую аменорею): 45 МЕ/л. АМГ (антимюллеров гормон) — 0,3 нг/мл.	1.Интерпретация: Уровень ФСГ 45 МЕ/л (в репродуктивном возрасте норма ФСГ до 10-12 МЕ/л в раннюю фолликулярную фазу) является диагностически значимым критерием снижения

		1.Интерпретируйте результаты гормонального обследования. 2.О каком периоде жизни женщины идет речь? 3.Каков патогенез вегетативных симптомов («приливов»)?	функции яичников. Уровень ФСГ > 25-30 МЕ/л в сочетании с нерегулярным циклом и клиникой свидетельствует о перименопаузе. АМГ 0,3 нг/мл (критически низкий) указывает на крайнюю степень истощения овариального резерва (практически полное отсутствие антральных фолликулов). 2.Период жизни: Перименопауза (переходный этап от репродуктивного периода к постменопаузе). 3.Патогенез симптомов: Снижение количества фолликулов приводит к падению выработки яичниками ингибина В и эстрадиола. По механизму отрицательной обратной связи низкий уровень эстрадиола и ингибина В стимулирует гипофиз к выбросу больших количеств ФСГ (и в меньшей степени ЛГ). «Приливы» — это следствие нестабильности работы терморегулирующего центра в гипоталамусе на фоне резкого дефицита эстрогенов. Эстрогенная недостаточность влияет на нейромедиаторный обмен (норадреналин, серотонин), что и вызывает внезапные вегетативные реакции.
15.	ПК-1	При проведении УЗИ фолликулометрии у пациентки 30 лет с регулярным циклом (28 дней) на 14-й день цикла визуализируется доминантный фолликул размером 22 мм. На 16-й день цикла фолликул не визуализируется, в позадиматочном пространстве определяется небольшое количество свободной жидкости. Толщина эндометрия на 14-й день составляла 10 мм (трехслойный). 1.Какой процесс зафиксирован на УЗИ? 2.Является ли наличие жидкости в позадиматочном пространстве патологией? 3.Какое состояние эндометрия в предовуляторном периоде является физиологичным?	1.Зафиксированный процесс: Овуляция. Исчезновение крупного доминантного фолликула и появление свободной жидкости (фолликулярной жидкости, вытекшей в брюшную полость при разрыве стенки фолликула) является прямым ультразвуковым признаком состоявшейся овуляции. 2.Патология: Наличие небольшого количества свободной жидкости в позадиматочном пространстве сразу после овуляции является абсолютной физиологической нормой и не требует лечения. 3.Состояние эндометрия: В предовуляторном периоде (период «фертильного окна»)

			физиологичным является трехслойный (или «слоеный пирог») эндометрий толщиной не менее 7-8 мм. Такая структура (гиперэхогенный наружный и внутренний слой и гипоехогенный средний слой) оптимальна для имплантации.
16.	ПК-1	Согласно клиническим рекомендациям по ведению пациенток с нарушениями менструального цикла, нормальная продолжительность менструального цикла у женщины репродуктивного возраста колеблется в диапазоне от 21 до _____ дней.	35 (или 35–37, допустимо: 35)
17.	ПК-1	Резкое повышение уровня лютеинизирующего гормона (ЛГ) в крови, которое продолжается около 24–36 часов, является ключевым эндокринным событием, запускающим процесс _____.	Овуляции.
18.	ПК-1	Во время первой фазы менструального цикла (фолликулярной) под действием фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) в яичнике растет доминантный фолликул, клетки которого продуцируют гормон _____, вызывающий пролиферацию эндометрия.	Эстрадиол (или эстрогены).
19.	ПК-1	На 21–23 день 28-дневного менструального цикла при ультразвуковом исследовании (для оценки овуляции) в яичнике можно обнаружить _____, а структура эндометрия соответствует стадии секреции, что подтверждает произошедшую овуляцию.	Желтое тело.
20.	ПК-1	При синдроме лютеинизации неовулировавшего фолликула (СПКЯ-подобные состояния) уровень прогестерона на 21-й день цикла остается низким (ниже референсных значений овуляторного цикла). Укажите примерный нормативный уровень прогестерона в плазме на 21-й день овуляторного цикла (в нмоль/л или нг/мл, согласно клиническим рекомендациям): _____.	Более 15–20 нмоль/л (или > 3–5 нг/мл). *Допускается: выше 9,4 нмоль/л (овуляторный порог), но эталоном считается среднелютеиновая норма >15.*
21.	ПК-1	Основным принципом регуляции репродуктивной системы является: 1.Автономный 2.Нейрогенный 3.Прямая связь 4.Отрицательная и положительная обратная связь 5.Гуморальный	4
22.	ПК-1	Какие изменения происходят в эндометрии под влиянием прогестерона во вторую фазу цикла? 1.Пролиферация желез, утолщение эндометрия 2.Секреторная трансформация, децидуализация стромы 3.Десквамация функционального слоя 4.Регенерация базального слоя 5.Плоскоклеточная метаплазия	2
23.	ПК-1	В какой день менструального цикла в норме происходит овуляторный пик ЛГ? 1.1-3 день 2.5-7 день 3.12-15 день 4.20-22 день 5.26-28 день	3

24.	ПК-1	Основным источником эстрадиола в фолликулиновую фазу является: 1.Желтое тело 2.Строма яичника 3.Ткань надпочечников 4.Клетки гранулезы доминантного фолликула 5.Тека-лютеиновые клетки	4
25.	ПК-1	О произошедшей овуляции свидетельствует повышение концентрации в крови: 1.Фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) 2.Лютеинизирующего гормона (ЛГ) 3.Прогестерона 4.Пролактина 5.Ингибина В	3
26.	ПК-1	Для физиологического менструального цикла характерна длительность: 1.15-20 дней 2.21-35 дней 3.36-40 дней 4.14-16 дней 5.Абсолютно постоянная у каждой женщины	2
27.	ПК-1	Что происходит с уровнем ФСГ в начале фолликулиновой фазы (первые дни цикла)? 1.Резко снижается 2.Остается неизменным 3.Незначительно повышается 4.Отсутствует (не определяется) 5.Происходят ациклические колебания	3
28.	ПК-1	Рецепторы к эстрогенам и прогестерону локализуются преимущественно: 1.На мембране клетки 2.В цитоплазме и ядре клетки-мишени 3.Внутри митохондрий 4.Во внеклеточном матриксе 5.На поверхности эритроцитов	2
29.	ПК-1	Каким образом можно подтвердить наличие овуляции при УЗИ? 1.Визуализация доминантного фолликула 2.Наличие свободной жидкости в позадиматочном пространстве и исчезновение фолликула 3.Измерение толщины эндометрия 4.Определение кровотока в маточных артериях 5.Наличие антральных фолликулов	2
30.	ПК-1	Что такое менархе? 1.Первая в жизни менструация 2.Последняя в жизни менструация 3.Циклические изменения в яичниках 4.Длительность менструального кровотечения 5.Процесс овуляции	1
31.	ПК-1	В какой структуре Цнс происходит выработка гонадолиберина (ГнРГ)? 1.Эпифиз 2.Гипоталамус 3.Гипофиз 4.Кора головного мозга 5.Мозжечок	2

32.	ПК-1	Для оценки эстрогенной насыщенности у женщины репродуктивного возраста информативно: 1.Уровень кортизола 2.Кариопикнотический индекс (КПИ) в мазке 3.Уровень глюкозы в крови 4.Индекс массы тела 5.Уровень андрогенов надпочечников	2
33.	ПК-1	Причиной отсутствия беременности при физиологически протекающем менструальном цикле является: 1.Гибель яйцеклетки 2.Отсутствие овуляции 3.Неполноценность лютеиновой фазы 4.Нарушение рецептивности эндометрия 5.Гибель эмбриона до имплантации	5
34.	ПК-1	Основной эстроген, синтезируемый в постменопаузе: 1.Эстрадиол 2.Эстрон 3.Эстриол 4.Эстетрол 5.Прогестерон	2
35.	ПК-1	Тест функциональной диагностики, позволяющий оценить насыщенность прогестероном во вторую фазу: 1.Измерение базальной температуры 2.Симптом «зрачка» 3.Симптом «папоротника» 4.Натяжение цервикальной слизи 5.Кариопикнотический индекс	1
36.	ПК-1	Где происходит синтез прогестерона в лютеиновую фазу? 1.В клетках гранулезы 2.В клетках теки 3.В желтом теле 4.В коре надпочечников 5.В строме яичника	3
37.	ПК-1	Что происходит с эндометрием, если не произошло оплодотворения и имплантации? 1.Переходит в фазу пролиферации 2.Подвергается апоптозу и слущивается (менструация) 3.Трансформируется в миометрий 4.Формирует синцитиотрофобласт 5.Подвергается гиперплазии	2
38.	ПК-1	Какие гормоны провоцируют начало менструального кровотечения? 1.Эстрогены 2.Гестагены (прогестерон) 3.Андрогены 4.Простагландины (спазм сосудов) на фоне резкого падения прогестерона 5.Релаксин	4
39.	ПК-1	Что такое антральный фолликул? 1.Примордиальный фолликул 2.Фолликул с полостью, диаметром 2-10 мм 3.Граафов пузырек перед овуляцией 4.Атретичный фолликул 5.Фолликул, содержащий яйцеклетку на стадии деления созревания	2
40.	ПК-1	Для процесса фертилизации (оплодотворения) необходимо:	5

		1.Наличие только сперматозоидов 2.Наличие зрелой яйцеклетки и сперматозоидов 3.Нормальная перистальтика маточных труб 4.Соответствие эндометрия дню цикла 5.Все вышеперечисленное	
41.	ПК-1	Уровень антимюллерова гормона (АМГ) в крови отражает: 1.Наличие овуляции 2.Качество ооцитов 3.Состояние уровня эстрогенов 4.Овариальный резерв (количество антральных фолликулов) 5.Функцию желтого тела	4
42.	ПК-1	Что представляет собой процесс пролиферации в эндометрии? 1.Отторжение функционального слоя 2.Восстановление базального слоя и рост желез под влиянием эстрогенов 3.Секреторные изменения желез 4.Отек стромы 5.Ангиогенез	2
43.	ПК-1	Какой из перечисленных гормонов синтезируется желтым телом? 1.Эстрадиол 2.ФСГ 3.Прогестерон 4.Тестостерон 5.Пролактин	3
44.	ПК-1	Рилизинг-гормоны гипоталамуса попадают в гипофиз через: 1.Общий кровоток 2.Систему аксонов 3.Воротную систему гипофиза 4.Спинномозговую жидкость 5.Непосредственно путем диффузии	2
45.	ПК-1	Какова роль простагландинов в процессе овуляции? 1.Тормозят разрыв фолликула 2.Способствуют созреванию яйцеклетки 3.Участвуют в разрыве стенки фолликула 4.Снижают чувствительность к ЛГ 5.Подавляют сокращение маточных труб	3
46.	ПК-1	Длительность нормальной менструации составляет: 1.1-2 дня 2.3-7 дней 3.8-10 дней 4.Любая, необильная 5.Строго 5 дней	2
47.	ПК-1	В каком случае говорят о хронической ановуляции? 1.При отсутствии овуляции в одном цикле 2.При отсутствии овуляции в 1-2 циклах в течение года 3.При отсутствии овуляции в 4-х циклах из 5-и 4.При удлинении цикла до 40 дней 5.При наличии овуляции, но недостаточности лютеиновой фазы	3
48.	ПК-1	Что является морфологическим субстратом второй фазы цикла в яичнике?	3

		1.Граафов пузырьрек 2.Белое тело 3.Желтое тело 4.Фолликулярная киста 5.Строма	
49.	ПК-1	Под влиянием какого гормона происходит сгущение цервикальной слизи (симптом «зрачка» исчезает)? 1.Эстроген 2.Прогестерон 3.ФСГ 4.Окситоцин 5.Пролактин	2
50.	ПК-1	Какой диагностический метод наиболее информативен для диагностики опухоли гипофиза (при подозрении на гиперпролактинемию)? 1.УЗИ органов малого таза 2.Рентгенография черепа 3.Компьютерная томография (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ) 4.Электроэнцефалограмма 5.Ангиография	3
51.	ПК-3	Установите соответствие между гормоном и местом его преимущественного синтеза в женской репродуктивной системе. Гормон 1. Гонадолиберин (ГнРГ) 2. Прогестерон 3. Ингибин В 4. Пролактин Место синтеза А. Клетки гранулезы фолликула Б. Аркуатные ядра гипоталамуса В. Желтое тело Г. Ацидофильные клетки аденогипофиза Д. Наружный тека-слой фолликула	1-Б 2-В 3-А 4-Г
52.	ПК-3	Установите соответствие между типом обратной связи в системе гипоталамус-гипофиз-яичники и примером процесса, который ее иллюстрирует. Тип обратной связи 1. Отрицательная длинная 2. Положительная длинная 3. Ультракороткая 4. Короткая (через гипофиз) Пример процесса А. Пиковый выброс ЛГ в ответ на максимальный уровень эстрадиола в преовуляторном фолликуле Б. Снижение секреции ФСГ по мере роста уровня эстрадиола в середине фолликулярной фазы В. Подавление секреции пролактина дофамином гипоталамуса Г. Торможение секреции ГнРГ собственным высоким уровнем	1-Б 2-А 3-Г 4-В
53.	ПК-3	Установите соответствие между фазой менструального цикла и характерной ультразвуковой картиной эндометрия (по данным трансвагинального УЗИ). Фаза цикла 1. Фаза ранней пролиферации	1-Б 2-А 3-В 4-Г

		2. Периовуляторный период 3. Фаза секреции 4. Менструация УЗИ-признак А. Трехслойная структура эндометрия толщиной 11-13 мм Б. Тонкий М-эхо (4-5 мм), однородный В. Пышный гиперэхогенный эндометрий (до 15 мм), утрата трехслойности Г. Полость матки расширена за счет неоднородного содержимого (сгустки крови) Д. Эндометрий не визуализируется	
54.	ПК-3	Установите соответствие между гормоном и характером изменения его уровня на протяжении нормального менструального цикла. Гормон 1. Лютеинизирующий гормон (ЛГ) 2. Фолликулостимулирующий гормон (ФСГ) 3. Прогестерон 4. Эстрадиол Динамика секреции А. Единственный пик в середине цикла, стимулирующий разрыв фолликула Б. Небольшой подъем в начале цикла, способствующий росту фолликулов В. Базальный уровень стабильно низкий, циклических пиков не имеет Г. Нарастает во вторую фазу цикла, достигая максимума на 21-22 день Д. Два пика: в предовуляторный период и во вторую фазу (ниже первого)	1-А 2-Б 3-Г 4-Д
55.	ПК-3	Установите соответствие между ферментом и процессом биосинтеза стероидных гормонов, который он катализирует. Фермент 1. Ароматаза (CYP19A1) 2. 3β-гидроксистероиддегидрогеназа (3β-HSD) 3. 17α-гидроксилаза (CYP17) 4. Цитохром P450 _{ssc} (отщепляющий боковую цепь холестерина) Катализируемый процесс А. Превращение холестерина в прегненолон (лимитирующая стадия) Б. Ароматизация андрогенов (тестостерона) в эстрогены (эстрадиол) В. Превращение прегненолона в 17-гидроксипрегненолон Г. Превращение прегненолона в прогестерон Д. Превращение андростендиона в тестостерон	1-Б 2-Г 3-В 4-А
56.	ПК-3	Установите последовательность изменения концентрации гормонов в сыворотке крови во время нормального 28-дневного цикла (от первого дня). А. Пик лютеинизирующего гормона (ЛГ) Б. Постепенное повышение уровня прогестерона В. Начало повышения уровня фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) Г. Пик эстрадиола	В, Г, А, Б

57.	ПК-3	Установите последовательность ультразвуковых признаков (фолликулометрии) в течение нормального цикла. А. Исчезновение доминантного фолликула и появление свободной жидкости в позадиматочном пространстве Б. Визуализация желтого тела В. Наличие антральных фолликулов 5-10 мм Г. Визуализация доминантного фолликула 18-22 мм	В, Г, А, Б
58.	ПК-3	Установите последовательность изменения свойств цервикальной слизи (симптом «папоротника») в течение цикла. А. Отсутствие кристаллизации, густая слизь Б. Появление слабой кристаллизации В. Выраженный симптом «папоротника» (лист папоротника) Г. Исчезновение кристаллизации, вязкая слизь	А, Б, В, Г
59.	ПК-3	Установите последовательность событий в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси во время лютеиново-фолликулярного перехода (конец одного цикла — начало следующего). А. Снижение уровня прогестерона и эстрадиола Б. Регресс желтого тела В. Увеличение частоты и амплитуды импульсов ГнРГ Г. Рост уровня ФСГ	Б, А, В, Г
60.	ПК-3	Установите последовательность процессов, приводящих к овуляции. А. Резкое повышение секреции ЛГ гипофизом Б. Достижение фолликулом преовуляторного размера (18-24 мм) С. Максимальное повышение уровня эстрадиола Д. Разрыв стенки фолликула и выход яйцеклетки Правильный ответ: В, С, А, Д	
61.	ПК-3	Пациентка А., 18 лет, обратилась с жалобами на отсутствие менструаций. Менархе в 15 лет, после чего менструации были нерегулярными, с интервалами 40-60 дней, а последние 8 месяцев отсутствуют полностью. При осмотре: рост 168 см, вес 48 кг (ИМТ 17,0 кг/м²). Обращает на себя внимание дефицит массы тела. Пациентка увлекается балетом, ежедневные интенсивные тренировки, придерживается строгой диеты с ограничением калоража. При УЗИ органов малого таза: матка и яичники обычных размеров, фолликулярный аппарат не изменен. Вопросы: 1. Сформулируйте предварительный диагноз в соответствии с классификацией нарушений менструального цикла. 2. Каков патогенез данного состояния? Назовите ключевое звено, связывающее энергетический дефицит и функцию гипоталамуса. 3. Составьте план персонализированного лечения для данной пациентки в амбулаторных условиях. Какие методы терапии являются первой линией?	1. Диагноз: Вторичная аменорея. Функциональная гипоталамическая аменорея (ФГА) на фоне энергетического дефицита (чрезмерные физические нагрузки и дефицит массы тела). 2. Патогенез: в основе патогенеза лежит снижение доступности энергии, приводящее к падению уровня лептина, вырабатываемого жировой тканью. Лептин является ключевым метаболическим сигналом для гипоталамуса. Его дефицит приводит к снижению импульсной секреции гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ), что, в свою очередь, вызывает гипогонадотропный гипогонадизм (снижение ФСГ и ЛГ) и, как следствие, ановуляцию и аменорею.

			3.Персонализированное лечение: Первой линией терапии является немедикаментозная коррекция образа жизни. Лечение должно начинаться в амбулаторных условиях и включать: Модификацию образа жизни: снижение интенсивности физических нагрузок, увеличение калорийности питания для достижения положительного энергетического баланса и постепенного набора веса до нормы (ИМТ > 19 кг/м²). Психотерапию: при наличии стрессового фактора или нарушений пищевого поведения. Гормональная терапия (заместительная гормональная терапия препаратами женских половых гормонов) рекомендуется при неэффективности немедикаментозных методов в течение 6-12 месяцев, а также для профилактики дефицита эстрогенов (снижение минеральной плотности костной ткани) на фоне длительной аменореи .
62.	ПК-3	Пациентка Б., 23 года, обратилась с жалобами на редкие менструации (раз в 3-4 месяца), жирную кожу, акне на лице и спине, а также избыточный рост волос на лице, груди и по белой линии живота (ежедневно вынуждена бриться). Менструальный цикл с менархе (13 лет) никогда не был регулярным. При осмотре: рост 164 см, вес 82 кг (ИМТ 30,5 кг/м²). По шкале Ферримана-Галлвея сумма баллов = 12. При УЗИ: объем обоих яичников по 13 см³, по периферии визуализируется множества мелких фолликулов (строма умеренно выражена). Вопросы: 1.Какие диагностические критерии положены в основу постановки диагноза? Соответствует ли им клиническая картина пациентки? 2.С учетом фенотипа заболевания, оцените риски развития каких сопутствующих состояний наиболее высоки у данной пациентки? 3.Предложите персонализированный план ведения пациентки в амбулаторных условиях, разделив его на этапы (коррекция образа жизни, медикаментозная терапия).	1.Диагноз и критерии: У пациентки имеются все три критерия синдрома поликистозных яичников (СПЯ) по Роттердамским критериям (2003), подтвержденным клиническими рекомендациями 2025 г : Олиго-/ановуляция: олигоменорея (цикл более 38 дней). Клиническая гиперандрогения: гирсутизм (балл по Ферриману-Галлвею > 4-6) и акне . Поликистозная морфология яичников: объем яичников > 10 см³. Наличие двух из трех критериев достаточно для постановки диагноза. Наиболее вероятный фенотип А (классический). 2.Риски: Учитывая наличие классического фенотипа (олигоановуляция + гиперандрогения + ПКЯ) в сочетании с ожирением,

			пациентка входит в группу высокого риска по развитию метаболических нарушений: инсулинорезистентности, нарушению толерантности к глюкозе и сахарному диабету 2 типа, дислипидемии, а также гиперпластических процессов эндометрия на фоне хронической ановуляции . 3.Персонализированный план ведения: Этап 1 (Первый шаг): Коррекция образа жизни. Снижение массы тела путем гипокалорийной диеты и регулярных физических нагрузок. Даже снижение веса на 5-10% улучшает гормональный профиль и может восстановить овуляцию. Этап 2 (Медикаментозная терапия): а) Для регуляции цикла, лечения гиперандрогенных проявлений и протекции эндометрия препаратами первой линии являются комбинированные оральные контрацептивы (КОК) с антиандрогенным эффектом (например, содержащие дроспиренон, диеногест) . б) При неэффективности КОК в отношении гирсутизма или при наличии противопоказаний к ним возможно добавление низких доз метформина (особенно при подтвержденной инсулинорезистентности) .
63.	ПК-3	Пациентка В., 30 лет, обратилась с жалобами на отсутствие беременности в течение 2 лет регулярной половой жизни без контрацепции. Менструальный цикл регулярный, 28-30 дней. При обследовании: у мужа спермограмма в норме. По данным УЗИ на 21-й день цикла: М-эхо 12 мм, структура неоднородная. Проведена биопсия эндометрия: обнаружены участки ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобные эндометрию, расположенные в толще миометрия. Вопросы: 1.О каком заболевании идет речь? Дайте определение и укажите код по МКБ-10. 2.Какие теории объясняют патогенез данного состояния? 3.С учетом того, что основной проблемой пациентки является бесплодие, а медикаментозная терапия не привела к наступлению беременности в течение 6 месяцев, какова дальнейшая тактика ведения пациентки в условиях специализированной помощи?	1.Диагноз: Эндометриоз матки (аденомиоз). Код по МКБ-10: N80.0. Определение: патологический процесс, при котором определяется наличие ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию, вне полости матки (в данном случае — в миометрии). 2.Патогенез: Существует несколько теорий. Наиболее признанная — имплантационная (транслокационная) теория Дж. Сэмпсона, согласно которой попадание клеток эндометрия в миометрий происходит через

			лимфатические и кровеносные сосуды. Также обсуждаются метастатическая теория (метаплазия целомического эпителия), эмбриональная теория, а также роль дисгормональных нарушений (локальная гиперэстрогения, резистентность к прогестерону) и иммунного дисбаланса . 3. Дальнейшая тактика: Бесплодие при аденомиозе может быть связано с нарушением рецептивности эндометрия и имплантации. Тактика определяется в соответствии с клиническими рекомендациями: Поскольку предшествующая медикаментозная терапия (вероятно, КОК или прогестины/диеногест) не привела к беременности, следующим этапом является направление на вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ). Перед программой ЭКО может быть рекомендована терапия агонистами ГнРГ в течение 3-6 месяцев для подавления очагов эндометриоза и улучшения результатов последующего переноса эмбрионов .
64.	ПК-3	Пациентка Г., 52 года, обратилась к гинекологу с жалобами на «приливы жара» до 10-15 раз в сутки, которые сопровождаются потливостью, сердцебиением, нарушением сна, раздражительностью и снижением работоспособности. Менструации отсутствуют в течение 1,5 лет. При осмотре: АД 130/85 мм рт. ст., пульс 76 уд/мин. Индекс массы тела 27 кг/м². При вагинальном осмотре отмечается сухость слизистой влагалища. Вопросы: 1. Определите диагноз и этап старения репродуктивной системы пациентки согласно классификации STRAW+10. 2. Какие изменения гормонального профиля (ФСГ, эстрадиол) характерны для данного периода? 3. Пациентка активна, социально востребована и просит подобрать лечение для улучшения качества жизни. Предложите варианты персонализированной терапии в амбулаторных условиях с учетом профиля безопасности. Назовите основные противопоказания к назначению менопаузальной гормональной терапии (МГТ).	1. Диагноз и этап: Постменопауза. Климактерический синдром средней степени тяжести (количество приливов от 6 до 10 в сутки, нарушение сна). Согласно классификации STRAW+10, пациентка находится в стадии ранней постменопаузы (Stage +1) . 2. Гормональные изменения: Для постменопаузы характерен гипогонадотропный гипогонадизм: Повышение уровня ФСГ (стойко >25 МЕ/л, обычно выше 30-40 МЕ/л). Снижение уровня эстрадиола (Е2) до очень низких значений (< 30-50 пмоль/л) . 3. Персонализированное лечение: Учитывая наличие вазомоторных симптомов и урогенитальных проявлений

			(сухость), а также отсутствие противопоказаний, пациентке показана менопаузальная гормональная терапия (МГТ). Выбор режима зависит от статуса матки: Персонализированный подход: Препаратами выбора являются микронизированный прогестерон 100 мг или дидрогестерон 10 мг в непрерывном режиме в сочетании с эстрадиолом 1-2 мг перорально или трансдермально (гель, пластырь). При жалобах на сухость во влагалище дополнительно могут быть рекомендованы локальные формы эстрогенов (кремы, свечи, таблетки), которые практически не всасываются в системный кровоток. Основные противопоказания к МГТ: рак молочной железы в анамнезе (или подозрение на него), рак эндометрия, тяжелые заболевания печени, тромбоэмболии в анамнезе, нелеченная гиперплазия эндометрия, влагалищное кровотечение неясной этиологии .
65.	ПК-3	Пациентка Д., 37 лет, обратилась с жалобами на отсутствие менструаций в течение 7 месяцев. До этого цикл был регулярным. Из анамнеза: двое родов, последние 2 года предохранялась ВМС. ВМС удалена 8 месяцев назад. Операций и тяжелых заболеваний не было. При УЗИ: матка и яичники не изменены, М-эхо 4 мм. Проба с прогестероном отрицательная (кровотечения нет). Гормональный профиль: ФСГ — 45 МЕ/л, пролактин, ТТГ — в норме. Вопросы: 1.Сформулируйте диагноз. Каковы диагностические критерии данного состояния? 2.Объясните патогенез: почему при высоком ФСГ уровень эндометрия низкий и проба с прогестероном отрицательная? 3.Пациентка планирует еще одну беременность. Какова врачебная тактика в условиях амбулаторного центра с возможностью направления в дневной стационар?	1.Диагноз: Преждевременная недостаточность яичников (ПНЯ), вторичная аменорея. Диагноз подтверждается повышением ФСГ до уровня менопаузы (выше 25-30 МЕ/л) у женщины младше 40 лет и аменореей . 2.Патогенез отрицательной пробы: Высокий уровень ФСГ является компенсаторной реакцией гипофиза на резкое снижение функции яичников и выработки эстрадиола. Из-за глубокой гипоестрогении (низкого E2) эндометрий тонкий (гипопластичный) и не получает пролиферативной стимуляции. Поэтому введение прогестерона, который вызывает секреторную трансформацию и отторжение только предварительно подготовленного эстрогенами эндометрия, не

			приводит к менструальноподобной реакции. Проба отрицательная, что указывает на эстрогеновую недостаточность . 3.Тактика при планировании беременности: 1-й этап (амбулаторно): Консультация репродуктолога. ПНЯ — это состояние, при котором собственная яйцеклетка, как правило, отсутствует или ее получение крайне маловероятно. 2-й этап (дневной стационар/стационар ВРТ): Пациентке показана программа ЭКО с использованием донорских ооцитов. Это единственный реальный шанс наступления беременности. Проводится подбор синхронизации циклов реципиента (пациентки) и донора с последующей гормональной поддержкой для имплантации. Сопутствующая терапия: Пациентке необходима заместительная гормональная терапия (ЗГТ) препаратами женских половых гормонов для профилактики дефицита эстрогенов (остеопороз, сердечно-сосудистые заболевания, урогенитальная атрофия) до возраста естественной менопаузы .
66.	ПК-3	Для оценки овариального резерва и выбора тактики стимуляции овуляции у пациентки 35 лет с вторичной аменореей врач планирует исследовать уровень гормона на 2-3 день менструального цикла (или в день случайного уровня прогестерона). Уровень какого гормона имеет наибольшее прогностическое значение для оценки овариального резерва?	АМГ (Антимюллеров гормон)
67.	ПК-3	Пациентке 28 лет с диагностированной гиперпролактинемией и вторичной аменореей назначен агонист дофамина. Контроль эффективности терапии и исключение роста аденомы гипофиза требует динамического наблюдения. Уровень какого показателя сыворотки крови является основным лабораторным критерием эффективности проводимого лечения?	Пролактин
68.	ПК-3	Согласно клиническим рекомендациям, для диагностики синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) у взрослых используется критерий, включающий три компонента, два из которых достаточны для постановки диагноза. Назовите ЕДИНСТВЕННЫЙ критерий, который НЕ может быть использован для постановки диагноза СПКЯ у женщин в постменопаузе.	Олиго/ановуляция (или Нарушение менструального цикла)

69.	ПК-3	Для верификации маточной формы аменореи (синдром Ашермана) после внутриматочных вмешательств необходимо провести визуализацию полости матки. Согласно клиническим рекомендациям, какой метод инструментальной диагностики является «золотым стандартом» для подтверждения данного диагноза?	Гистероскопия
70.	ПК-3	При оценке полового развития девочки по Таннеру (стадии P2-3, Ma3) менархе отсутствует. Согласно определению первичной аменореи в клинических рекомендациях, до какого возраста ожидание менархе у данной пациентки считается физиологичным при наличии роста молочных желез и лобкового оволосения? (Ответ укажите в цифрах).	15 лет
71.	ПК-3	Для организации персонализированного лечения пациентки с нарушением цикла в амбулаторных условиях, первым этапом диагностики является: 1.МРТ головного мозга 2.Определение базальной температуры и гормональный профиль (ФСГ, ЛГ, пролактин на 2-5 день цикла) 3.Диагностическая лапароскопия 4.Гистеросальпингография	2
72.	ПК-3	В условиях дневного стационара пациентке с ановуляцией для индукции овуляции при нормальном уровне пролактина препаратом первой линии чаще всего является: 1.Кломифен цитрат 2.Прогестерон 3.Бромкриптин 4.Дюфастон	1
73.	ПК-3	При планировании персонализированной терапии женщине с нарушениями менструального цикла в амбулаторных условиях учет результатов гормонального исследования необходим для: 1.Определения тактики ведения и выбора группы препаратов 2.Назначения антибактериальной терапии 3.Решения вопроса о хирургическом лечении 4.Проведения физиотерапии	1
74.	ПК-3	Наиболее высокая фертильность (способность к зачатию) наблюдается при выполнении следующих условий: 1.Половой акт за 5-6 дней до овуляции 2.Половой акт за 1-2 дня до овуляции и в день овуляции 3.Половой акт через 2 дня после овуляции 4.Половой акт в лютеиновую фазу	2
75.	ПК-3	Какой диагностический метод наиболее информативен для диагностики опухоли гипофиза (при подозрении на гиперпролактинемию)? 1.УЗИ органов малого таза 2.Рентгенография черепа 3.Компьютерная томография (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ) 4.Электроэнцефалограмма 5.Ангиография	3
76.	ПК-3	Основным документом, определяющим стратегию ведения пациенток с менопаузальными расстройствами в РФ, являются: 1.Учебники по гинекологии 20-летней давности 2.Клинические рекомендации Минздрава РФ «Менопауза и климактерическое состояние у женщины» 3.Протоколы ВОЗ без адаптации	2

		4.Инструкции к БАДам	
77.	ПК-3	Вазомоторные симптомы (приливы) являются: 1.Показанием к назначению МГТ при отсутствии противопоказаний 2.Противопоказанием к МГТ 3.Состоянием, не требующим лечения 4.Признаком передозировки эстрогенов	1
78.	ПК-3	При появлении признаков венозной тромбоэмболии на фоне приема МГТ необходимо: 1.Добавить антиагреганты 2.Продолжить прием, так как это не связано с МГТ 3.Немедленно отменить МГТ и обратиться к специалисту 4.Снизить дозу вдвое	3
79.	ПК-3	Что из перечисленного НЕ входит в обязательное обследование перед назначением МГТ? 1.УЗИ органов малого таза 2.Маммография 3.Генетическое тестирование на все виды рака 4.Коагулограмма (при отягощенном тромботическом анамнезе)	3
80.	ПК-3	При планировании МГТ женщине с миомой матки небольших размеров: 1.МГТ противопоказана 2.МГТ возможна под контролем УЗИ (рост узлов) 3.Требуется обязательное удаление матки перед МГТ 4.Назначаются только высокие дозы прогестагенов	2
81.	ПК-3	Пациентке на МГТ рекомендуется динамическое наблюдение с периодичностью: 1.Один раз в 5 лет 2.Не реже 1 раза в год (гинеколог, маммолог, измерение АД) 3.Только при появлении жалоб 4.Еженедельно	2
82.	ПК-3	Основная причина редкого использования МГТ среди российских женщин: 1.Высокая эффективность альтернативных методов 2.Гормонофобия и недостаток информации 3.Низкая распространенность климактерических симптомов 4.Запрет на государственном уровне	2
83.	ПК-3	Женщинам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в анамнезе МГТ назначается с целью: 1.Лечения ИБС 2.Первичной профилактики инфаркта 3.Купирования тяжелых климактерических симптомов после оценки всех рисков 4.Снижения артериального давления	3
84.	ПК-3	Согласно междисциплинарному консенсусу, инициация МГТ требует: 1.Согласия только пациентки 2.Тщательной оценки индивидуальных рисков, включая сердечно-сосудистое здоровье 3.Назначения терапии всем женщинам старше 50 лет без обследования 4.Консультации только гинеколога	2

85.	ПК-3	При возникновении "прорывных" кровотечений на фоне непрерывного комбинированного режима МГТ у женщины в постменопаузе в первую очередь необходимо: 1. Увеличить дозу прогестагена 2. Отменить МГТ 3. Исключить патологию эндометрия (УЗИ, при необходимости биопсия) 4. Перейти на монотерапию эстрогенами	3
86.	ПК-3	К преимуществам трансдермальных эстрогенов перед пероральными относится: 1. Более удобный прием 2. Более низкая стоимость 3. Отсутствие первичного метаболизма в печени и меньший риск тромбозов 4. Более быстрое наступление эффекта	3
87.	ПК-3	Длительность МГТ согласно современным представлениям: 1. Строго ограничена 2 годами 2. Не должна превышать 5 лет 3. Подбирается индивидуально, в зависимости от симптомов и соотношения польза/риск 4. Пожизненная	3
88.	ПК-3	Основная цель добавления прогестагена к эстрогену в составе МГТ у женщин с сохраненной маткой: 1. Усиление терапевтического эффекта эстрогена 2. Профилактика гиперплазии эндометрия 3. Снижение либидо 4. Коррекция массы тела	2
89.	ПК-3	К абсолютным противопоказаниям для назначения МГТ относятся все перечисленные, КРОМЕ: 1. Рак молочной железы в анамнезе 2. Венозная тромбоэмболия в активной фазе 3. Менопаузальный синдром тяжелой степени 4. Менингиома (для препаратов, содержащих ципротерона ацетат)	3
90.	ПК-3	Циклический (последовательный) режим комбинированной МГТ чаще применяется: 1. В постменопаузе более 5 лет 2. В перименопаузе или ранней постменопаузе (менее 1-2 лет) 3. У женщин после овариоэктомии в любом возрасте 4. Только у женщин с гиперплазией эндометрия	2
91.	ПК-3	Какой прогестаген в исследованиях ассоциируется с наиболее нейтральным или благоприятным профилем в отношении риска РМЖ? 1. Медروксипрогестерона ацетат 2. Норэтистерона ацетат 3. Микронизированный прогестерон и дидрогестерон 4. Левоноргестрел	3
92.	ПК-3	Пациентке после гистерэктомии может назначаться: 1. Только комбинированная терапия 2. Монотерапия эстрогенами (без добавления прогестагена) 3. Только трансдермальные формы 4. Только фитоэстрогены	2
93.	ПК-3	При сочетании МГТ и заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) необходимо помнить, что:	1

		1.Эстрогены могут влиять на потребность в тиреоидных гормонах, требуется контроль ТТГ 2.МГТ абсолютно противопоказана 3.Эстрогены не взаимодействуют с тиреоидными гормонами 4.Требуется отмена терапии ЩЖ	
94.	ПК-3	У пациенток с гипертриглицеридемией назначение пероральных эстрогенов: 1.Является препаратом выбора 2.Может привести к дальнейшему повышению уровня триглицеридов 3.Не влияет на уровень триглицеридов 4.Снижает уровень триглицеридов	2
95.	ПК-3	Наличие в анамнезе венозной тромбоэмболии (ВТЭ) является: 1.Показанием для назначения МГТ 2.Относительным противопоказанием, требующим выбора трансдермального пути введения 3.Абсолютным противопоказанием к назначению МГТ (особенно пероральных форм) 4.Не имеет значения при выборе терапии	3
96.	ПК-3	Что из перечисленного НЕ является целью персонализированного подхода к МГТ? 1.Минимизация потенциальных осложнений 2.Улучшение качества жизни 3.Унификация лечения для всех женщин старше 50 лет 4.Профилактика остеопороза	3
97.	ПК-3	Пациенткам с преждевременной недостаточностью яичников (ПНЯ) рекомендуется: 1.Не назначать гормональную терапию 2.Назначение заместительной гормональной терапии для профилактики отдаленных последствий дефицита эстрогенов 3.Наблюдение без терапии до наступления естественной менопаузы 4.Только симптоматическая терапия	2
98.	ПК-3	Какой путь введения эстрогенов характеризуется более благоприятным профилем безопасности, особенно в отношении венозных тромбоэмболических осложнений? 1.Пероральный 2.Трансдермальный 3.Внутримышечный 4.Интраназальный	2
99.	ПК-3	Персонализированный подбор МГТ должен осуществляться с учетом всего перечисленного, КРОМЕ: 1.Возраста пациентки и стадии репродуктивного старения 2.Наличия соматических и гинекологических коморбидных состояний 3.Профиля безопасности препаратов и предпочтений женщины 4.Пожеланий родственников пациентки	4
100.	ПК-3	Для ведения пациенток с климактерическими расстройствами и сопутствующей соматической патологией наиболее важен: 1.Осмотр только гинеколога 2.Междисциплинарный подход (гинеколог, кардиолог, эндокринолог)	2

		3.Самостоятельное лечение без наблюдения врача 4.Наблюдение только терапевта	
--	--	---	--

Разработан:
ассистент кафедры акушерства и
гинекологии с курсом ДПО

Е.Ю. Сорокина