

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ПО ВЫБОРУ**  
**ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЯ**

Направление подготовки (специальность): 31.05.01 Лечебное дело

Профиль направления подготовки: 31.05.01 Лечебное дело

Кафедра акушерства и гинекологии

Форма обучения: Очная

Владимир  
2023

## 1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине/практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Гинекологическая эндокринология» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Гинекологическая эндокринология». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

*(Фонды оценочных средств позволяют оценить достижение запланированных результатов, заявленных в образовательной программе.*

*Оценочные средства – фонд контрольных заданий, а также описание форм и процедур, предназначенных для определения качества освоения обучающимися учебного материала.)*

## 2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине/практике используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Индивидуальный опрос	Средство контроля, позволяющий оценить степень раскрытия материала	Перечень вопросов
3	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

## 3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции*	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК 1	Текущий, Промежуточный	<b>Раздел</b> Эндокринные нарушения в гинекологии.	<i>Тест Индивидуальный опрос Ситуационная задача</i>
ПК 5	Текущий, Промежуточный	<b>Раздел</b> Эндокринные нарушения в гинекологии.	<i>Тест Индивидуальный опрос Ситуационная задача</i>
ПК 6	Текущий, Промежуточный	<b>Раздел</b> Эндокринные нарушения в гинекологии.	<i>Тест Индивидуальный опрос Ситуационная задача</i>

ПК 7	Текущий, Промежуточный	Раздел Эндокринные нарушения в гинекологии.	Тест Индивидуальный опрос Ситуационная задача
ПК 8	Текущий, Промежуточный	Раздел Эндокринные нарушения в гинекологии.	Тест Индивидуальный опрос Ситуационная задача

\* - не предусмотрены для программ аспирантуры

#### 4. Содержание оценочных средств входного, текущего контроля

Входной/текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: *теста, индивидуального опроса, решение ситуационной задачи*

Оценочные средства для текущего контроля.

##### Тест

1. <https://sdo.pimunn.net/question/edit.php?courseid=3044&category=769%2C81&qbshowtext=0&qbshowtext=1&recurse=0&showhidden=0&showhidden=1>

##### 4.1. Тесты для оценки компетенции

<b>Раздел Эндокринные нарушения в гинекологии.</b>	
1. ДЛЯ НОРМАЛЬНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА НЕ ХАРАКТЕРНО а. преобладание гестагенов в первой фазе цикла б. преобладание гестагенов во второй фазе цикла в. образование желтого тела в яичнике г. наличие овуляции на 14-16 день м.ц.	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
2. ПРИ НОРМАЛЬНОМ МЕНСТРУАЛЬНОМ ЦИКЛЕ НАИБОЛЬШИЙ УРОВЕНЬ ЭСТРОГЕННОЙ НАСЫЩЕННОСТИ ИМЕЕТ МЕСТО НА а. 10-14 день б. 3-5 день в. 14-16-й день г. 21-24-й день	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
3. ОСНОВНЫМ ЭСТРОГЕННЫМ ГОРМОНОМ В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ В ПЕРИОДЕ ПОСТМЕНОПАУЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ а. эстрон б. эстрадиол в. эстриол г. эстрадиол-дипропионат	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
4. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭСТРОГЕННОЙ НАСЫЩЕННОСТИ ОРГАНИЗМА МАЗКИ НА КОЛЬПОЦИТОЛОГИЮ НАДО ИССЛЕДОВАТЬ В СЛЕДУЮЩИЕ ДНИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА а. 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 27 б. 7, 14, 21, 29 в. 3, 10, 16, 20, 25 г. 1, 3, 5, 7, 9, 13, 15	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
5. ТЕСТ БАЗАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ОСНОВАН НА а. влиянии прогестерона на терморегулирующий центр гипоталамуса б. воздействии эстрогенов на гипоталамус в. влиянии простагландинов на гипоталамус	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

г. воздействию гормонов щитовидной железы на гипоталамус	
6. МОНОТОННАЯ ГИПОТЕРМИЧЕСКАЯ КРИВАЯ БАЗАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ а. ановуляторного менструального цикла б. двухфазного менструального цикла в. двухфазного менструального цикла с укорочением лютеиновой фазы г. двухфазного менструального цикла с удлинением лютеиновой фазы	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
7. ПОКАЗАТЕЛЕМ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ФУНКЦИИ ЖЕЛТОГО ТЕЛА НА ГРАФИКЕ БАЗАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ (ПРИ НОРМОПОНИРУЮЩЕМ МЕНСТРУАЛЬНОМ ЦИКЛЕ) ЯВЛЯЕТСЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ВТОРОЙ ФАЗЫ МЕНЕЕ а. 11-12 дней б. 8-10 дней в. 6-8 дней г. 4-6 дней	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
8. ПРИ ДВУХФАЗНОМ МЕНСТРУАЛЬНОМ ЦИКЛЕ ДОСТОВЕРНАЯ РАЗНИЦА БАЗАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ I И II ФАЗ СОСТАВЛЯЕТ: а. 0.4-0.6°C б. 0.7-0.8°C в. 0.2-0.3°C г. 0.9-1.5°C	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
9. СИМПТОМ «ЗРАЧКА» (+ + +) В ВИДЕ РАСКРЫТИЯ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА ДО 0.3 СМ В ДИАМЕТРЕ СООТВЕТСТВУЕТ _____ ДНЮ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА а. 13-14 б. 2-4 в. 10-12 г. 5-6	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
10. ФСГ СТИМУЛИРУЕТ а. рост и развитие фолликулов в яичнике б. продукцию инсулина в. продукцию ТТГ в щитовидной железе г. продукцию кортикостероидов	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
11. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ГОРМОНОВ НА КЛЕТКУ ОБУСЛОВЛЕН НАЛИЧИЕМ а. рецепторов б. простагландинов в. специфических ферментов г. митохондрий	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
12. ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ЖЕНЩИН В ПРЕМЕНОПАУЗЕ НАБЛЮДАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ а. вегето-сосудистые б. депрессивные в. предменструальные г. атрофические	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

<p>13. ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ЖЕНЩИН В ПРЕМЕНОПАУЗЕ НАБЛЮДАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ</p> <p>а. психо-эмоциональные  б. депрессивные  в. предменструальные  г. урогенитальные</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>14. ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ЖЕНЩИН В ПРЕМЕНОПАУЗЕ НАБЛЮДАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ</p> <p>а. обменно-эндокринные  б. депрессивные  в. предменструальные  г. урогенитальные</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>15. ДИСМЕНОРЕЯ - ЭТО</p> <p>а. болезненные менструации  б. отсутствие менструации 6 мес.  в. обильные менструации  г. частые менструации</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>16. В ЯИЧНИКЕ АНДРОГЕНЫ СЛУЖАТ СУБСТРАТОМ ДЛЯ ОБРАЗОВАНИЯ</p> <p>а. эстрогенов  б. прогестерона  в. пролактин  г. кортикостероидов</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>17. ОСНОВНЫМ ЭСТРОГЕННЫМ ГОРМОНОМ В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ В ПЕРИОДЕ ПОСТМЕНОПАУЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а. эстрон  б. эстрадиол  в. эстриол  г. эстрадиол-дипропионат</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>18. КАКОЙ ИЗ ТЕСТОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ ДВУХФАЗНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА</p> <p>а. базальная термометрия в динамике  б. кариопикнотический индекс во 2-й фазе цикла  в. симптом «папоротника» во 2-й фазе цикла  г. симптом зрачка во 2-й фазе цикла</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>19. ОСНОВНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЭСТРОГЕНОВ НА ОРГАНИЗМ</p> <p>а. стимулирует пролиферативные процессы в эндометрии  б. блокирует рецепторы к окситоцину  в. ослабляет пролиферативные процессы в эндометрии  г. вызывает секреторные преобразования в эндометрии</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>20. ГЕСТАГЕНЫ ОБЛАДАЮТ СЛЕДУЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ</p> <p>а. обеспечивают секреторные процессы в эндометрии  б. снижают содержание холестерина в крови  в. определяют развитие первичных и вторичных половых признаков  г. повышают тонус матки</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>21. ПЕРВИЧНАЯ ДИСМЕНОРЕЯ ОБУСЛОВЛЕНА</p> <p>а. инфантилизмом</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

<p>б. СПКЯ</p> <p>в. хроническим сальпингоофоритом</p> <p>г. эндометриозом</p>	
<p>22. ЭСТРОГЕНЫ СЕКРЕТИРУЮТСЯ ВЕЗДЕ, КРОМЕ</p> <p>а. мозгового слоя надпочечников</p> <p>б. клеток внутренней оболочки фолликула</p> <p>в. желтого тела</p> <p>г. коркового вещества надпочечников</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>23. МАЛЫЕ ДОЗЫ ЭСТРОГЕНОВ</p> <p>а. стимулируют продукцию ФСГ</p> <p>б. подавляют продукцию ФСГ</p> <p>в. усиливают продукцию ЛГ</p> <p>г. подавляют продукцию ЛГ</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>24. ГЕСТАГЕНЫ ОБЛАДАЮТ СЛЕДУЮЩИМ ВЛИЯНИЕМ НА ОРГАНИЗМ</p> <p>а. гипертермическим</p> <p>б. гипотермическим</p> <p>в. стимулируют отделение желчи</p> <p>г. уменьшают отделение желудочного сока</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>25. АНДРОГЕНЫ ОБРАЗУЮТСЯ В</p> <p>а. яичнике (интерстициальных клетках, строме, внутренней теке)</p> <p>б. поджелудочной железе</p> <p>в. щитовидной железе</p> <p>г. гипоталамусе</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>26. АНДРОГЕНЫ ОБРАЗУЮТСЯ В</p> <p>а. сетчатой зоне коры надпочечников</p> <p>б. поджелудочной железе</p> <p>в. щитовидной железе</p> <p>г. гипоталамусе</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>27. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЦЕНТРАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ, КАК ПРАВИЛО, ПРИМЕНЯЮТ ВСЕ, КРОМЕ</p> <p>а. усиленного питания с повышенным содержанием белков и углеводов</p> <p>б. дегидратационной терапии</p> <p>в. лечебной физкультуры с водными процедурами</p> <p>г. снижения избыточной массы тела</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>28. ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ПРОБА (МАЛЫЙ ТЕСТ) С ДЕКСАМЕТАЗОНОМ) СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ТОМ, ЧТО:</p> <p>а. источником гиперандрогении являются надпочечники</p> <p>б. источником гиперандрогении являются яичники</p> <p>в. гиперандрогения связана с аденомой гипофиза</p> <p>г. гиперандрогения обусловлена кортикостеромой надпочечника</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>29. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНОГО СИНДРОМА (АГС) ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ:</p> <p>а. с момента установления диагноза</p> <p>б. после установления менструальной функции</p> <p>в. после замужества (в зависимости от времени планируемой беременности)</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

г. только после родов	
30. ОПТИМАЛЬНАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПАРЛОДЕЛА С ЦЕЛЬЮ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ: а. 6 месяцев б. не менее 1,5 – 2 лет в. 1 год г. постоянное применение	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
31. ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ ЯИЧНИКОВОГО ГЕНЕЗА ЧАСТО СОПРОВОЖДАЕТСЯ ВСЕМ ,КРОМЕ: а. увеличением уровня эстрогенов б. гиперсекрецией ЛГ в. повышением индекса ЛГ/ФСГ г. умеренной гиперпролактинемией	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
32. ДЛЯ СИНДРОМА РЕЗИТЕНТНЫХ ЯИЧНИКОВ ХАРАКТЕРНО ВСЁ ПЕРЕЧИЛЕННОЕ, КРОМЕ: а. снижению уровню эстрадиола в 1 фазе менструального цикла б. множества премордиальных фолликулов в ткани яичника (при гистологическом исследовании) в. положительной пробы с прогестероном у большинства женщин г. уровня эстрадиола, соответствующего таковому в пролиферативной фазе нормального менструального цикла	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
33. ПОВЫШЕННАЯ ПРОДУКЦИЯ ПРОЛАКТИНА У БОЛЬНЫХ С БЕСПЛОДИЕМ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА ВСЕМ,КРОМЕ: а. длительным приёмом бромкриптина б. развитием аденомы гипофиза в. снижением продукции в гипоталамусе пролактинингибирующего фактора г. развитием новообразования в гипоталамусе	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
34. ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМΙΑ ЧАСТО СОПРОВОЖДАЕТСЯ ВСЕМ ,КРОМЕ: а. повышением продукции ФСГ б. недостаточностью лютеиновой фазы цикла в. аменореей-галактореей г. ановуляцией	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
35. КОМБИНИРОВАННЫЕ ЭСТРОГЕН-ГЕСТАГЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ С ЛЕЧЕБНОЙ ЦЕЛЬЮ У БОЛЬНЫХ: а. с гиперандрогенией, обусловленной СПКЯ б. с гиперандрогенией, обусловленной аденобластомой яичника в. с аденогенитальным синдромом г. с надпочечниковой гиперандрогенией	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
36. ОПТИМАЛЬНАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПАРЛОДЕЛА С ЦЕЛЬЮ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ, КАК ПРАВИЛО, СОСТАВЛЯЕТ : а. 3-6 месяцев б. не менее 1.5-2 лет	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

<p>в. 1 год</p> <p>г. постоянное применение</p>	
<p>37. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ПАРЛОДЕЛА ВСЕ, КРОМЕ:</p> <p>а. блокирует выработку андрогенов</p> <p>б. освобождает рецепторы ЛГ</p> <p>в. восстанавливает гипоталамо-гипофизарно-яичниковые взаимоотношения</p> <p>г. угнетает секрецию пролактина</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>38. ПРИЧИНОЙ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ ВСЕ, КРОМЕ:</p> <p>а. феохромоцитома надпочечника</p> <p>б. арренобластома яичника</p> <p>в. склерокистоз яичника</p> <p>г. гипертеноз яичника</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>39. СИНДРОМ ИСТОЩЕНИЯ ЯИЧНИКОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ, КРОМЕ:</p> <p>а. регулярными менструациями</p> <p>б. монофазным характером кривой базальной температуры (ниже 37°C)</p> <p>в. отрицательной пробой с прогестероном</p> <p>г. положительной пробой с эстрогенами и прогестероном</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>40. МЕТОДЫ ,СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОССТАНОВЛЕНИЮ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ СИНДРОМЕ ИСТОЩЕНИЯ ЯИЧНИКОВ:</p> <p>а. двуфазная гормональная терапия</p> <p>б. стимуляция овуляции кломифеном</p> <p>в. стимуляция овуляции пергоналом</p> <p>г. назначение комбинированных эстроген-гестагенных препаратов в течение 2-3 месяцев</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>41. СИНДРОМ ИСТОЩЕНИЯ ЯИЧНИКОВ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ со всеми, кроме :</p> <p>а. с арренобластомой яичника</p> <p>б. с синдромом дисгенезии гонад</p> <p>в. с климактерическим синдромом</p> <p>г. с синдромом резистентных яичников</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>42. ДЛЯ СИНДРОМА РЕЗИСТЕНТНЫХ ЯИЧНИКОВ ХАРАКТЕРНО ВСЕ,КРОМЕ :</p> <p>а. высокое содержание эстрогенов</p> <p>б. гипопластичные яичники при лапароскопии</p> <p>в. наличие первичной (чаще) или вторичной аменореи</p> <p>г. отсутствие в яичниках при гистологическом исследовании премордиальных фолликул</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>43. АМЕНОРЕЯ – ЭТО ОТСУТСТВИЕ МЕНСТРУАЦИИ В ТЕЧЕНИЕ:</p> <p>а. 6 мес</p> <p>б. 1 год</p> <p>в. 4 мес.</p> <p>г. 5 мес.</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>44. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ИСТОЩЕНИЯ ЯИЧНИКОВ:</p> <p>а. на стимуляцию яичников</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,



<ul style="list-style-type: none"> <li>б. на сохранение менструальной функции</li> <li>в. на получение менструальноподобной реакции</li> <li>г. на уменьшение выраженности вегетососудистых расстройств</li> </ul>	
<p>45. ТЕСТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ (ТФД) ПОЗВОЛЯЮТ ОПРЕДЕЛИТЬ ВСЕ, КРОМЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. уровень нарушения менструального цикла</li> <li>б. двуфазность менструального цикла</li> <li>в. уровень эстрогенной насыщенности организма</li> <li>г. наличие овуляции</li> </ul>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>46. РАСТЯЖЕНИЕ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ СЛИЗИ ДО 10-12 СМ НА 24-Й ДЕНЬ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. об укорочении 2 фазы цикла</li> <li>б. об укорочении 1 фазы цикла</li> <li>в. о гиперандрогении</li> <li>г. об ановуляции</li> </ul>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>47. ПОВЫШЕНИЕ РЕКТАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ВО ВТОРУЮ ФАЗУ ОВУЛЯТОРНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ОБУСЛОВЛЕНО:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. гипертермический эффект прогестерона</li> <li>б. гипертермический эффект эстрогенов</li> <li>в. действием эстрогена, который снижает теплоотдачу</li> <li>г. подавлением биохимических процессов в матке</li> </ul>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>48. ОЛИГОМЕНОРЕЯ – ЭТО:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. редкие менструации</li> <li>б. скудные менструации</li> <li>в. частые менструации</li> <li>г. болезненные менструации</li> </ul>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>49. КАКОЙ ИЗ ТЕСТОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ ДВУХФАЗНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. базальная термометрия в динамике</li> <li>б. кариопикнотический индекс во 2-й фазе цикла</li> <li>в. симптом «папоротника» во 2-й фазе цикла</li> <li>г. симптом зрачка во 2-й фазе цикла</li> </ul>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>50. У БОЛЬНЫХ С АМЕНОРЕЕЙ ПРИ БОЛЕЗНИ СИММОНДСА НАБЛЮДАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, КРОМЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. ожирение</li> <li>б. преждевременного старения</li> <li>в. резкое истощение</li> <li>г. тяжелые обменно-эндокринные нарушения</li> </ul>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>51. ДЛЯ АНОВУЛЯТОРНОГО МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ХАРАКТЕРНО:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. длительная персистенция фолликула</li> <li>б. преобладание гестагенов в первую фазу цикла</li> <li>в. циклические изменения в организме</li> <li>г. преобладание гестагенов во второй фазе цикла</li> </ul>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>52. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ У БОЛЬНОЙ С АМЕНОРЕЕЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ПРОБЫ С ЭСТРОГЕНАМИ И ГЕСТАГЕНАМИ ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ЕЕ (ОТСУТСТВИЕ МЕНСТРУАЛЬНОЙ РЕАКЦИИ) ОБЫЧНО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О:</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

<ul style="list-style-type: none"> <li>а. маточной форме аменореи</li> <li>б. наличии аменореи центрального генеза</li> <li>в. яичниковой форме аменореи</li> <li>г. наличии синдрома поликистозных яичников</li> </ul>	
<p>53. ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ДЕКСАМЕТАЗОНА ПРИ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ ОБУСЛОВЛЕН:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. угнетением продукции АКТГ</li> <li>б. угнетением функции яичников</li> <li>в. угнетением функции надпочечников</li> <li>г. угнетением продукции ФСГ и ЛГ</li> </ul>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>54. ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ КОМБИНИРОВАННЫХ ЭСТРОГЕН-ГЕСТАГЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ ОБУСЛОВЛЕН :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. угнетением продукции ФСГ и ЛГ гипофизом</li> <li>б. угнетением функции яичников</li> <li>в. угнетением функции надпочечников</li> <li>г. угнетением продукции АКТГ</li> </ul>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>55. ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ ЯИЧНИКОВОГО ГЕНЕЗА ЧАСТО СОПРОВОЖДАЕТСЯ ВСЕМ ,КРОМЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. гиперэстрогенией</li> <li>б. гиперсекрецией ЛГ</li> <li>в. повышением индекса ЛГ/ФСГ</li> <li>г. умеренной гиперпролактинемией</li> </ul>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>56. ПРИМЕНЕНИЕ ДЕКСАМЕТАЗОНА С ЛЕЧЕБНОЙ ЦЕЛЬЮ НЕ ПОКАЗАНО У ВСЕХ БОЛЬНЫХ,КРОМЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. с гиперандрогенией надпочечникового генеза</li> <li>б. с сочетанной формой склерополикистоза яичников</li> <li>в. с гиперандрогенией любого генеза</li> <li>г. с арренобластомой яичника</li> </ul>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>57. МЕТОДАМИ, ПРОВЕДЕНИЕ КОТОРЫХ ПОМОГАЕТ УТОЧНИТЬ ДИАГНОЗ СИНДРОМА ИСТОЩЕНИЯ ЯИЧНИКОВ, ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ,КРОМЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. определение прогестерона</li> <li>б. определение гонадотропных гормонов</li> <li>в. определение половых гормонов</li> <li>г. биопсия яичников</li> </ul>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>58. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ТИПИЧНОЙ ФОРМЫ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ВСЕ,КРОМЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. ларингит</li> <li>б. сухость слизистых</li> <li>в. боли в области сердца</li> <li>г. остеопороз</li> </ul>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>59. ДЛЯ АТИПИЧНОЙ ФОРМЫ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО ВСЕ,КРОМЕ :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. сухость слизистых</li> <li>б. симпато-адреналовые кризы</li> <li>в. тяжелое течение бронхиальной астмы</li> <li>г. тяжелое течение сахарного диабета</li> </ul>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>60. У БОЛЬНЫХ С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

<p>НАБЛЮДАЕТСЯ, КАК ПРАВИЛО, ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ВСЕХ ГОРМОНОВ, КРОМЕ:</p> <p>а. ЭСТРОДИОЛА б. АКТГ в. ЛГ г. ФСГ</p>	
<p>61. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРИМЕНЯЮТ ВСЕ, КРОМЕ:</p> <p>а. двухфазных КОК б. бальнеотерапию в. витамины А и Е г. шейно-лицевую гальванизацию</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>62. ПРИ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОМ СИНДРОМЕ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ</p> <p>а. гипертоническую б. нейропсихическую в. отечную г. цефалгическую</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>63. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ:</p> <p>а. андрогены б. фитоэстрогены в. МГТ г. эстрогены</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>64. ПРИ ОСТЕОПОРОЗЕ У БОЛЬНЫХ С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЯТЬ ВСЕ, КРОМЕ:</p> <p>а. гестагены б. чистые эстрогены в. МГТ г. витамин д</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>65. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА ВСЕ, КРОМЕ :</p> <p>а. нарушения стула б. головная боль, головокружение в. болезненное нагрубание молочных желез г. прибавка массы тела на 1-2 кг</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>66. ОБМЕННО-ЭНДОКРИННЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ВСЕ, КРОМЕ :</p> <p>а. боли внизу живота б. ожирение в. атеросклероз г. остеопороз</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>67. СОДЕРЖАНИЕ НЕКОТОРЫХ ГОРМОНОВ ЯИЧНИКА И АДЕНОГИПОФИЗА ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА , КРОМЕ:</p> <p>а. эстрадиол снижается, ФСГ снижается б. ФСГ повышается в. ФСГ повышается, ЛГ повышается</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

г. эстрадиол снижается, АКТГ без изменений	
68. ВЕГЕТО-СОСУДИСТЫЕ СИМПТОМЫ ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ВСЕ, КРОМЕ: а. быстрая утомляемость б. сердцебиение в. потливость г. чувство онемения в конечностях	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
69. У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ФОРМОЙ СКЛЕРОКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ОТМЕЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ: а. яичники не увеличены б. нарушение менструального цикла часто с первой менструации в. начальные проявления гирсутизма предшествуют первой менструации г. имеются увеличенные яичники	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
70. ЭХОГРАФИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ: а. объем яичника более 10 см <sup>3</sup> б. наличие 10 фолликулов диаметром 2-6 мм в. желтое тело в стадии регресса г. свободная жидкость в малом тазу	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
71. ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫПОЛНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ ВСЕГО, КРОМЕ: а. овариоэктомии б. резекции яичников в пределах здоровых тканей в. коагуляции г. дреллинга	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
72. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ МЕНОПАУЗОЙ НАЗЫВАЮТ : а. окончательное прекращение менструации по истечению 12 месяцев б. отрезок времени после последней менструации в. отрезок времени после окончания репродуктивного возраста г. период стабильной менструальной функции	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
73. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ НОРМОГОНАДОТРОПНАЯ НОРМОЭСТРОГЕННАЯ АНОВУЛЯЦИЯ СООТВЕТСТВУЕТ: а. синдрому поликистозных яичников б. дисгенезии гонад в. гипогонадотропному гипогонадизму г. преждевременной недостаточности яичников	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
74. ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ (ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИЯ ЯИЧНИКОВ) ПОКАЗАНА С ЦЕЛЬЮ ТЕРАПИИ: а. ановуляторного бесплодия б. гирсутизма	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

<p>в. ожирения</p> <p>г. гиперандрогении</p>	
<p>75. К ВЕГЕТАТИВНО – НЕРВНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА ОТНОСЯТ :</p> <p>а. приливы</p> <p>б. нарушение сна</p> <p>в. раздражительность</p> <p>г. снижение памяти</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>76. К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ ПРИ ИНДЕКСЕ МАССЫ ТЕЛА БОЛЕЕ 30 КГ/М2 У ПАЦИЕНТКИ ОТНОСЯТ:</p> <p>а. диетотерапию, метформин</p> <p>б. операцию на яичниках</p> <p>в. применение регуляторов обмена нейромедиаторов</p> <p>г. комбинированное лечение (оперативное, консервативное)</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>77. ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И НЕЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. электрокаутеризация яичников</p> <p>б. овариэктомия</p> <p>в. клиновидная резекция обоих яичников</p> <p>г. демедуляция яичников</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>78. У ПАЦИЕТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПЕРЕНОС ЭМБРИОНОВ В КОЛИЧЕСТВЕ:</p> <p>а. 1</p> <p>б. 4</p> <p>в. 2</p> <p>г. 3</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>79. ДЛЯ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>а. ановуляция</p> <p>б. наличие физических дефектов</p> <p>в. ускоренное созревание скелета</p> <p>г. дефект гена 21- гидроксилазы</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>80. В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ТЕРАПИИ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ ПРИ НАРУШЕНИИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА, ГИРСУТИЗМЕ И АКНЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ:</p> <p>а. комбинированные гормональные контрацептивы</p> <p>б. антиандрогены</p> <p>в. метформин</p> <p>г. препараты для стимуляции овуляции</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
<p>81. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ БЕСПЛОДИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ВКЛЮЧАЮТ:</p> <p>а. использование стимуляции овуляции в качестве первой линии терапии</p> <p>б. увеличение массы тела</p> <p>в. использование гонадотропинов</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

г. использование лапароскопии в качестве первой линии терапии	
82. К ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ОТНОСЯТ ОЛИГО-/ АНОВУЛЯЦИЮ, УЗ – ПРИЗНАКИ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И : а. гиперандрогению б. ожирение в. гиперпролактинемию г. инсулинорезистентность	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
83. МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ: а. склероз и утолщение капилляров б. наличие желтых и белых тел в. истонченная белочная оболочка г. уменьшение количества кистозно- атрезирующих фолликулов	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
84. ПОКАЗАНИЕМ К ЛАРАПОСКОПИИ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И БЕСПЛОДИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ: а. высокий уровень ЛГ б. нарушение жирового обмена в. коррекция менструального цикла г. наличие гиперандрогении	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
85. ГОРМОНАЛЬНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ: а. нормоэстрогения или гипоэстрогения б. гипоинсулинемия в. соотношение ФСГ/ЛГ более 1 г. повышение синтеза ССГ	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
86. К АСТЕНОНЕВРОТИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ: а. приливы б. тревога в. раздражительность г. плаксивость	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
87. К ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА ОТНОСЯТ: а. раздражительность б. головокружение в. приливы г. боли в сердце	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
88. СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ВСЕМ, КРОМЕ: а. по степени нарушения памяти б. по количеству приливов в. по наличию бессонницы г. по степени трудоспособности	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
89. КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: а. можно отнести к легкой форме при числе приливов до 10 в сутки и ненарушенном общем состоянии	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

б. возникает в результате гиперэстрогении в. обычно проходит самостоятельно г. нередко сопровождается развитием гирсутизма, гипертрихоза, снижением тембра голоса	
---	--

Ответы на тесты:

Во всех тестах –а

#### 4.2. Вопросы для индивидуального опроса для оценки компетенции

Вопросы	Компетенции
1. Нормальный менструальный цикл и его регуляция. 2. Дисменорея 3. Гиперпролактинемия 4. Климактерический синдром 5. Предменструальный синдром 6. Синдром поликистозных яичников, 7. Посткастрационный и постгистерэктомический синдромы	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

#### 4.3. Задачи для оценки компетенции:

№	Задача	Компетенция
1	<p>Пациентка К., 19 л., обратилась к врачу акушеру-гинекологу с <b>жалобами</b> на отсутствие менструаций в течение полутора лет.</p> <p>Из <b>анамнеза</b> известно следующее: менархе – в 13 лет, менструации установились сразу, до 17-и лет были регулярными, умеренно болезненными, необильными, длительностью 4 – 5 дней, наступали через 28 дней.</p> <p>С 17-и лет начала ограничивать себя в еде, поскольку считала свой вес избыточным. В течение года потеряла 12 кг, затем менструации прекратились. На фоне снижения массы тела самочувствие оставалось удовлетворительным. Эпизодически принимала слабительные средства. Половую жизнь отрицает.</p> <p><b>Объективно:</b>            состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожа бледная, шелушится на локтях и ладонях; рост = 174 см, вес = 45 кг; температура тела = 36,7 °С;            АД = 90/60 мм. рт. ст., пульс = 70 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s.            При <b>пальпации живот</b> мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания; перитонеальные симптомы отрицательные.            При <b>осмотре молочные железы</b> сформированы, округлой формы, симметричные, дряблые; при <b>пальпации</b> – мягкие, безболезненные, выделения из сосков отсутствуют.</p> <p><b>Данные гинекологического статуса:</b>            при <b>гинекологическом осмотре</b> наружные половые органы развиты правильно, гипотрофичны, слизистая вульвы бледная, сухая; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; девственная плева кольцевидной формы, её целостность не нарушена;            при <b>ректо-абдоминальном исследовании</b> матка расположена в позиции anteversio-flexio, уменьшена в размерах, плотная, подвижная, безболезненная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная.            По данным <b>УЗИ ОМТ</b> тело матки размерами 30 x 30 x 21 мм, эндометрий не визуализируется, М-эхо линейное; объем правого яичника = 3,8 см<sup>3</sup>, левого яичника = 3,2 см<sup>3</sup>, фолликулярный резерв выражен скудно: лоцируются единичные фолликулы.            При исследовании <b>гормонального статуса</b> обнаружено снижение уровней гонадотропных гормонов и эстрогенов.</p> <p><b>Вопросы:</b>            1. Сформулируйте диагноз.            2. Составьте план дообследования и лечения больной.</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
2	<p>Пациентка В., 18 л., обратилась к врачу акушеру-гинекологу с <b>жалобами</b> на отсутствие менструаций в течение 9-и месяцев.</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

	<p>Из <b>анамнеза</b> известно следующее: менархе – в 12 лет, менструации установились сразу, ранее были регулярными, умеренными, безболезненными, по 5 дней, длительность менструального цикла составляла 30 дней.</p> <p>Половую жизнь отрицает.</p> <p>В детстве росла и развивалась эмоциональной, подвижной девочкой.</p> <p>Год назад трагически погибли родители, тяжело переживала их смерть. Наблюдается у невролога, получает седативные препараты, регулярно посещает психотерапевта.</p> <p><b>Объективно:</b> состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, физиологической окраски; температура тела = 36,7 ° C; пациентка правильного телосложения, умеренного питания (рост = 168 см, вес = 62 кг); АД = 115/68 мм. рт. ст., пульс = 74 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. При <b>пальпации живот</b> мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания; перитонеальные симптомы отрицательные. При <b>осмотре молочные железы</b> сформированы, округлой формы, симметричные; при <b>пальпации</b> – мягкие, безболезненные, выделения из сосков отсутствуют.</p> <p><b>Данные гинекологического статуса:</b> при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; девственная плева кольцевидной формы, её целостность не нарушена; при <i>ректо-абдоминальном исследовании</i> матка расположена в позиции anteversio-flexio, не увеличена, нормальной консистенции, подвижная, безболезненная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная.</p> <p><b>Данные дополнительных методов исследования:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ на <i>краниограмме</i>: турецкое седло без патологии;</li> <li>▪ на <i>эхограмме ОМТ</i>: матка и яичники нормальных размеров;</li> <li>▪ проба с прогестероном отрицательная.</li> </ul> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте диагноз.</li> <li>2. Укажите патогенез нарушения менструального цикла.</li> <li>3. Определите дополнительные методы обследования, которые необходимо провести данной пациентке.</li> <li>4. Составьте план лечения больной.</li> </ol>	
3	<p>Пациентка В., 14 л., вместе с мамой обратилась к детскому гинекологу с <b>жалобами</b> на тянущие боли внизу живота, учащённое мочеиспускание, запоры.</p> <p>Данные симптомы беспокоят больную в течение 2-х недель.</p> <p>Менструации в анамнезе отсутствуют, половую жизнь отрицает.</p> <p>Данные за <b>экстрагенитальную патологию</b> отсутствуют.</p> <p><b>Объективно:</b> состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, физиологической окраски; рост = 155 см, вес = 48 кг; температура тела = 36,8 ° C; АД = 110/75 мм. рт. ст., пульс = 84 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. При <b>пальпации живот</b> напряжённый, болезненный в гипогастрии, преимущественно в надлобковой области, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания; перитонеальные симптомы отрицательные. При <b>осмотре молочные железы</b> сформированы в соответствии с возрастом, округлой формы, симметричные; при <b>пальпации</b> – мягкие, безболезненные, выделения из сосков отсутствуют.</p> <p><b>Данные гинекологического статуса:</b> при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно, соответственно возрасту; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; гимен кольцевидной формы, его целостность сохранена, прозрачный, напряжен, выбухает, через него просвечивает содержимое темного цвета; при <i>ректо-абдоминальном исследовании</i> над мочевым пузырем определяется округлое, болезненное, эластичное образование; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте клинический диагноз.</li> <li>2. Объясните механизм подобного нарушения.</li> <li>3. Определите тактику ведения больной.</li> </ol>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
4	<p>Пациентка Л., 28 л., пришла на прием к врачу акушеру-гинекологу с <b>жалобами</b> на отсутствие менструаций в течение 2-х лет после родов, отеки конечностей, лица, постоянные головные боли умеренной интенсивности, увеличение веса, общую слабость, утомляемость, сонливость.</p> <p><b>Акушерско-гинекологический анамнез:</b> менархе – в 14 лет, менструации установились сразу, ранее были регулярными, умеренными, безболезненными, по 5 дней, наступали через 28 – 30 дней. Половая жизнь с 20-и лет, в браке, один половой партнёр, после родов на протяжении двух лет в половые отношения не вступает по причине снижения либидо. Была 1 беременность, которая 2 года назад завершилась своевременными родами через естественные родовые пути,</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,



	<p>осложнёнными массивным ранним гипотоническим кровотечением, геморрагическим шоком, в результате чего было произведено переливание компонентов крови. Грудью не кормила по причине отсутствия лактации.</p> <p><b>Объективно:</b> состояние удовлетворительное; сознание ясное, пациентка заторможена, адинамична; кожа цвета воска, сухая, сниженного тургора; отмечаются отеки голеней, кистей, лица; температура тела = 36,0 °С; рост = 160 см, масса тела = 75 кг, за 2 года прибавила в весе 15 кг; АД = 90/60 мм. рт. ст., пульс = 67 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. Данные <b>общего анализа крови (ОАК):</b> эритроциты = 2,36 x 10<sup>12</sup>/л, гемоглобин = 88 г/л. При <b>пальпации живот</b> мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания; перитонеальные симптомы отрицательные. При <b>осмотре молочные железы</b> гипоплазированы, симметричные; при <b>пальпации</b> – мягкие, безболезненные, выделения из сосков отсутствуют. <b>Данные гинекологического статуса:</b> при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы гипотрофичны, слизистая вульвы бледная, сухая; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение на лобке скудное; при <i>исследовании в зеркалах</i> влагалищная порция шейки матки цилиндрическая, без нарушения эпителиального покрова, наружный зев щелевидный, закрыт; слизистая влагалища истончена, легко ранима, складчатость влагалища не выражена, выделения слизистые, крайне скудные; при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> матка расположена в позиции anteversio-flexio, не увеличена, подвижная, безболезненная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрованы; параметральная клетчатка свободная.</p> <p><b>Вопросы:</b> 1. Сформулируйте клинический диагноз. 2. Укажите изменения гормонального статуса, которые предполагаются у данной пациентки и их механизм. 3. Определите лечение, которое необходимо назначить данной больной.</p>	
5	<p>Пациентка М., 25 л., на приёме у врача акушера-гинеколога предъявляет <b>жалобы</b> на слабость, головокружение, эпизодическое обморочное состояние, похудение, выпадение волос на голове, лобке и в подмышечных впадинах, зябкость.</p> <p><b>Акушерско-гинекологический анамнез:</b> менархе – в 11 лет, менструации установились сразу, были регулярными, умеренными, безболезненными, по 5 – 6 дней, длительность менструального цикла составляла 30 дней. Половая жизнь с 22-х лет, в браке, один половой партнёр, после родов в течение года в половые отношения вступает довольно редко (со слов, не чаще 1 – 2 раз в месяц), применяет барьерный метод контрацепции (презерватив). Была 1 беременностью, которая год назад завершилась своевременными родами через естественные родовые пути, осложнёнными массивным ранним гипотоническим кровотечением, геморрагическим шоком; после родов развилась агалактия.</p> <p><b>Объективно:</b> состояние удовлетворительное; сознание ясное, пациентка апатична, адинамична, проявляет безразличие к окружающей обстановке; кожа цвета воска, сухая, сниженного тургора; волосы на голове, в подмышечных впадинах редкие, тонкие; рост = 175 см, вес = 52 кг; температура тела = 36,2 °С; АД = 100/62 мм. рт. ст., пульс = 65 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. При <b>пальпации живот</b> мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания; перитонеальные симптомы отрицательные. При <b>осмотре молочные железы</b> гипоплазированы, симметричные; при <b>пальпации</b> – мягкие, безболезненные, выделения из сосков отсутствуют. <b>Данные гинекологического статуса:</b> при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы гипотрофичны, слизистая вульвы бледная, сухая; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение на лобке скудное; при <i>исследовании в зеркалах</i> влагалищная порция шейки матки цилиндрическая, без нарушения эпителиального покрова, наружный зев щелевидный, закрыт; слизистая влагалища истончена, легко ранима, складчатость влагалища не выражена, выделения слизистые, крайне скудные; при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> матка расположена в позиции anteversio-flexio, не увеличена, подвижная, безболезненная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрованы; параметральная клетчатка свободная.</p> <p><b>Вопросы:</b> 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Составьте план дообследования больной. 3. Предложите патогенетические подходы к лечению.</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
6	<p>Пациентка С., 25 л., на приёме у врача акушера-гинеколога предъявляет <b>жалобы</b> на внезапное прекращение менструаций 5 лет назад, периодические головные боли, снижение остроты зрения в последнее время. Нарушения менструального цикла отмечает впервые.</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

	<p><b>Характер менструальной функции:</b> менархе – в 12 лет, менструации установились сразу, до 20-и лет были регулярными, умеренными, безболезненными, по 5 – 6 дней, длительность менструального цикла составляла 27 – 28 дней.</p> <p><b>Характер половой функции:</b> половая жизнь с 19-и лет, в браке, один половой партнёр, методы контрацепции в настоящее время не применяет; беременности ранее не наступали.</p> <p><b>Объективно:</b> состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, физиологической окраски; рост = 167 см, вес = 60 кг; температура тела = 36,7 ° С; АД = 115/75 мм. рт. ст., пульс = 73 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. При <b>пальпации живот</b> мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания; перитонеальные симптомы отрицательные. При <b>осмотре молочные железы</b> округлой формы, симметричные; при <b>пальпации</b> – мягкие, безболезненные, при нажатии на соски отмечается струйное выделение молока. Их числа <b>экстрагенитальных заболеваний</b> отмечает миопию средней степени тяжести.</p> <p><b>Данные гинекологического статуса:</b> при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы слегка гипотрофичны; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки конической формы, чистая, наружный зев точечный, закрыт; влагалище узкое, складчатость выражена незначительно, слизистая не гиперемирована; выделения из влагалища слизистые, скудные; при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> матка в позиции anteversio-flexio, не увеличена, нормальной консистенции, подвижная, безболезненная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрованы; параметральная клетчатка свободная.</p> <p>Проведено <b>исследование гормонального профиля:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ пролактин в сыворотке крови = 10500 МЕД/л (норма = 240 – 575 МЕД/л);</li> <li>▪ ФСГ в сыворотке крови = 0,3 МЕД/мл (норма = 2 – 20 МЕД/мл).</li> </ul> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Укажите наиболее вероятную причину аменореи.</li> <li>2. Определите план обследования пациентки, укажите первоочередное исследование, которое необходимо выполнить для подтверждения диагноза.</li> <li>3. Укажите, к врачу какой специальности следует направить пациентку для верификации диагноза и определения дальнейшей тактики ведения больной.</li> </ol>	
7	<p>Пациентка Т., 24 г., обратилась к врачу акушеру-гинекологу женской консультации с <b>жалобами</b> на отсутствие менструаций в течение 8-и месяцев, отделяемое белого цвета из молочных желёз.</p> <p><b>Акушерско-гинекологический анамнез:</b> менархе – в 12 лет, менструации установились сразу, ранее были регулярными, умеренными, безболезненными, по 3 – 4 дня, длительность менструального цикла составляла 28 дней. Половая жизнь с 20-и лет, в браке, один половой партнёр, применяет барьерный метод контрацепции (презерватив).</p> <p>Была 1 беременность, которая 3 года назад завершилась своевременными родами через естественные родовые пути без осложнений.</p> <p><b>Объективно:</b> состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, физиологической окраски; рост = 165 см, вес = 57 кг; температура тела = 36,7 ° С; АД = 120/77 мм. рт. ст., пульс = 75 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. При <b>пальпации живот</b> мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания; перитонеальные симптомы отрицательные. При <b>осмотре молочные железы</b> округлой формы, симметричные; при <b>пальпации</b> – мягкие, безболезненные; отмечается выделение молозива из молочных желёз. Данные за <b>экстрагенитальную патологию</b> отсутствуют.</p> <p><b>Данные гинекологического статуса:</b> при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы слегка гипотрофичны; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при <i>исследовании в зеркалах</i> влагалищная порция шейки матки с нарушением эпителиального покрова по передней губе, цилиндрической формы, наружный зев щелевидный, закрыт, симптом «зрачка» отрицательный; влагалище ёмкое, складчатость выражена незначительно, слизистая не гиперемирована; выделения из влагалища слизистые, скудные; при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> матка расположена в позиции anteversio-flexio, уменьшена в размерах, плотной консистенции, подвижная, безболезненная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрованы; параметральная клетчатка свободная. При <b>рентгенографии турецкого седла</b> отклонений от нормы не выявлено. Проведена <b>пайпель-биопсия эндометрия</b>, при <b>гистологическом исследовании биоптата</b> установлен атрофический характер эндометрия.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте предварительный диагноз.</li> <li>2. Укажите необходимые дополнительные методы исследования.</li> <li>3. Определите план лечения больной.</li> </ol>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
8	<p>Пациентка Н., 37 л., обратилась к врачу акушеру-гинекологу женской консультации с <b>жалобами</b> на отсутствие менструаций в течение полутора лет. Отмечает эпизодические</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

	<p>«приливы» жара, слабость, потливость, снижение толерантности к физической нагрузке (периодическую одышку).</p> <p><b>Акушерско-гинекологический анамнез:</b> менархе – в 14 лет, менструации установились через 2,5 года, ранее были регулярными, умеренными, безболезненными, по 3 – 5 дней, длительность менструального цикла составляла 30 дней. Со слов, с 34-х лет отмечает оскудение менструаций, задержки менструаций до 45 – 50 дней. В 35 лет менструации прекратились, появились приливы жара, бессонница, раздражительность.</p> <p>Половая жизнь с 25-и лет, был один половой партнёр; в настоящее время разведена, в половые отношения не вступала 2 года.</p> <p>Была единственная беременность, наступившая через 2 года после начала половой жизни без применения методов контрацепции, протекала на фоне угрозы прерывания, своевременные роды через естественные родовые пути без осложнений 10 лет назад.</p> <p><b>Перенесённые заболевания:</b> частые ОРВИ, перелом нижней трети левой большеберцовой кости в 32 года и перелом правой локтевой кости в 34 года.</p> <p><b>Объективно:</b> состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, физиологической окраски; температура тела = 36,7 ° C; пациентка избыточного питания (рост = 165 см, вес = 87 кг); АД = 130/83 мм. рт. ст., пульс = 87 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. При <b>пальпации живот</b> мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания; перитонеальные симптомы отрицательные; выражено абдоминальное ожирение. При <b>осмотре молочные железы</b> округлой формы, симметричные; при <b>пальпации</b> – мягкие, безболезненные; выделения из сосков отсутствуют.</p> <p><b>Данные гинекологического статуса:</b> при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при <i>исследовании в зеркалах</i> влагалищная порция шейки матки цилиндрической формы, чистая, наружный зев щелевидный, закрыт; слизистая влагалища сухая, гиперемированная, складчатость не выражена; симптом натяжения цервикальной слизи 0 – 1 см, симптом «зрачка» отрицательный; выделения из половых путей слизистые, крайне скудные; при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> матка расположена в позиции anteversio-flexio, гипопластичная, плотная, подвижная, безболезненная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрированы; параметральная клетчатка свободная.</p> <p><b>Вопросы:</b> 1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз. 2. Составьте план обследования пациентки. 3. Определите план лечения больной.</p>	
9	<p>К врачу акушеру-гинекологу женской консультации впервые обратилась пациентка М., 20 л., с <b>жалобами</b> на отсутствие менструаций в течение жизни.</p> <p>Половую жизнь отрицает.</p> <p>При <b>объективном исследовании</b> обращают на себя внимание низкий рост больной (142 см), косоглазие (страбизм), микрогнатия, высокое небо, короткая шея с кожными складками, низкое расположение ушных раковин, низкий уровень роста волос на шее сзади, бочкообразная грудная клетка, крыловидные лопатки, сколиоз, короткие плюсневые кости.</p> <p>Вторичные половые признаки неразвиты: молочные железы отсутствуют, соски втянуты, выделения из сосков отсутствуют; оволосение в подмышечных впадинах скудное.</p> <p>Состояние пациентки удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые физиологической окраски, на коже конечностей и туловища визуализируются многочисленные доброкачественные невусы размерами от 0,8 до 3,5 см; гемодинамика стабильная.</p> <p>При <b>пальпации живот</b> мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания; перитонеальные симптомы отрицательные.</p> <p>Из числа <b>экстрагенитальных заболеваний</b> отмечает нейросенсорную тугоухость; в возрасте 5 лет была проведена кардиохирургическая операция с целью устранения ВПС – коарктации аорты.</p> <p><b>Данные гинекологического статуса:</b> при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы сформированы по женскому типу, большие и малые половые губы гипопластичны; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение на лобке скудное; при <i>ректо-абдоминальном исследовании</i> пальпируется значительно уменьшенная в размерах матка; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная.</p> <p><b>Данные дополнительных методов исследования:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ при измерении <i>базальной температуры</i> отмечается монофазный характер кривой;</li> <li>▪ при оценке показателей <i>гормонального профиля</i> выявлено выраженное снижение уровня гонадотропинов, особенно СТГ и ФСГ;</li> <li>▪ данные <i>УЗИ ОМТ</i>: гонады имеют вид соединительнотканых тяжей длиной 1 – 1,5 см и шириной 0,3 – 0,5 см, отмечается выраженная гипоплазия матки;</li> <li>▪ произведено <i>каротиотипирование</i>: хромосомный набор – 45 XO.</li> </ul>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

	<p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.</li> <li>2. Составьте план дообследования больной.</li> <li>3. Предложите план лечения.</li> </ol>	
10	<p>К врачу акушеру-гинекологу женской консультации впервые обратилась пациентка З., 17 л., с <b>жалобами</b> на отсутствие менструаций в течение жизни. Половую жизнь отрицает. Из <b>анамнеза</b> известно, что росла и развивалась быстрее сверстников, активно занимается лёгкой атлетикой, регулярно участвует в соревнованиях. При <b>объективном исследовании</b> выявлено следующее: состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, физиологической окраски; рост = 185 см, вес = 67 кг; температура тела = 36,7 °С; АД = 110/70 мм. рт. ст., пульс = 72 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. Обращают на себя внимание широкие плечи, узкий таз, развитая мускулатура пациентки. Вторичные половые признаки недоразвиты: при <b>осмотре молочные железы</b> гипоплазированы, симметричные; при <b>пальпации</b> – мягкие, безболезненные; выделения из сосков отсутствуют; оволосение в подмышечных впадинах скудное, отмечается рост терминальных волос на бедрах, спине, груди, по белой линии живота, в области подбородка, верхней губы. При <b>пальпации живот</b> мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания; перитонеальные симптомы отрицательные. <b>Соматические заболевания</b> отрицает. <b>Данные гинекологического статуса:</b> при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы сформированы правильно, клитор, большие и малые половые губы гипопластичные; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по мужскому типу, скудное на лобке; при <i>ректо-абдоминальном исследовании</i> пальпируется значительно уменьшенная в размерах матка; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная. <b>Произведено УЗИ органов малого таза:</b> гонады имеют вид соединительнотканых тяжей длиной 1 – 1,5 см и шириной 0,3 – 0,5 см, отмечается выраженная гипоплазия матки.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте диагноз.</li> <li>2. Составьте план обследования пациентки.</li> <li>3. Определите план лечения.</li> </ol>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
11	<p>Пациентка П., 18 л., обратилась к врачу акушеру-гинекологу с <b>жалобами</b> на отсутствие менструаций в течение жизни, сухость и жжение в области влагалища, невозможность половой жизни, учащенное мочеиспускание. Из <b>анамнеза</b> известно следующее: в возрасте 6 лет оперирована по поводу паховой грыжи справа, в паховом канале было обнаружено образование, которое при гистологическом исследовании оказалось яичком. При <b>генетическом исследовании</b> установлен кариотип 46ХУ. В возрасте 7 лет была произведена операция кольпопоза из сигмовидной кишки. <b>Объективно:</b> состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, физиологической окраски; оволосение в подмышечных впадинах скудное; рост = 166 см, вес = 54 кг; температура тела = 36,7 °С; АД = 115/70 мм. рт. ст., пульс = 73 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. При <b>пальпации живот</b> мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания; перитонеальные симптомы отрицательные. При <b>осмотре молочные железы</b> гипоплазированы, симметричные; при <b>пальпации</b> – мягкие, безболезненные; выделения из сосков отсутствуют; <b>Соматические заболевания</b> отрицает. <b>Данные гинекологического статуса:</b> при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы сформированы правильно, большие и малые половые губы гипопластичные, слизистая ярко-розовая, при контакте слегка кровоточит; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена, оволосение на лобке скудное; при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> матка не пальпируется, придатки не определяются, их область тяжистая.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте клинический диагноз.</li> <li>2. Составьте план дообследования больной.</li> <li>3. Предложите план лечения.</li> </ol>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

12	<p>Пациентка Л., 35 л., обратилась к врачу акушеру-гинекологу с <b>жалобами</b> на отсутствие менструаций в течение полугода.</p> <p><b>Акушерско-гинекологический анамнез:</b> менархе – в 12 лет, менструации установились сразу, ранее были регулярными, умеренными, безболезненными, по 3 – 4 дня, длительность менструального цикла составляла 28 дней. Половая жизнь с 18-и лет, в браке, первый половой партнёр, последние несколько месяцев применяет барьерный метод контрацепции (презерватив).</p> <p>Было 6 беременностей, одна из которых завершилась своевременными родами через естественные родовые пути без осложнений 15 лет назад, остальные 5 – медицинскими абортми по желанию женщины на ранних сроках беременности. Последний медицинский аборт был произведён 5 месяцев назад, осложнился острым метроэндометритом (пациентка была госпитализирована в гинекологический стационар, где было проведено комплексное противовоспалительное лечение), после чего менструации прекратились.</p> <p><b>Объективно:</b> состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, физиологической окраски; температура тела = 36,7 ° С; рост = 165 см, вес = 64 кг; АД = 120/75 мм. рт. ст., пульс = 77 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. При <b>пальпации живот</b> мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания; перитонеальные симптомы отрицательные. При <b>осмотре молочные железы</b> округлой формы, симметричные; при <b>пальпации</b> – мягкие, безболезненные; выделения из сосков отсутствуют.</p> <p><b>Данные гинекологического статуса:</b> при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки цилиндрической формы, чистая, наружный зев щелевидный, закрыт; влагалище ёмкое, складчатость выражена, слизистая не гиперемирована; выделения из влагалища слизистые, умеренные; при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> матка в позиции anteversio-flexio, не увеличена, нормальной консистенции, подвижная, безболезненная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфицированы; параметральная клетчатка свободная. При исследовании <b>гормонального фона</b> выявлен нормальный уровень гонадотропных и половых гормонов. <u>Пробы с эстрогенами и гестагенами отрицательные.</u></p> <p><b>Вопросы:</b> 1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз. 2. Объясните механизмы развития подобных нарушений. 3. Составьте план дообследования и лечения пациентки</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
13	<p>Пациентка И., 27 л., поступила в гинекологическое отделение многопрофильного стационара с <b>жалобами</b> на отсутствие менструаций в течение 7-и месяцев, периодические ежемесячные тянущие боли внизу живота приблизительно в одни и те же даты.</p> <p><b>Акушерско-гинекологический анамнез:</b> менархе – в 14 лет, менструации установились сразу, ранее были регулярными, умеренными, безболезненными, по 3 – 4 дня, длительность менструального цикла составляла 30 дней. Половая жизнь с 18-и лет, в браке, первый половой партнёр, последние несколько месяцев применяет барьерный метод контрацепции (презерватив).</p> <p>Было 3 беременности, первая из которых завершилась своевременными оперативными родами путем КС в экстренном порядке по причине первичной слабости родовой деятельности 3 года назад, вторая – самопроизвольным выкидышем малого срока, третья – медицинским абортм по желанию женщины полгода назад. Считает себя больной после проведения медицинского аборта на сроке 8 недель по гестации. Послеоперационный период осложнился развитием гематометры, в связи с чем была произведена повторная вакуум-аспирация содержимого полости матки.</p> <p><b>Объективно:</b> состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, физиологической окраски; температура тела = 36,7 ° С; рост = 168 см, вес = 70 кг; АД = 120/80 мм. рт. ст., пульс = 78 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. При <b>пальпации живот</b> мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания; перитонеальные симптомы отрицательные. При <b>осмотре молочные железы</b> округлой формы, симметричные; при <b>пальпации</b> – мягкие, безболезненные; выделения из сосков отсутствуют.</p> <p><b>Данные гинекологического статуса:</b> при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки цилиндрической формы, чистая, наружный зев щелевидный, закрыт; симптом «зрачка» положительный (+++), симптом натяжения шеечной слизи – 8 см; влагалище ёмкое, складчатость выражена, слизистая не гиперемирована; выделения из влагалища слизистые, умеренные; при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> матка в позиции anteversio-flexio, слегка увеличена, плотной консистенции, подвижная, безболезненная при пальпации; придатки</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

	<p>с обеих сторон не определяются, их область безболезненная; влажные своды свободные, безболезненные, не инфильтрованы; параметральная клетчатка свободная.</p> <p><b>Результаты дополнительных методов исследования:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>гормональный профиль</i> – без отклонений от нормы;</li> <li>▪ <i>УЗИ ОМТ</i> – М-эхо на 9-ый д.м.ц. = 5,7 мм, лоцируются внутриматочные синехии в средней и нижней третях полости матки.</li> </ul> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте предварительный диагноз.</li> <li>2. Составьте план дообследования пациентки.</li> <li>3. Определите план лечения больной.</li> </ol>	
14	<p>Пациентка К., 16 л., обратилась в женскую консультацию с <b>жалобами</b> на кровянистые выделения из половых путей, начавшиеся 10 дней назад после задержки менструации на 1,5 месяца; слабость, утомляемость.</p> <p><b>Характер менструальной функции:</b> менархе – в 14 лет, менструации нерегулярные, со склонностью к задержкам по 23 – 30 дней, обильные, безболезненные, длятся в среднем 5 – 7 дней.</p> <p>Половую жизнь отрицает.</p> <p><b>Объективно:</b> состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, бледноватые; температура тела = 36,7 ° С; рост = 167 см, вес = 62 кг; АД = 105/70 мм. рт. ст., пульс = 87 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. Данные <b>ОАК:</b> Hb = 108 г/л, эритроциты = <math>3,3 \cdot 10^{12}/л</math>, ЦП = 0,78. При <b>пальпации живот</b> мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания; перитонеальные симптомы отрицательные. При <b>осмотре молочные железы</b> сформированы в соответствии с возрастом, округлой формы, симметричные; при <b>пальпации</b> – мягкие, безболезненные; выделения из сосков отсутствуют. Из числа <b>соматических заболеваний</b> отмечает БА смешанного генеза лёгкой степени тяжести, ДН 0 ст., псориаз.</p> <p><b>Данные гинекологического статуса:</b> при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; девственная плева кольцевидной формы, её целостность не нарушена; выделения из половых путей кровянистые, обильные; при <i>ректо-абдоминальном исследовании</i> матка в позиции retroversio-flexio, соответствует возрастной норме, плотная, подвижная, безболезненная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.</li> <li>2. Определите план дообследования больной.</li> <li>3. Предложите план лечения.</li> </ol>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
15	<p>Пациентка Т., 15 л., на приёме у врача акушера-гинеколога женской консультации предъявляет <b>жалобы</b> на беспорядочные кровянистые выделения в течение 2-х лет, возникающие после непродолжительной (на 2 – 3 недели) задержки менструации, слабость, головокружение.</p> <p>Из <b>анамнеза</b> известно, что данные выделения ранее прекращались только после самостоятельного приёма препаратов «Викасол» или «Дицинон».</p> <p>Очередное кровотечение, более обильное по сравнению с предыдущими, ставшее поводом для обращения для экстренной помощи в дежурный гинекологический стационар, наступило после задержки менструации длительностью 3 недели.</p> <p><b>Характер менструальной функции:</b> менархе – в 11 лет, менструации нерегулярные, со склонностью к задержкам, обильные, безболезненные, продолжительностью в среднем 7 дней.</p> <p>Половую жизнь отрицает.</p> <p><b>Объективно:</b> состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, бледные; температура тела = 36,7 ° С; рост = 157 см, вес = 47 кг; АД = 100/68 мм. рт. ст., пульс = 84 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. Данные <b>ОАК</b> при госпитализации: Hb = 88 г/л, эритроциты = <math>2,7 \cdot 10^{12}/л</math>, ЦП = 0,72. При <b>пальпации живот</b> мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания; перитонеальные симптомы отрицательные. При <b>осмотре молочные железы</b> сформированы в соответствии с возрастом, округлой формы, симметричные; при <b>пальпации</b> – мягкие, безболезненные; выделения из сосков отсутствуют.</p> <p><b>Данные гинекологического статуса:</b> при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; девственная плева кольцевидной формы, её целостность не нарушена; выделения из половых путей кровянистые, обильные, с мелкими сгустками;</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

	<p>при <i>ректо-абдоминальном исследовании</i> матка в позиции anteversio-flexio, соответствует возрастной норме, плотная, подвижная, безболезненная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная.</p> <p>В связи с рецидивирующим ювенильным кровотечением и неэффективностью симптоматической терапии пациентке было назначено гормональное лечение ударными дозами производного прогестерона – норэтистерона по схеме: «Норколут» 5 мг N2 x 2 р./сут.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.</li> <li>2. Определите ошибку выбранной врачебной тактики.</li> <li>3. Сформулируйте адекватный план ведения больной.</li> </ol>	
16	<p>Пациентка С., 25 л., обратилась к врачу акушеру-гинекологу с <b>жалобами</b> на ациклические кровянистые выделения из половых путей, интервал между которыми составляет 1,5 – 3 месяца, слабость, утомляемость, апатию, снижение работоспособности.</p> <p>Из <b>анамнеза</b> известно следующее: менархе – в 12 лет, с 13-ти лет отмечает частые маточные кровотечения, по поводу которых неоднократно было проведено лечение в детском гинекологическом отделении, где были назначены гемостатические препараты, препараты железа, витамины В9 (фолиевая кислота) и В12 (цианокобаламин).</p> <p>Половая жизнь с 20 и лет, вне брака, второй половой партнёр, применяет барьерный метод контрацепции (презерватив). Беременностей не было (не планировала).</p> <p>Консультирована <b>гематологом</b>: патология свёртывающей системы крови исключена.</p> <p><b>Объективно:</b></p> <p>состояние удовлетворительное; сознание ясное;</p> <p>кожные покровы, видимые слизистые чистые, бледноватые; температура тела = 36,7 ° С;</p> <p>пациентка нормостенического типа конституции (рост = 158 см, вес = 54 кг);</p> <p>АД = 105/70 мм. рт. ст., пульс = 83 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s.</p> <p>Данные <b>ОАК</b>: Нb = 110 г/л, эритроциты = 3,4 * 10<sup>12</sup>/л, ЦП = 0,8.</p> <p>Из числа <b>соматических заболеваний</b> отмечает хронический гастрит вне обострения.</p> <p>Со слов, соблюдает диету (придерживается принципов вегетарианства).</p> <p>При <b>пальпации живот</b> мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания; перитонеальные симптомы отрицательные.</p> <p>При <b>осмотре молочные железы</b> округлой формы, симметричные; при <b>пальпации</b> – мягкие, безболезненные; выделения из сосков отсутствуют.</p> <p><b>Данные гинекологического статуса:</b></p> <p>при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу;</p> <p>при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки конической формы, чистая, наружный зев точечный, закрыт; влагалище узкое, складчатость выражена, слизистая не гиперемирована; выделения из влагалища кровянистые, обильные;</p> <p>при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> матка в позиции anteversio-flexio, не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрованы; параметральная клетчатка свободная.</p> <p><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте клинический диагноз.</li> <li>2. Определите тактику ведения больной.</li> <li>3. Укажите ошибки ведения пациентки, допущенные в пубертатном периоде.</li> </ol>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
17	<p>Пациентка Н., 32 г., пришла на прием к врачу акушеру-гинекологу женской консультации с <b>жалобами</b> на обильные менструации, периодические межменструальные мажущие кровянистые выделения из половых путей длительностью 3 – 5 дней.</p> <p><b>Акушерско-гинекологический анамнез:</b> менархе – в 13 лет, менструации регулярные, безболезненные, по 7 дней, через 26 – 28 дней.</p> <p>Половая жизнь с 18-и лет, второй брак, второй половой партнёр, в течение трёх месяцев от беременности не предохраняется (планирует беременность).</p> <p>Была 1 беременность в первом браке, которая завершилась своевременными родами через естественные родовые пути, осложнёнными разрывами шейки матки II-ой степени.</p> <p>На приёме проведен <b>мочевой тест на ХГЧ</b>: результат отрицательный.</p> <p><b>Объективно:</b></p> <p>состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, физиологической окраски; рост = 168 см, вес = 66 кг; температура тела = 36,7 ° С;</p> <p>АД = 118/80 мм. рт. ст., пульс = 84 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s.</p> <p>Данные за <b>экстрагенитальную патологию</b> отсутствуют.</p> <p>При <b>пальпации живот</b> мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания; перитонеальные симптомы отрицательные.</p> <p>При <b>осмотре молочные железы</b> округлой формы, симметричные; при <b>пальпации</b> – мягкие, безболезненные; выделения из сосков отсутствуют.</p> <p><b>Данные гинекологического статуса:</b></p> <p>при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу;</p> <p>при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки цилиндрической формы, чистая, рубцово деформирована по передней губе, наружный зев щелевидный, закрыт; влагалище ёмкое, складчатость выражена, слизистая не гиперемирована; выделения из влагалища коричневатые, скудные;</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

	<p>при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> матка в позиции retroversio-flexio, не увеличена, нормальной консистенции, правильной формы, подвижная, безболезненная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрованы; параметральная клетчатка свободная. На приёме пациентка предъявила протокол <b>УЗИ органов малого таза</b>, проведённого на 6-ой день предыдущего менструального цикла: матка размерами 45 × 52 × 43 мм, структура миометрия однородная, М-эхо = 5,5 мм, неоднородное, в проекции М-эхо визуализируется округлое гиперэхогенное образование размерами 8 × 4 мм с сосудистой ножкой, исходящей из передней стенки матки; структура шейки матки без особенностей, цервикальный канал не расширен; яичники расположены в типичном месте, объем правого = 5,1 см<sup>3</sup>, левого = 4,9 см<sup>3</sup>; свободная жидкость в малом тазу не лоцируется.</p> <p><b>Вопросы:</b> 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите тактику ведения больной.</p>	
18	<p>Пациентка Т., 34 г., на приёме у врача акушера-гинеколога предъявляет <b>жалобы</b> на нарушения менструального цикла по типу обильных (с крупными сгустками диаметром около 5,0 см), длительных (до 9 – 12 дней), болезненных менструаций, наступающих регулярно через 30 – 36 дней. Настоящее кровотечение, возникшее неделю назад, началось с кровомазания в течение 3-х дней. Также предъявляет жалобы на бесплодие в течение 4-х лет (к репродуктологу не обращалась).</p> <p>Половая жизнь с 23-х лет, первый брак, второй половой партнёр, от беременности длительно не предохраняется (безрезультатно планирует беременность).</p> <p><b>Акушерско-гинекологический анамнез:</b> была 1 самостоятельно наступившая неразвивающаяся беременность по типу гибели эмбриона на сроке 9 – 10 недель по гестации 5 лет назад; при проведении кариотипирования ворсин хориона данных за генетическую патологию не выявлено.</p> <p>На приёме проведен <b>мочевой тест на ХГЧ:</b> результат отрицательный.</p> <p><b>Объективно:</b> состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, бледноватые; температура тела = 36,7 ° С; пациентка нормостенического типа конституции (рост = 170 см, вес = 70 кг); АД = 120/68 мм. рт. ст., пульс = 84 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s.</p> <p><b>Данные ОАК:</b> Нб = 105 г/л, эритроциты = 3,2 * 10<sup>12</sup>/л, ЦП = 0,75.</p> <p>Из числа <b>соматических заболеваний</b> отмечает ЖКБ вне обострения, ГЭРБ: рефлюкс-эзофагит вне обострения. Наблюдается у гастроэнтеролога, соблюдает рекомендованную диету.</p> <p>При <b>пальпации живот</b> мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания; перитонеальные симптомы отрицательные.</p> <p>При <b>осмотре молочные железы</b> округлой формы, симметричные; при <b>пальпации</b> – мягкие, безболезненные; выделения из сосков отсутствуют.</p> <p><b>Данные гинекологического статуса:</b> при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки конической формы, чистая, наружный зев точечный, закрыт; влагалище узкое, складчатость выражена, слизистая не гиперемирована; выделения из влагалища кровянистые, обильные; при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> матка в позиции anteversio-flexio, увеличена до 6-7 недель беременности, плотная, шаровидной формы, подвижная, чувствительная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрованы; параметральная клетчатка свободная.</p> <p>Проведено <b>УЗИ органов малого таза</b> на 7-й день менструального цикла: матка размерами 54 × 62 × 53 мм, структура миометрия диффузно неоднородная за счёт чередования гипо- и анэхогенных включений, толщина передней стенки превышает толщину задней, М-эхо = 5 мм, однородное; структура шейки матки – без особенностей, цервикальный канал не расширен; яичники расположены в типичном месте, объем правого = 5,6 см<sup>3</sup>, левого = 4,9 см<sup>3</sup>; свободная жидкость, объемные образования в малом тазу не визуализируются.</p> <p><b>Вопросы:</b> 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный клинический диагноз. 2. Определите тактику ведения больной</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
19	<p>Пациентка И., 48 л., поступила экстренно в гинекологическое отделение многопрофильного стационара с <b>жалобами</b> на обильные кровянистые выделения из половых путей, интенсивные схваткообразные боли внизу живота, начавшиеся 3 часа назад.</p> <p>При проведении <b>УЗИ органов малого таза</b> во время очередного медосмотра 2 года назад выявлен субмукозный миоматозный узел 0-го типа диаметром 2,0 см; за медицинской помощью после постановки диагноза не обращалась.</p> <p><b>Акушерско-гинекологический анамнез:</b> менархе – в 14 лет, менструации регулярные, в последнее время обильные, со сгустками, болезненные, по 7 – 9 дней, наступают через 32 дня. Половая жизнь с 18-и лет, в браке, один половой партнёр, применяет барьерный метод контрацепции (презерватив) в сочетании с календарным.</p> <p>Было 3 беременности, две из которых завершились своевременными родами через естественные родовые пути без осложнений, последняя 10 лет назад – медикаментозным абортom по желанию женщины без осложнений.</p> <p>Данные за <b>соматическую патологию</b> отсутствуют.</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,



	<p><b>Объективно:</b> состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, бледные;  рост = 160 см, вес = 60 кг; температура тела = 37,0 ° C;  АД = 110/67 мм. рт. ст., пульс = 85 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s.  Данные <b>ОАК:</b> Нb = 74 г/л, эритроциты = 2,0 * 10<sup>12</sup>/л, ЦП = 0,58.  При <b>пальпации живот</b> мягкий, болезненный в гипогастрии, где отмечается незначительное мышечное напряжение, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, перитонеальные симптомы отрицательные.  При <b>осмотре молочные железы</b> округлой формы, симметричные; при <b>пальпации</b> – мягкие, безболезненные, выделения из сосков отсутствуют.  <b>Данные гинекологического статуса:</b>  при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу;  при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки цилиндрической формы, чистая, из наружного зева исходит объемное округлое образование на тонкой ножке D = 3,0 см белесоватого цвета; влагалище ёмкое, складчатость выражена незначительно, слизистая не гиперемирована; выделения из влагалища кровянистые, обильные;  при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> во влагалище пальпируется шаровидное образование D = 3,0 см плотной консистенции, болезненное при пальпации; матка в позиции anteversio-flexio, плотная, подвижная, болезненная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрированы; параметральная клетчатка свободная.  <b>Вопросы:</b>  1. Сформулируйте клинический диагноз.  2. Определите urgentную тактику ведения больной.  3. Укажите причину данного состояния пациентки и верную тактику ее дальнейшего ведения.</p>	
20	<p>Пациентка Н., 47 л., обратилась к врачу акушеру-гинекологу с <b>жалобами</b> на кровянистые выделения из половых путей в течение 18-и дней, возникшие после задержки менструации длительностью 1,5 месяца.  Из <b>анамнеза</b> известно, что на фоне перенесённого стресса (со слов, муж погиб в автокатастрофе) за последние 2 года прибавила 7 кг веса. Консультирована эндокринологом: наследственность по СД не отягощена, данные за нарушения углеводного обмена отсутствуют.  <b>Акушерско-гинекологический анамнез:</b> менархе – в 16 лет, до настоящего кровотечения менструации были регулярными, умеренными, безболезненными, по 5 – 7 дней, наступали через 30 дней.  Половая жизнь с 23-х лет, будучи в браке, был один половой партнёр, после смерти мужа 2 года назад в половые отношения не вступала.  Было 3 беременности, первая из которых завершилась своевременными родами через естественные родовые пути без осложнений 20 лет назад, вторая – самопроизвольным выкидышем при беременности малого срока, третья – медикаментозным аборт по желанию женщины при беременности малого срока без осложнений.  <b>Объективно:</b> состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, бледноватые; рост = 164 см, вес = 80 кг; температура тела = 36,7 ° C;  АД = 128/76 мм. рт. ст., пульс = 85 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s.  При <b>пальпации живот</b> мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания; перитонеальные симптомы отрицательные; выражено абдоминальное ожирение.  При <b>осмотре молочные железы</b> округлой формы, симметричные; при <b>пальпации</b> – мягкие, безболезненные; выделения из сосков отсутствуют.  <b>Данные гинекологического статуса:</b>  при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу;  при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки цилиндрической формы, чистая, наружный зев щелевидный, закрыт; влагалище ёмкое, складчатость выражена незначительно, слизистая не гиперемирована; выделения из влагалища кровянистые, умеренные;  при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> матка в позиции anteversio-flexio, нормальной величины, плотная, правильной формы, подвижная, безболезненная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная; влагалищные своды свободные безболезненные, не инфильтрированы; параметральная клетчатка свободная.  Пациентке было дано направление на госпитализацию в дежурный гинекологический стационар, где в экстренном порядке было произведено <b>раздельное лечебно-диагностическое выскабливание (РЛДВ) цервикального канала и полости матки.</b>  Результат <b>гистологического исследования:</b> простая железистая гиперплазия эндометрия без атипии.  <b>Вопросы:</b>  1. Сформулируйте клинический диагноз.  Определите дальнейшую тактику ведения больной.</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
21	<p>Пациентка К., 16 л., поступила в детское гинекологическое отделение стационара с <b>жалобами</b> на кровянистые выделения из половых путей, которые появились после задержки менструации на 3 месяца и продолжаются в течение 17-и дней.  Из <b>анамнеза</b> известно следующее: отмечает частые (2 – 3 раза в месяц) носовые кровотечения, постоянную кровоточивость десен.</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

	<p><b>Характер менструальной функции:</b> менархе – в 12 лет, до настоящего кровотечения менструации были регулярными, умеренными, безболезненными, по 5 дней, наступали через 28 дней.</p> <p>Половую жизнь отрицает.</p> <p><b>Объективно:</b> состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, бледные; рост = 164 см, вес = 58 кг; температура тела = 36,7 ° С; АД = 110/70 мм. рт. ст., пульс = 82 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. Данные <b>ОАК:</b> Нв = 105 г/л, эритроциты = 3,2 * 10<sup>12</sup>/л, ЦП = 0,75.</p> <p><b>Соматические заболевания</b> отрицает.</p> <p>При <b>пальпации живот</b> мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания; перитонеальные симптомы отрицательные.</p> <p>При <b>осмотре молочные железы</b> сформированы в соответствии с возрастом, округлой формы, симметричные; при <b>пальпации</b> – мягкие, безболезненные; выделения из сосков отсутствуют.</p> <p><b>Данные гинекологического статуса:</b> при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; девственная плева кольцевидной формы, её целостность не нарушена; выделения из половых путей кровянистые, умеренные; при <i>ректо-абдоминальном исследовании</i> матка в позиции retroversio-flexio, соответствует возрастной норме, плотная, подвижная, безболезненная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная.</p> <p>Проведено <b>УЗИ органов малого таза:</b> патологии не стороны гениталий выявлено.</p> <p><b>Вопросы:</b> 1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз. 2. Укажите план обследования пациентки. 3. Определите тактику ведения больной.</p>	
22	<p>Пациентка Л., 27 л., обратилась к врачу акушеру-гинекологу с <b>жалобами</b> на нарушения менструального цикла по типу длительных (до 8 – 10-и дней), обильных (со сгустками) менструаций, возникающих в течение 2-х последних месяцев.</p> <p><b>Акушерско-гинекологический анамнез:</b> менархе – в 13 лет, ранее менструации были регулярными, умеренными, безболезненными, по 3 – 5 дней, длительность менструального цикла составляла 30 дней. Половая жизнь с 18-и лет, в браке, первый половой партнёр, на протяжении 3-х лет в качестве метода контрацепции использует негормональную медь-содержащую ВМС «Organon Multiload Cu-375». Было 3 беременности, одна из которых завершилась своевременными родами через естественные родовые пути без осложнений 4 года назад, 2 другие – медицинскими абортными на ранних сроках гестации по желанию женщины без осложнений.</p> <p><b>Объективно:</b> состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, бледные; рост = 172 см, вес = 68 кг; температура тела = 37,0 ° С; АД = 110/67 мм. рт. ст., пульс = 86 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s. Данные <b>ОАК:</b> Нв = 98 г/л, эритроциты = 3,0 * 10<sup>12</sup>/л, ЦП = 0,77, лейкоциты = 9,5*10<sup>9</sup>/л, СОЭ = 21 мм/ч.</p> <p><b>Соматические заболевания</b> отрицает.</p> <p>При <b>пальпации живот</b> мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания; перитонеальные симптомы отрицательные.</p> <p>При <b>осмотре молочные железы</b> округлой формы, симметричные; при <b>пальпации</b> – мягкие, безболезненные; выделения из сосков отсутствуют.</p> <p><b>Данные гинекологического статуса:</b> при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу; при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки цилиндрической формы, чистая, наружный зев щелевидный, закрыт, из наружного зева визуализируются контрольные нити ВМС; влагалище ёмкое, складчатость выражена, слизистая не гиперемирована; выделения из влагалища кровянистые, умеренные (8-ой день менструации); при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> матка в позиции anteversio-flexio, нормальной величины, плотная, подвижная, безболезненная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрованы; параметральная клетчатка свободная.</p> <p><b>Вопросы:</b> 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный клинический диагноз. 2. Укажите дополнительные методы дообследования пациентки. 3. Определите тактику ведения больной.</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
23	<p>Пациентка В., 30 л., пришла на прием к врачу акушеру-гинекологу с <b>жалобами</b> на длительную, обильную менструацию, которая началась своевременно 9 дней назад.</p> <p>Из <b>анамнеза</b> известно, что в течение 2-ой недели, согласно рекомендации дерматовенеролога, принимает гризеофульвин с целью лечения онихомикоза.</p>	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,

<p><b>Акушерско-гинекологический анамнез:</b> менархе – в 12 лет, ранее менструации были регулярными, умеренными, безболезненными, по 5 дней, длительность менструального цикла составляла 28 – 30 дней.</p> <p>Половая жизнь с 22-х лет, в браке, один половой партнёр, в течение пяти лет до родов регулярно принимала КОК «Ярина +», согласно инструкции, последний год метод контрацепции – прерванный половой акт (ППА).</p> <p>Была 1 беременность, которая завершилась своевременными родами через естественные родовые пути без осложнений 2 года назад.</p> <p><b>Объективно:</b> состояние удовлетворительное; сознание ясное; кожные покровы, видимые слизистые чистые, физиологической окраски; рост = 165 см, вес = 66 кг; температура тела = 36,7 ° С; АД = 120/80 мм. рт. ст., пульс = 68 уд./мин., ритмичный, удовлетворительных качеств, d = s.</p> <p>При <b>пальпации живот</b> мягкий, безболезненный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания; перитонеальные симптомы отрицательные.</p> <p>При <b>осмотре молочные железы</b> округлой формы, симметричные; при <b>пальпации</b> – мягкие, безболезненные; выделения из сосков отсутствуют.</p> <p><b>Данные гинекологического статуса:</b>  при <i>гинекологическом осмотре</i> наружные половые органы развиты правильно; область ануса, уретры, бартолиновых желёз не изменена; оволосение по женскому типу;  при <i>исследовании в зеркалах</i> шейка матки цилиндрической формы, чистая, наружный зев щелевидный, закрыт; влагалище ёмкое, складчатость выражена, слизистая не гиперемирована; выделения из влагалища кровянистые, умеренные;  при <i>бимануальном влагалищно-абдоминальном исследовании</i> матка в позиции anteversio-flexio, нормальной величины, плотная, правильной формы, подвижная, безболезненная при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная; влагалищные своды свободные, безболезненные, не инфильтрованы; параметральная клетчатка свободная. Со слов пациентки, 2 месяца назад при проведении <b>УЗИ органов малого таза</b> патологии выявлено не было.</p> <p style="text-align: center;"><b>Вопросы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте клинический диагноз.</li> <li>2. Укажите дополнительные методы обследования пациентки.</li> <li>3. Определите тактику ведения больной.</li> </ol>
--

## 5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

Оценочные средства:

1. Вопросы к зачету
2. Тестовые задания

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности

### 5.1.1. Вопросы к зачету по дисциплине *Гинекологическая эндокринология*

Вопросы	Код компетенции (согласно РПД)
1. Нормальный менструальный цикл и его регуляция.	УК 1, ПК 5, ПК 6, ПК 7, ПК 8,
2. Дисменорея	
3. Гиперпролактинемия	
4. Климактерический синдром	
5. Предменструальный синдром	
6. Синдром поликистозных яичников,	
7. Посткастрационный и постгистерэктомический синдромы.	

5.1.2. Тестовые задания к зачету по дисциплине Гинекологическая эндокринология

2. <https://sdo.pimunn.net/question/edit.php?courseid=3044&category=769%2C81&qbshowtext=0&qbshowtext=1&recurse=0&showhidden=0&showhidden=1>

## 6. Критерии оценивания результатов обучения

*Для зачета*

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
<b>Полнота знаний</b>	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок
<b>Наличие умений</b>	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными несущественными недочетами, выполнены все задания в полном объеме
<b>Наличие навыков (владение опытом)</b>	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов
<b>Характеристика сформированности компетенции*</b>	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач	Сформированность компетенции в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным задачам	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных профессиональных задач
<b>Уровень сформированности компетенций*</b>	Низкий	Ниже среднего	Средний	Высокий

\* - не предусмотрены для программ аспирантуры

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик(и):

Боровкова Л.В., зав.кафедрой, д.м.н., профессор  
Пак С.В., доцент, к.м.н.

Дата «31 января» 2023 г.