

ОРД-АКУШ.ГИН-21

**ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Минздрава России
Кафедра акушерства и гинекологии № 2**

Утверждено
Протоколом заседания Центрального
координационного учебно-методического
совета
от «5» февраля 2021 г. № 3

**СБОРНИК СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ И ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ДЛЯ
САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОРДИНАТОРОВ
по модулю «Эндокринология в акушерстве и гинекологии»
по основной профессиональной образовательной программе высшего
образования - программе ординатуры
по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология**

**Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от 28 января 2021 г. (протокол № 11)**

**Заведующий кафедрой
Д.м.н., профессор Т.И. Цидаева**

Составители:

Зав. кафедрой - профессор, д.м.н. Цидаева Татьяна Ильинична доцент, к.м.н. Чельдиева Аида Амурхановна; ассистент, к.м.н. Томаева Кристина Гурамовна; ассистент, к.м.н. Плиева Эмма Губеевна. доцент, к.м.н. Салбиева Наталия Георгиевна;

Рецензенты:

Зав. кафедрой акушерства и гинекологии № 1 ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России, профессор, д.м.н. Цаллагова Л.В.

Главный врач ГБУЗ «Родильный дом № 1» МЗ РСО-А, Тедтоева А.И.

Сборник содержит разнообразные ситуационные задачи и тестовые задания по специальности «Акушерство и гинекология» по модулю «Эндокринология в акушерстве и гинекологии». Пособие соответствует требованиям Федерального государственного образовательного стандарта и типовой программе по предмету. Сборник предназначен для клинических ординаторов по специальности «Акушерство и гинекология».

СОДЕРЖАНИЕ

Тема 1. ИЕРАРХИЧЕСКИЙ ПРИНЦИП ОРГАНИЗАЦИИ УПРАВЛЕНИЯ В ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЕ.	4
Тема 2. НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА.	12
Тема 3. НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ.	20
Тема 4. ДИСГОРМОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ.	31

ТЕМА № 1. ИЕРАРХИЧЕСКИМ ПРИНЦИП ОРГАНИЗАЦИИ УПРАВЛЕНИЯ В ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЕ.

Цель занятия: изучить и практически освоить особенности развития половой системы в разные возрастные периоды, анатомо-физиологические особенности женских половых органов, особенности регуляции нормального менструального цикла, тесты функциональной диагностики.

Порядок самостоятельной работы ординатора по подготовке к занятию:

1. Проверка исходного уровня знаний.
2. Теоретическое освоение целевых знаний и умений, необходимых для усвоения по данной теме.
3. Письменная подготовка заданий для самостоятельной работы в рабочей тетради.
4. Подготовка неясных вопросов и положений для выяснения их на занятии.

1. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО (БАЗОВОГО) УРОВНЯ ЗНАНИЙ:

Контрольные вопросы

1. Какие женские половые органы называют наружными, а какие - внутренними? Где проходит граница между ними?
2. Из каких частей состоит матка? Какими слоями представлена стенка тела матки?
3. Каким эпителием покрыты влагалищная порция шейки матки и цервикальный канал? Где проходит их граница?
4. Какова структура молочных желез? Когда развитие молочных желез достигает расцвета?
5. Укажите уровни регуляции менструального цикла (МЦ).
6. Перечислите принципы прямой и обратной связи.
7. Какие нейротрансмиттеры Вы знаете?
8. Чем цирхоральный ритм отличается от циркадного? В каком ритме выделяется ГнРГ? Что зависит от этого ритма?
9. Как изменяется выработка гонадотропинов в течение цикла? Зачем необходимо пиковое увеличение концентрации ФСГ и ЛГ? Когда, почему и зачем оно происходит?
10. Охарактеризуйте нормальный менструальный цикл.
11. Что происходит в яичнике в течение цикла? Какие гормоны вырабатывает яичник?
12. Что такое фолликул? Какова его структура?
13. Что такое атрезия фолликулов?
14. Что такое желтое тело? Какова его функция? Как долго оно существует?
15. Перечислите фазы маточного цикла. Что происходит в каждую из них в эндометрии?
16. Укажите особенности менструального цикла в пубертатном периоде.
17. Каковы особенности гормонального статуса в юношеском периоде?
18. Что такое ХГЧ? Какова его функция? Какой структурой вырабатывается ХГЧ?
19. Какие органы-мишени Вы знаете?
20. Назовите тесты функциональной диагностики.
21. Какие клинические характеристики имеет нормальный менструальный цикл?

2. ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

<p>Врач-ординатор должен знать: что относится к наружным и внутренним женским половым органам и их анатомо-физиологические особенности; определение функциональной системы, принципы и виды обратной связи, физиологию регуляции нормального МЦ, роль гонадолиберина (ГнРГ), фоллитропина (ФСГ), лютропина (ЛГ), пролактина (ПРЛ), андрогенов, эстрогенов, прогестерона, простагландинов, гормонов коры надпочечников, щитовидной железы; критерии нормального МЦ, механизм менструального кровотечения; тесты функциональной диагностики (ТФД) и гормональные исследования при нормальном МЦ</p>	<p>СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с. 2. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 656 с. 3. Гинекология : национальное руководство. Краткое издание / ред. Г. М. Савельева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 704 с. 4. Эндокринология : руководство в 2 т. Т.2. Заболевания поджелудочной железы, паращитовидных и половых желез / ред. С. Б. Шустов. - СПб. : СпецЛит, 2011. - 432 с. 5. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. - М.: МИА, 2005. 6. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 7. Акушерство: национальное руководство/Под.ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1200 с. 8. Гинекология: учебник, 4-е издание. / Под ред.Г. М. Савельева, В. Г. Бреусенко.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.-432 с. 9. Кулаков В.И. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. - М.: ГЭОТАР - МЕД, 2006. - 384 с. 10. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник. - 6-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 528 с. 11. Айламазян Э. К. Акушерство : учебник . - 7-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2010. - 543 с. 12. Акушерство : учебник / Г.М. Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 656 с. 13. Акушерство : учебник / Г.М.Савельева и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 656 с. 14. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации/ ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с. 15. Акушерство. Клинические лекции : учеб.пособие / ред. О. В. Макаров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 640 с. 16. Акушерство. Курс лекций : учеб.пособие / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 456 с. 17. Берек Дж., Адаши И., Хиллард П. Гинекология по Эмилю Новаку. - М.: Практика, 2002. - 896 с. 18. Гинекология / В. И. Дуда, В. И. Дуда, И. В. Дуда. - 2-е изд. стер. - М. : АСТ, 2008. - 896 с. 19. Гинекология : национальное руководство / ред. В. И. Кулаков. - М. :ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с. 20. Гинекология : учебник / под ред. Г.М. Савельевой. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 432 с. 21. Гинекология : учебник / под ред. Г.М. Савельевой. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 432 с. 22. Гинекология : учебник / под ред. Г.М. Савельевой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 432 с. 23. Гинекология : учебник / под ред. Г.М. Савельевой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 432 с. 24. Гинекология : учебник / ред. В. Е. Радзинский. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1000 с. 25. Гинекология : учебник / ред. Г. М. Савельева. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 432 с. 26. Гинекология от пубертата до постменопаузы/ ред. Э.К. Айламазян. - М.: Медпресс - информ, 2006. 27. Клинические лекции по акушерству и гинекологии в 2 т.
---	--

	<p>- 496 с.</p> <p>28. Клинические лекции по акушерству и гинекологии в 2 т. Т.2. Гинекология / ред. А.Н. Стрижаков. - М. : Медицина, 2010. - 440 с.</p> <p>29. Кэмбелл А. Медицинская этика.- М. ГЭОТАР - Медиа, 2007 - 4000 с.</p> <p>30. Манухин И. Б. Качество жизни и климактерий / И. Б. Манухин, В. Г. Тактаров, С. В. Шмелева. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. :Литтерра, 2015. - 320 с. - 1 экз.</p> <p>31. Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии. - М.: МИА, 2001. - 247 с.</p> <p>32. Репродуктивная эндокринология / Г.М.Кроненберг и др. : пер. с англ. - М. : Рид Элсивер, 2011. - 416 с.</p> <p>33. Руководство к практическим занятиям по акушерству : учеб.пособие / под ред. В.Е. Радзинского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.</p> <p>34. Руководство к практическим занятиям по гинекологии /Под ред. Ю.В.Цвелева, Е.Ф.Кира — СПб.:Фолиант,2003. - 320 с.</p> <p>35. Руководство к практическим занятиям по гинекологии : учеб.пособие / под ред. В.Е. Радзинского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 600 с.</p> <p>36. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т. / Под ред. А.С.Ярыгина - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2005.</p> <p>37. Учебник по акушерству и гинекологии / ред. А. М. Торчинов. - М. :Либри Плюс, 2016. - 408 с.</p> <p>38. Цвелев Ю.В., Абашин В.Г. Руководство к практическим занятиям по акушерству и перинатологии. Санкт-Петербург, Фолиант, 2004. - 640 с.</p> <p>39. Цхай В. Б. Перинатальное акушерство: учеб.пособие / В. Б. Цхай. - Ростов н/Д : Феникс ; Красноярск : Издательские проекты, 2007. - 512 с.</p>
<p>Врач-ординатор должен уметь: производить взятие материала для тестов функциональной диагностики, оценивать их показатели и данные гистологического исследования эндометрия, гормональные показатели.</p>	

3. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.

1. Ответьте на предложенные вопросы -тесты:

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ЛУТЕИНИЗИРУЮЩИЙ ГОРМОН ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ:

- 1) в гипофизе;
- 2) гипоталамусе;
- 3) фолликулах яичника;
- 4) желтом теле яичника.

2. ГОНАДОЛИБЕРИН ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ:

- 1) в гипофизе;
- 2) гипоталамусе;
- 3) фолликулах яичника;
- 4) желтом теле яичника.

3. Фолликулостимулирующий гормон вырабатывается:

- 1) в гипофизе;
- 2) гипоталамусе;
- 3) фолликулах яичника;
- 4) желтом теле яичника.

4. Для нормального маточного цикла характерна следующая последовательность смены фаз эндометрия:

- 1) десквамация, пролиферация, секреция, регенерация;
- 2) регенерация, десквамация, пролиферация, секреция;
- 3) десквамация, регенерация, пролиферация, секреция;
- 4) десквамация, регенерация, секреция, пролиферация.

5. Причины возникновения менструального кровотечения - это:

- 1) падение уровня прогестерона и эстрогенов;
- 2) нарушение кровообращения и сопутствующие деструктивные изменения эндометрия;
- 3) образование некрозов и очаговых гематом эндометрия;
- 4) повышение содержания протеолитических и фибринолитических ферментов эндометрия;
- 5) все перечисленное;
- 6) ничего из перечисленного.

6. Диагностировать овуляцию позволяет:

- 1) специальный амбулаторный тест;
- 2) УЗИ фолликулометрия;
- 3) гистероскопия;
- 4) гистологическое исследование соскоба эндометрия;
- 5) уровень прогестерона крови;
- 6) все перечисленное;
- 7) ничего из перечисленного.

7. К внутренним половым органам относятся:

- 1) яичники;
- 2) матка;
- 3) малые половые губы;
- 4) клитор;
- 5) девственная плева.

8. Менархе - это:

- 1) первая менструация в жизни;
- 2) последняя менструация в жизни;
- 3) первая беременность;
- 4) ничего из перечисленного.

9. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА СЧИТАЕТСЯ:

- 1) с последнего дня наступившей менструации до первого дня следующей менструации;
- 2) с первого дня наступившей менструации до первого дня следующей менструации;
- 3) с последнего дня наступившей менструации до последнего дня следующей менструации;
- 4) все перечисленное;
- 5) ничего из перечисленного.

10. НОРМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) не более 30 дней;
- 2) 21-35 дней;
- 3) 28-30 дней;
- 4) все перечисленное;
- 5) ничего из перечисленного.

11. НОРМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ МЕНСТРУАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) не более 3 дней;
- 2) 4-5 дней;
- 3) 2-7 дней;
- 4) все перечисленное;
- 5) ничего из перечисленного.

12. К ПЯТОМУ УРОВНЮ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) ткани и органы, клетки которых содержат рецепторы к половым гормонам;
- 2) циклическая аденозинмонофосфорная кислота;
- 3) яичники;
- 4) простагландины;
- 5) все перечисленное.

13. К ЧЕТВЕРТОМУ УРОВНЮ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) ткани и органы, клетки которых содержат рецепторы к половым гормонам;
- 2) циклическая аденозинмонофосфорная кислота;
- 3) яичники;
- 4) простагландины;
- 5) все перечисленное.

14. ПРЕДОВУЛЯТОРНЫЙ ФОЛЛИКУЛ ИМЕЕТ ДИАМЕТР, РАВНЫЙ:

- 1) 10-12 мм;
- 2) 15-18 мм;
- 3) 20-22 мм;
- 4) более 25 мм.

15. ЖЕЛТОЕ ТЕЛО СЕКРЕТИРУЕТ:

- 1) кортизол;
- 2) прогестерон;
- 3) окситоцин;

- 4) релаксин;
- 5) ингибин;
- 6) эстрадиол;
- 7) глюкокортикоиды;
- 8) все перечисленное;
- 9) ничего из перечисленного.

16. ГРАНУЛЕЗНЫЕ КЛЕТКИ Фолликулов яичника секретируют:

- 1) кортизол;
- 2) прогестерон;
- 3) окситоцин;
- 4) релаксин;
- 5) ингибин;
- 6) эстрадиол;
- 7) глюкокортикоиды;
- 8) все перечисленное;
- 9) ничего из перечисленного.

17. К ТРЕТЬЕМУ УРОВНЮ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ:

- 1) гипофиз и гипоталамус;
- 2) переднюю долю гипофиза;
- 3) медиобазальные ядра гипоталамуса;
- 4) лимбические структуры мозга;
- 5) все перечисленное;
- 6) ничего из перечисленного.

18. КО ВТОРОМУ УРОВНЮ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ:

- 1) гипофиз и гипоталамус;
- 2) переднюю долю гипофиза;
- 3) медиобазальные ядра гипоталамуса;
- 4) лимбические структуры мозга;
- 5) все перечисленное;
- 6) ничего из перечисленного.

19. ЦИРХОРАЛЬНЫЙ РИТМ СЕКРЕЦИИ ГОНАДОЛИБЕРИНА - ЭТО СЕКРЕЦИЯ ГОНАДОЛИБЕРИНА С ЧАСТОТОЙ ПРИМЕРНО:

- 1) 1 раз в 90 мин;
- 2) 1 раз в 30 мин;
- 3) 1 раз в 180 мин;
- 4) 1 раз в 24 ч.

20. СЕКРЕЦИЯ ПРОЛАКТИНА КОНТРОЛИРУЕТСЯ:

- 1) постоянной стимуляцией со стороны гипоталамуса посредством дофамина;
- 2) со стороны гипоталамуса посредством норадреналина;
- 3) постоянным торможением со стороны гипоталамуса посредством дофамина;
- 4) ничего из перечисленного.

21. К ПЕРВОМУ УРОВНЮ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ:

- 1) экстрагипоталамические структуры головного мозга;
- 2) кору головного мозга;

- 3) гипоталамус;
- 4) все перечисленное;
- 5) ничего из перечисленного.

2. Решите ситуационные задачи.

Задача № 1.

К врачу обратилась девочка 13 лет, обнаружившая на трусах пятно крови. До этого подобного явления никогда не было. Девочка напугана. При осмотре морфограмма (телосложение, рост, масса тела, развитие молочных желез, оволосение на лобке) соответствует возрасту. Специальное исследование: *virgo intacta*, девственная плева имеет одно отверстие лунообразной формы с ровными краями, из половых путей выделяется темная кровь в умеренном количестве. Каковы диагноз и действия врача?

Задача № 2.

Женщина 25 лет обратилась в женскую консультацию с жалобой на задержку менструации. Из анамнеза: менструации с 13,5 лет, установились сразу, по 5 дней через 28 дней, регулярные, безболезненные, необильные. 6 месяцев назад вышла замуж, половая жизнь регулярная, без контрацепции. Беременностей раньше не было. При осмотре: телосложение, оволосение по женскому типу, молочные железы развиты, половые органы развиты правильно, слизистая влагалища и шейки матки цианотична, выделения из половых путей светлые, слизистые, в умеренном количестве, матка крупнее нормы, размягчена, подвижна, безболезненна, придатки не пальпируются, область их безболезненна.

Каков диагноз? Какова тактика врача?

Задача № 3.

Женщина 50 лет обратилась к врачу с жалобами на задержки менструаций на 1 -3 месяца в течение последних 3 -х лет. Последняя менструация 8 месяцев назад.

Каков диагноз?

3. Заполните пустые ячейки в таблице «Уровни (звенья) регуляции репродуктивной системы»:

	1-й уровень	2-й уровень	3-й уровень	4-й уровень	5-й уровень
Органы, относящиеся к данному уровню	Кора головного мозга	Гипоталамус		Яичник	Матка и др. органы-мишени
Гормоны, вырабатываемые на данном уровне		гонадолиберин	ФСГ, ЛГ		

ТЕМА № 2. НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА.

Цель занятия: изучить и практически освоить нарушения менструального цикла (МЦ), изучить основные причины маточных кровотечений в разные возрастные периоды женщины, причины аменореи, альгодисменореи, патогенез, классификацию ВОЗ, алгоритм диагностики маточных кровотечений, аменореи; изучить принципы лечения (дифференцированный подход, цели и методы терапии) нарушений МЦ.

Порядок самостоятельной работы ординатора по подготовке к занятию:

1. Проверка исходного уровня знаний.
2. Теоретическое освоение целевых знаний и умений, необходимых для усвоения по данной теме.
3. Письменная подготовка заданий для самостоятельной работы в рабочей тетради.
4. Подготовка неясных вопросов и положений для выяснения их на занятии.

1. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО (БАЗОВОГО) УРОВНЯ ЗНАНИЙ:

Контрольные вопросы

1. Что называют меноррагией?
2. Определение полименореи, олигоменореи.
3. Какие Вы знаете термины, отражающие нарушения менструального цикла? Перечислите их, дайте определения.
4. Как классифицируют аменорею? Что такое физиологическая, патологическая, ложная, ятрогенная аменорея?
5. Зачем нужно знать уровень гонадотропинов при аменорее?
6. Какова направленность диагностического поиска при аменорее? Какими методами диагностики это достигают?
7. Основные клинико-эндокринологические синдромы (причины) аменореи по ВОЗ.
8. Какие заболевания тела, шейки матки, влагалища проявляются аменореей? Как их распознать?
9. Какие заболевания яичников вызывают аменорею? Как они проявляются?
10. Какие заболевания и нарушения функции гипофиза приводят к аменорее?
11. Перечислите гипоталамические и экстрагипоталамические причины аменореи.
12. Можно ли установить диагноз ДМК у пациентки, жалующейся на кровотечение из половых путей, на основании влагалищного исследования? Почему?
13. Какова классификация ДМК?
14. Объясните, что происходит в матке при дисфункциональном кровотечении.
15. Что общего и чем различаются ДМК в разных возрастных периодах?
16. Каковы отличия овуляторных и ановуляторных ДМК? Какие происходят чаще?
17. Какие методы используют для верификации диагноза ДМК?
18. Какие методы применяют для лечения ДМК?
19. В чем суть гормонального гемостаза? Как и кому его применять?
20. Всем ли пациенткам с ДМК необходимо хирургическое лечение? Почему?
21. Как проводят реабилитацию пациенток после ДМК? Какова цель реабилитационных мероприятий?
22. В чем заключается профилактика рецидивов маточных кровотечений?
23. Что такое дисменорея? Это вариант нормы или патологический синдром? Почему термин «альгоменорея» некорректен?
24. Какая существует классификация дисменореи?

25. Перечислите основные причины дисменореи.
26. С какими болезнями следует дифференцировать дисменорею?
27. Требуется ли дисменорея лечению? Какие для этого используют методы?

2. ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

<p>Врач-ординатор должен знать: определение функциональной системы, принципы и виды обратной связи, физиологию регуляции нормального МЦ, тесты функциональной диагностики (ТФД); термины, которые характеризуют нарушения МЦ, этиологию, патогенез, классификацию; основные причины нарушений МЦ и методы их диагностики; цели и методы лечения, пути первичной профилактики нарушений МЦ; основные лекарственные средства для лечения нарушений МЦ.</p>	<p>СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Гинекология : национальное руководство. Краткое издание / ред. Г. М. Савельева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 704 с. 2. Эндокринология : руководство в 2 т. Т.2. Заболевания поджелудочной железы, паращитовидных и половых желез / ред. С. Б. Шустов. - СПб. : СпецЛит, 2011. - 432 с. 3. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. - М.: МИА, 2005. 4. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006 5. Гинекология: учебник, 4-е издание. / Под ред. Г. М. Савельева, В. Г. Бреусенко.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.- 432 с. 6. Кулаков В.И. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. - М.: ГЭОТАР - МЕД, 2006. - 384 с. 7. Лекарственные средства, применяемые в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАР МЕД, 2006. - 317с. 8. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации/ ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с. 9. Берек Дж., Адаши И., Хиллард П. Гинекология по Эмилю Новаку. - М.: Практика, 2002. - 896 с. 10. Гинекология / В. И. Дуда, В. И. Дуда, И. В. Дуда. - 2-е изд. стер. - М. : АСТ, 2008. - 896 с. 11. Гинекология : национальное руководство / ред. В. И. Кулаков. - М. :ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с. 12. Гинекология : учебник / под ред. Г.М. Савельевой. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 432 с. 13. Гинекология : учебник / под ред. Г.М. Савельевой. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 432 с. 14. Гинекология : учебник / под ред. Г.М. Савельевой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 432 с. 15. Гинекология : учебник / под ред. Г.М. Савельевой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 432 с. 16. Гинекология : учебник / ред. В. Е. Радзинский. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1000 с. 17. Гинекология : учебник / ред. Г. М. Савельева. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 432 с. 18. Гинекология от пубертата до постменопаузы/ ред. Э.К. Айламазян. - М.: Медпресс - информ, 2006. 19. Древаль А. В. Эндокринные синдромы. Диагностика и лечение. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 416 с 20. Клинические лекции по акушерству и гинекологии в 2 т. Т.2. Гинекология / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : Медицина, 2010. - 440 с.
--	--

	<p>ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 320 с.</p> <p>23. Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии. - М.: МИА, 2001. - 247 с.</p> <p>24. Подзолкова Н.М., Глазкова О.Л. Симптом, синдром, диагноз. Дифференциальная диагностика в гинекологии. - М.: ГЭОТАР - МЕД, 2010. - 736 с.</p> <p>25. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии: compendium / ред. В. И. Кулаков. - М. :Литтерра, 2007. - 720 с.</p> <p>26. Репродуктивная эндокринология / Г.М.Кроненберг и др. : пер. с англ. - М. : Рид Элсивер, 2011. - 416 с.</p> <p>27. Руководство к практическим занятиям по гинекологии /Под ред. Ю.В.Цвелева, Е.Ф.Кира — СПб.:Фолиант,2003. - 320 с.</p> <p>28. Руководство к практическим занятиям по гинекологии : учеб.пособие / под ред. В.Е. Радзинского. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2007. - 600 с.</p> <p>29. Схемы лечения. Акушерство и гинекология / ред. В. Н. Серов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. :Литтерра, 2014. - 384 с.</p>
<p>Врач-ординатор должен уметь: собрать анамнез у пациентки, проанализировать характер жалоб, провести общее объективное и гинекологическое обследование, провести осмотр в зеркалах, бимануальное, вагинально-абдоминальное; производить взятие материала для тестов функциональной диагностики, оценивать их показатели и данные гистологического исследования эндометрия, гормональные показатели; проводить первичное обследование пациентки с нарушением МЦ (перечень и последовательность обязательных исследований), оценивать результаты клинико-гормонального обследования при нарушении МЦ; определять показания для назначения проб с гестагенами и с последовательным назначением эстрогенов и гестагенов; проводить эти пробы и интерпретировать их результаты, определять цели и методы лечения, выбирать основные лекарственные средства для восстановления менструальной функции. Сформировать группу лиц повышенного риска по возникновению нарушений МЦ.</p>	

3. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.

1. Ответьте на предложенные вопросы - тесты:

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ОЛИГОМЕНОРЕЯ - ЭТО:

- 1) уменьшение кровопотери во время менструации;
- 2) редкие менструации;
- 3) частые и болезненные менструации;
- 4) редкие и скудные менструации;
- 5) межменструальные скудные кровянистые выделения.

2. МЕНОРРАГИЯ - ЭТО:

- 1) ациклические маточные кровотечения;
- 2) циклические маточные кровотечения;
- 3) пре- и постменструальные кровянистые выделения;
- 4) болезненные и обильные менструации;
- 5) уменьшение продолжительности МЦ.

3. МЕТРОРРАГИЯ - ЭТО:

- 1) изменение ритма менструации;
- 2) ациклические маточные кровотечения;
- 3) увеличение продолжительности менструации;
- 4) увеличение кровопотери во время менструации;
- 5) урежение менструаций.

4. ПРИЧИНОЙ ДИСМЕНОРЕИ МОГУТ БЫТЬ:

- 1) генитальный инфантилизм;
- 2) аномалии развития половых органов;
- 3) дисплазии шейки матки;
- 4) генитальный эндометриоз;
- 5) ретродевиация матки.

5. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ ДМК В ЮВЕНИЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) нарушения в свертывающей системе крови;
- 2) атрезия фолликулов;
- 3) гипотиреоз;
- 4) персистенция фолликулов;
- 5) гиперпролактинемия.

6. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ОСТАНОВКИ ДМК В ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ СЛУЖИТ:

- 1) назначение КОК;
- 2) назначение кровоостанавливающих и сокращающих матку средств;
- 3) раздельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки полости матки и цервикального канала;
- 4) назначение андрогенов;
- 5) назначение медроксипрогестерона ацетата в непрерывном режиме.

7. ЛОЖНАЯ АМЕНОРЕЯ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА:
- 1) аплазией тела матки;
 - 2) синдромом Ашермана;
 - 3) дисгенезией гонад;
 - 4) атрезией цервикального канала;
 - 5) атрезией гимена;
 - 6) беременностью.
8. ПРИЧИНАМИ ИСТИННОЙ (ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ) АМЕНОРЕИ МОГУТ БЫТЬ:
- 1) гипотиреоз;
 - 2) атрезия девственной плевы;
 - 3) синдром тестикулярной феминизации;
 - 4) нервная анорексия;
 - 5) аденома гипофиза.
9. ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ ПРОБА С ЭСТРОГЕН-ГЕСТАГЕНАМИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:
- 1) о гипоталамической аменорее;
 - 2) маточной аменорее;
 - 3) гипофизарной аменорее;
 - 4) яичниковой аменорее;
 - 5) аменорее центрального генеза.
10. ДМК ОБУСЛОВЛЕННЫ:
- 1) нарушением цирхорального ритма выделения ГнРГ;
 - 2) нарушением секреции и выделения гонадотропинов;
 - 3) нарушением процессов фолликулогенеза;
 - 4) отсутствием овуляции;
 - 5) наличием субмукозной миомы матки.
11. ПЕРСИСТЕНЦИЯ ФОЛЛИКУЛА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
- 1) аменореей до 3 мес и более;
 - 2) КПИ ниже 30%;
 - 3) двухфазной базальной температурой;
 - 4) гиперплазией эндометрия;
 - 5) резкими болями внизу живота.
12. АТРЕЗИЯ ФОЛЛИКУЛОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
- 1) монофазной базальной температурой;
 - 2) КПИ ниже 30%;
 - 3) аменореей от 6 мес и более;
 - 4) невыраженным симптомом «зрачка»;
 - 5) атрофией эндометрия.
13. ОСНОВНЫМИ МЕТОДАМИ ОСТАНОВКИ ЮМК ЯВЛЯЮТСЯ:
- 1) назначение КОК по гемостатической схеме;
 - 2) применение антигонадотропинов;
 - 3) использование больших доз эстрогенов;
 - 4) выскабливание слизистой оболочки тела матки;
 - 5) назначение андрогенов.
14. ГЕМОСТАТИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ЭСТРОГЕНОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ:
- 1) в активной пролиферации эндометрия;
 - 2) секреторной трансформации эндометрия;
 - 3) повышении тонуса миометрия;
 - 4) блокаде продукции ФСГ и нормализации соотношения ЛГ/ФСГ;

5) отторжении эндометрия.

15. ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ АНОВУЛЯТОРНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ МОГУТ БЫТЬ ДИАГНОСТИРОВАНЫ:

- 1) железисто-кистозная гиперплазия эндометрия;
- 2) атипическая гиперплазия эндометрия;
- 3) полип эндометрия;
- 4) полип шейки матки;
- 5) аденокарцинома.

16. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ДМК В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ ПРИМЕНЯЮТ:

- 1) комбинированные эстроген -гестагенные препараты;
- 2) индукторы овуляции;
- 3) «чистые» гестагены;
- 4) антигонадотропины;
- 5) циклическую гормональную терапию.

17. ДЛЯ РЕГУЛЯЦИИ МЦ В ЮВЕНИЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ИСПОЛЬЗУЮТ:

- 1) КОК;
- 2) циклическую витаминотерапию;
- 3) циклическую гормональную терапию;
- 4) индукторы овуляции;
- 5) преформированные физические факторы и иглорефлексотерапию.

18. ПРИЧИНАМИ ПЕРВИЧНОЙ АМЕНОРЕИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) дефицит массы тела;
- 2) ожирение;
- 3) генетически обусловленные пороки развития матки, яичников;
- 4) генетически обусловленное нарушение синтеза андрогенов в коре надпочечников;
- 5) нарушение функции гипоталамо-гипофизарной системы в результате перенесенной в детском возрасте вирусной инфекции.

19. ВТОРИЧНАЯ АМЕНОРЕЯ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ:

- 1) выраженного дефицита массы тела;
- 2) туберкулеза половых органов;
- 3) психогенного стресса;
- 4) массивной кровопотери в родах;
- 5) дисгенезии гонад.

20. УТОЧНИТЬ ГЕНЕЗ ПЕРВИЧНОЙ АМЕНОРЕИ МОЖНО С ПОМОЩЬЮ:

- 1) УЗИ внутренних половых органов;
- 2) определения полового хроматина и кариотипа;
- 3) функциональных гормональных проб;
- 4) лапароскопии с биопсией гонад;
- 5) определения уровня ХГЧ.

2. Решите ситуационные задачи.

Задача № 1.

Больная 13 лет поступила в стационар с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, возникшие 6 часов назад и постепенно усилившиеся до нестерпимых. Из анамнеза известно, что подобные боли, но меньшей интенсивности, уже возникали дважды - в прошлом и

позапрошлом месяцах, в первый раз прошли самостоятельно, повторные были купированы 1 таблеткой нурофена. До настоящего времени, несмотря на хорошо выраженные вторичные половые признаки (морфограмма в норме), менструаций не было.
Диагноз? Тактика врача?

Задача № 2.

Женщина 32 лет обратилась в женскую консультацию по поводу задержки менструаций, которые до этого были регулярными.
Диагноз? Тактика врача?

Задача № 3.

Больная, 15 лет, поступила в стационар с жалобами на кровотечение из половых путей, которое появилось после задержки на 3 мес очередной менструации и продолжается в течение 14 дней. Из анамнеза: больна хроническим тонзиллитом с частыми обострениями. При осмотре: кожные покровы бледно-розовые, пульс 80 в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм рт.ст., гемоглобин периферической крови 90 г/л, гематокрит 30%, живот мягкий, безболезненный. Гинекологическое исследование: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, девственная плева цела. При ректоабдоминальном исследовании матка нормальных размеров, плотная, безболезненная; придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненные; выделения из половых путей кровянистые, умеренные.
Каков диагноз? Каким будет план лечения?

ТЕМА № 3. НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ.

Цель занятия: изучить и практически освоить нейроэндокринные синдромы (НЭС), и какие заболевания относят к НЭС; этиологию, патогенез, клиническую картину, диагностику и лечение каждой формы НЭС (ПМС, гиперпролактинемия, СПКЯ); аденогенитальный синдром (АГС); патологию перименопаузального периода - этиологию, патогенез, клиническую картину, лечение; изучить особенности физиологии пери- и постменопаузального периодов, этиологию, патогенез и клинические проявления климактерических расстройств при естественной и искусственной менопаузе, принципы ЗГТ в перименопаузе и постменопаузе.

Порядок самостоятельной работы ординатора по подготовке к занятию:

1. Проверка исходного уровня знаний.
2. Теоретическое освоение целевых знаний и умений, необходимых для усвоения по данной теме.
3. Письменная подготовка заданий для самостоятельной работы в рабочей тетради.
4. Подготовка неясных вопросов и положений для выяснения их на занятии.

1. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО (БАЗОВОГО) УРОВНЯ ЗНАНИЙ:

Контрольные вопросы

1. Что такое нейроэндокринные синдромы?
2. Какую цель преследует диагностика нейроэндокринных синдромов?
3. Какова причина синдрома предменструального напряжения? Как проявляется этот синдром?
4. Какие методы диагностики и лечения применяют при синдроме предменструального напряжения?
5. Что такое гипоталамический синдром? Как он проявляется?
6. Чем отличается гипоталамический синдром от метаболического?
7. Как верифицировать гипоталамический синдром?
8. Как лечат метаболический синдром?
9. Что такое синдром Симмондса-Шихана? Как он проявляется?
10. Почему возникновение синдрома Симмондса-Шихана всегда связано с патологической беременностью?
11. Что такое симптом «пустого турецкого седла»? Объясните природу этого диагностического феномена.
12. Какие клинические формы бывают у гиперпролактинемии?
13. Какая группа препаратов применяется для лечения синдрома гиперпролактинемии? Почему?
14. Что такое синдром Штейна-Левенталя? Как его лечат?
15. Какие причины бывают у поликистозных яичников? Как их дифференцировать?
16. Опишите проявления гиперандрогении у женщин. Как определить источник гиперандрогении?
17. Что такое синдром HAIR-AN? С какой болезнью он связан?
18. Чем синдром резистентных яичников отличается от синдрома преждевременно истощенных яичников? А в чем их сходство?
19. Что такое аденогенитальный синдром (ВДКН)? Какова его причина?
20. Как лечат аденогенитальный синдром (ВДКН)?
21. Дайте понятие менопаузы, определение периода постменопаузы.

22. Укажите характерные гормональные изменения у женщины после наступления менопаузы.
23. Что относят к климактерическим расстройствам?
24. Перечислите принципы коррекции климактерических расстройств в постменопаузе.

2. ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

<p>Врач-ординатор должен знать: этиологию, патогенез, методы диагностики и лечения каждого заболевания, относящегося к нейроэндокринным синдромам (НЭС); периоды климактерия, этиологию, патогенез, хронологию проявления, диагностику и лечение климактерических расстройств при естественной и искусственной менопаузе, патогенез синдрома истощенных яичников, лечение климактерического, постовариоэктомического синдромов и синдрома истощенных яичников, принципы ЗГТ.</p>	<p>СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Гинекология : национальное руководство. Краткое издание / ред. Г. М. Савельева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 704 с. 2. Эндокринология : руководство в 2 т. Т.2. Заболевания поджелудочной железы, паращитовидных и половых желез / ред. С. Б. Шустов. - СПб. : СпецЛит, 2011. - 432 с. 3. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. - М.: МИА, 2005. 4. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 5. Гинекология: учебник, 4-е издание. / Под ред.Г. М. Савельева, В. Г. Бреусенко.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.-432 с. 6. Кулаков В.И. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. - М.: ГЭОТАР - МЕД, 2006. - 384 с. 7. Лекарственные средства, применяемые в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАР МЕД, 2006. - 317с. 8. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации/ ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с. 9. Берек Дж., Адаши И., Хиллард П. Гинекология по Эмилю Новаку. - М.: Практика, 2002. - 896 с. 10. Гинекология / В. И. Дуда, В. И. Дуда, И. В. Дуда. - 2-е изд. стер. - М. : АСТ, 2008. - 896 с. 11. Гинекология : национальное руководство / ред. В. И. Кулаков. - М. :ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с. 12. Гинекология : учебник / под ред. Г.М. Савельевой. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 432 с. 13. Гинекология : учебник / под ред. Г.М. Савельевой. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 432 с. 14. Гинекология : учебник / под ред. Г.М. Савельевой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 432 с. 15. Гинекология : учебник / под ред. Г.М. Савельевой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 432 с. 16. Гинекология : учебник / ред. В. Е. Радзинский. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1000 с. 17. Гинекология : учебник / ред. Г. М. Савельева. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 432 с. 18. Гинекология от пубертата до постменопаузы/ ред. Э.К. Айламазян. - М.: Медпресс - информ, 2006. 19. Древаль А. В. Эндокринные синдромы. Диагностика и лечение. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 416 с 20. Климактерический синдром / Л. В. Цаллагова [и др.]. - Владикавказ ; Саратов : [б. и.], 2015 21. Клинические лекции по акушерству и гинекологии в 2 т. Т.2. Гинекология / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : Медицина, 2010. - 440 с. 22. Кэмбелл А. Медицинская этика. - М. ГЭОТАР - Медиа, 2007 - 4000 с.
--	---

	<p>В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 320 с.</p> <p>24. Манухин И. Б. Качество жизни и климактерий / И. Б. Манухин, В. Г. Тактаров, С. В. Шмелева. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. :Литтерра, 2015. - 320 с. - 1 экз.</p> <p>25. Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии. - М.: МИА, 2001. - 247 с.</p> <p>26. Подзолкова Н.М., Глазкова О.Л. Симптом, синдром, диагноз. Дифференциальная диагностика в гинекологии. - М.: ГЭОТАР - МЕД, 2010. - 736 с.</p> <p>27. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии: <i>compendium</i> / ред. В. И. Кулаков. - М. :Литтерра, 2007. - 720 с.</p> <p>28. Репродуктивная эндокринология / Г.М.Кроненберг и др. : пер. с англ. - М. : Рид Элсивер, 2011. - 416 с.</p> <p>29. Руководство к практическим занятиям по гинекологии /Под ред. Ю.В.Цвелева, Е.Ф.Кира — СПб.:Фолиант,2003. - 320 с.</p> <p>30. Руководство к практическим занятиям по гинекологии : учеб.пособие / под ред. В.Е. Радзинского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 600 с.</p> <p>31. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т. / Под ред. А.С.Ярыгина. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2005.</p> <p>32. Схемы лечения. Акушерство и гинекология / ред. В. Н. Серов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. :Литтерра, 2014. - 384 с.</p> <p>33. Учебник по акушерству и гинекологии / ред. А. М. Торчинов. - М. :Либри Плюс, 2016. - 408 с.</p>
<p>Врач-ординатор должен уметь: выяснить жалобы, собрать анамнез, провести общее объективное и гинекологическое обследование, провести осмотр в зеркалах, бимануальное, вагинально-абдоминальное; провести дополнительные исследования: определить ИМТ, оценку степени волосяного покрова на различных участках тела по шкале <i>Ferriman-Galway</i> в баллах; оценить результаты гормонального исследования, провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями, наметить лечебную тактику.</p>	

3. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.

1. Ответьте на предложенные вопросы - тесты:

Выберите один или несколько правильных ответов

1. НЕЙРОЭНДОКРИННЫМИ СИНДРОМАМИ НАЗЫВАЮТ:

- 1) заболевания, обусловленные приобретенными нарушениями или врожденным дефектом в системе регуляции «гипоталамус -гипофиз-надпочечники»;
- 2) заболевания, обусловленные приобретенными нарушениями или врожденным дефектом в системе регуляции «гипоталамус -гипофиз-щитовидная железа»;
- 3) заболевания, обусловленные приобретенными нарушениями или врожденным дефектом в системе регуляции «гипоталамус -гипофиз-яичники»;
- 4) все перечисленное;
- 5) ничего из перечисленного.

2. К НЕЙРОЭНДОКРИННЫМ СИНДРОМАМ ОТНОСЯТ:

- 1) ПМС;
- 2) синдром Симмондса-Шихана;
- 3) синдром гиперпролактинемии;
- 4) СПКЯ;
- 5) синдром истощенных яичников;
- 6) все перечисленное;
- 7) ничего из перечисленного.

3. СРЕДИ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА ВЫДЕЛЯЮТ:

- 1) эмоционально-аффективную;
- 2) отечную;
- 3) цефалгическую;
- 4) кризовую;
- 5) атипичную;
- 6) все перечисленное;
- 7) ничего из перечисленного.

4. ДИАГНОСТИКА ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА ОСНОВАНА:

- 1) на выявлении циклического появления симптомов не менее чем в двух последовательных МЦ в такой степени, которая нарушает привычный образ жизни и ее качество;
- 2) выявлении циклического появления симптомов не менее чем в трех последовательных МЦ в такой степени, которая нарушает привычный образ жизни и ее качество;
- 3) выявлении циклического появления симптомов не менее чем в двух последовательных МЦ независимо от степени выраженности клинических проявлений;
- 4) выявлении циклического появления любых клинических симптомов в такой степени, которая нарушает привычный образ жизни и ее качество.

5. ДЛЯ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРИМЕНЯЮТ:

- 1) монофазные КОК;
- 2) гестагены;
- 3) антиэстрогены;
- 4) агонисты дофамина;
- 5) агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона;
- 6) все перечисленное;
- 7) ничего из перечисленного.

6. СИНДРОМ СИММОНДСА-ШИХАНА - ЭТО:

- 1) некроз гипофиза вследствие перенесенного септического шока с развитием гипофункции его передней доли;
- 2) некроз гипофиза вследствие массивного кровотечения во время родов с последующим развитием гипофункции его передней доли;
- 3) все перечисленное;
- 4) ничего из перечисленного.

7. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА СИММОНДСА-ШИХАНА ВКЛЮЧАЮТ:

- 1) гипогалактию, агалактию после родов;
- 2) прогрессирующие нарушения менструального цикла вплоть до аменореи;
- 3) снижение массы тела;
- 4) гипотрофию/атрофию молочных желез и половых органов;
- 5) анемию;
- 6) неврологические нарушения;
- 7) отеки;
- 8) все перечисленное;
- 9) ничего из перечисленного.

8. СЕКРЕЦИЯ ПРОЛАКТИНА РЕГУЛИРУЕТСЯ:

- 1) постоянной стимуляцией его выработки под влиянием дофамина;
- 2) постоянным торможением его выработки под влиянием дофамина;
- 3) постоянной стимуляцией его выработки под влиянием серотонина;
- 4) постоянным торможением его выработки под влиянием серотонина;
- 5) все перечисленное;
- 6) ничего из перечисленного.

9. В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ ПРОЛАКТИН:

- 1) синхронизирует созревание фолликула и овуляцию вместе с ЛГ;
- 2) поддерживает существование желтого тела и образование прогестерона через участие в синтезе холестерина;
- 3) готовит молочные железы к лактации;
- 4) регулирует объем и состав амниотической жидкости;
- 5) стимулирует образование молока в альвеолах молочных желез во время лактации;
- 6) все перечисленное;
- 7) ничего из перечисленного.

10. ПАТОЛОГИЧЕСКУЮ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЮ ПОДРАЗДЕЛЯЮТ:

- 1) на функциональную;
- 2) органическую;
- 3) ятрогенную;
- 4) все перечисленное;
- 5) ничего из перечисленного.

11. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЯ ОБУСЛОВЛЕНА:

- 1) стойким нарушением регуляции синтеза и секреции пролактина при отсутствии опухолевого роста;
- 2) наличием пролактинсекретирующей опухоли гипофиза;
- 3) медицинскими манипуляциями;

секреции пролактина.

12. ОРГАНИЧЕСКАЯ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЯ ОБУСЛОВЛЕНА:

- 1) стойким нарушением регуляции синтеза и секреции пролактина при отсутствии опухолевого роста;
- 2) наличием пролактинсекретирующей опухоли гипофиза;
- 3) медицинскими манипуляциями;
- 4) приемом лекарственных средств, изменяющих регуляцию синтеза и секреции пролактина.

13. ЯТРОГЕННАЯ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЯ ОБУСЛОВЛЕНА:

- 1) стойким нарушением регуляции синтеза и секреции пролактина при отсутствии опухолевого роста;
- 2) наличием пролактинсекретирующей опухоли гипофиза;
- 3) медицинскими манипуляциями;
- 4) приемом лекарственных средств, изменяющих регуляцию синтеза и секреции пролактина.

14. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ НЕОБХОДИМО:

- 1) тщательно собрать «лекарственный» анамнез;
- 2) исключить употребление наркотических и психотропных средств;
- 3) исключить наличие опухоли гипофиза;
- 4) исследовать уровни ТТГ и свободного Т₄;
- 5) определить уровни ЛГ, ФСГ, эстрадиола, тестостерона, ДЭА, 17 -ОН-прогестерона;
- 6) исключить заболевания почек, печени;
- 7) все перечисленное;
- 8) ничего из перечисленного.

15. ПОД ТЕРМИНОМ «ПОЛИКИСТОЗНЫЕ ЯИЧНИКИ» ПОНИМАЮТ:

- 1) мультифакторное гетерогенное заболевание, которое сопровождается изменением структуры и функции яичников;
- 2) мультифакторное гетерогенное заболевание, которое характеризуется гиперандрогенией и хронической ановуляцией;
- 3) мультифакторное гетерогенное заболевание, которое обусловлено нарушением секреции гонадотропинов и гиперинсулинемией;
- 4) генетически детерминированное заболевание, в основе которого может лежать полиморфизм генов, ответственных за секрецию и действие гонадотропинов и инсулина, а также за биосинтез андрогенов;
- 5) все перечисленное;
- 6) ничего из перечисленного.

16. ПАТОГЕНЕЗ БОЛЕЗНИ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ С ОЖИРЕНИЕМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- 1) первичным нарушением цирхорального ритма выделения гонадолиберина в гипоталамусе и развитием гонадотропной дисфункции с повышением уровня ЛГ;
- 2) первичным развитием резистентности к инсулину на фоне гиперинсулинемии;
- 3) стимуляцией синтеза андрогенов в яичниках;
- 4) развитием атрезии фолликулов и ановуляции;
- 5) снижением уровня стероидсвязывающего белка;

- 6) активацией внегонадного синтеза эстрогенов в жировой ткани;
- 7) все перечисленное;
- 8) ничего из перечисленного.

17. ПАТОГЕНЕЗ БОЛЕЗНИ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ПРИ НОРМАЛЬНОЙ МАССЕ ТЕЛА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- 1) первичным нарушением цирхорального ритма выделения гонадолиберина в гипоталамусе и развитием гонадотропной дисфункции с повышением уровня ЛГ;
- 2) первичным развитием резистентности к инсулину на фоне гиперинсулинемии;
- 3) стимуляцией синтеза андрогенов в яичниках;
- 4) развитием атрезии фолликулов и ановуляции;
- 5) снижением уровня стероидсвязывающего белка;
- 6) активацией внегонадного синтеза эстрогенов в жировой ткани;
- 7) все перечисленное;
- 8) ничего из перечисленного.

18. ПАТОГЕНЕЗ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ПАЦИЕНТОК С АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- 1) нарушением цирхорального ритма выделения гонадолиберина в гипоталамусе и развитием гонадотропной дисфункции с повышением уровня ЛГ;
- 2) развитием резистентности к инсулину на фоне гиперинсулинемии;
- 3) развитием гонадотропной дисфункции со снижением уровня ФСГ;
- 4) стимуляцией синтеза андрогенов в яичниках;
- 5) развитием атрезии фолликулов и ановуляции;
- 6) снижением уровня стероидсвязывающего белка;
- 7) активацией внегонадного синтеза эстрогенов в жировой ткани;
- 8) все перечисленное;
- 9) ничего из перечисленного.

19. ПАТОГЕНЕЗ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ПАЦИЕНТОК С ГИПОТАЛАМИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- 1) первичным нарушением цирхорального ритма выделения гонадолиберина в гипоталамусе и развитием гонадотропной дисфункции с повышением уровня ЛГ;
- 2) развитием резистентности к инсулину на фоне гиперинсулинемии;
- 3) стимуляцией синтеза андрогенов в яичниках;
- 4) развитием атрезии фолликулов и ановуляции;
- 5) снижением уровня стероидсвязывающего белка;
- 6) активацией внегонадного синтеза эстрогенов в жировой ткани;
- 7) все перечисленное;
- 8) ничего из перечисленного.

20. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПОЛИКИСТОЗНЫЕ ЯИЧНИКИ ИСПОЛЬЗУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ:

- 1) сбор анамнеза;
- 2) общий осмотр и клиническая антропометрия;
- 3) специальное гинекологическое исследование;
- 4) ЭЭГ;
- 5) эхография;

- 6) молекулярно-генетические исследования и функциональные гормональные пробы;
- 7) исследование уровней гормонов крови;
- 8) морфологическое исследование эндометрия;
- 9) все перечисленное;
- 10) ничего из перечисленного.

2. Решите ситуационные задачи.

Задача № 1.

К терапевту обратилась женщина 32 лет с жалобами на прибавку массы тела на 22 кг за последние полгода, плаксивость, бессонницу, появление красных стрий на животе и бедрах. Вышеуказанные жалобы появились после сильного эмоционального стресса - автомобильной аварии. Последняя менструация была 4 мес назад, беременность не планирует. Каков предполагаемый диагноз? С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

Задача № 2.

К гинекологу обратилась женщина 34 лет с жалобами на нарушение менструального цикла с

задержками до 6-8 мес, возникшее после родов, осложненных массивным кровотечением. Роды вторые, 3 года назад. При сборе анамнеза установлено, что после родов сильно похудела, стали появляться отеки, запор, ухудшились сон и память, периодически бес - покоит головная боль. От беременности не предохраняется, не беременеет. Последняя менструация была 5 мес назад, регулярно делает тест на беременность, последний раз вчера утром - тест отрицательный. Каков предполагаемый диагноз? Какой объем обследования необходимо провести пациентке?

Задача № 3.

К гинекологу обратилась женщина 28 лет с жалобами на нарушение менструального цикла с задержками до 2 -3 мес в последние 3 года, отсутствие беременности в течение 2 лет половой жизни в браке. В первом браке была беременность, которая закончилась родами без осложнений. При сборе анамнеза выявлено, что нарушение менструального цикла отмечает после развода. Через год вступила во второй брак, планирует беременность. При осмотре и пальпации молочных желез выявлено наличие галактореи, визуально - умеренный гипертрихоз, при специальном гинекологическом обследовании - гипоплазия матки. Каков предполагаемый диагноз? Какой объем обследования необходимо провести пациентке?

Задача № 4.

К терапевту обратилась женщина 39 лет с жалобами на отеки, головную боль, бессонницу, перепады настроения, отсутствие возможности сосредоточиться на работе. Менструации регулярные, половая жизнь вне брака, предохраняется барьерным методом. При сборе анамнеза выявлено, что симптомы носят циклический характер и сопровождаются нагрубанием молочных желез накануне менструации. Каков предполагаемый диагноз? Какова тактика врача?

Задача № 5.

К дерматологу обратилась женщина 22 лет с жалобами на выраженные угри и себорею. Менструации нерегулярные с периода менархе, с тенденцией к задержкам до 3 мес. Имеет избыточную массу тела (ИМТ = 26,9), с отложением подкожного жира по женскому типу, умеренный гипертрихоз на животе и бедрах. Половая жизнь с 18 лет, беременностей не было, в настоящий момент беременность не планирует. Каков предполагаемый диагноз? Какова тактика врача?

Задача № 6.

К терапевту обратилась женщина 48 лет с жалобами на приливы жара, выраженную ночную потливость, бессонницу, перепады настроения, отсутствие возможности сосредоточиться на работе. Последняя менструация была 7 мес назад.

Каков предполагаемый диагноз? С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

Задача № 7.

К терапевту обратилась женщина 39 лет с жалобами на приливы жара, выраженную ночную потливость, бессонницу, перепады настроения, отсутствие возможности сосредоточиться на работе, боли в спине и пояснице, отсутствие либидо. 2 года назад перенесла тотальную гистерэктомию по поводу быстро растущей миомы матки в сочетании с аденомиозом. Каков предварительный диагноз? Какова тактика ведения?

Задача № 8.

К эндокринологу обратилась женщина 52 лет с жалобами на резкую прибавку массы тела - 9 кг за 4 мес. Последняя менструация была год назад. Беспокоят приливы жара, гипергидроз, затрудненное засыпание, ухудшение памяти, повышенный аппетит в вечернее и ночное

время.

Каков предполагаемый диагноз? С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

ТЕМА № 4. ДИСГОРМОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ.

Цель занятия: изучить и практически освоить этиологию, патогенез, клиническую картину доброкачественных дисплазий молочной железы (ДДМЖ), методы диагностики, лечения и профилактики.

Порядок самостоятельной работы ординатора по подготовке к занятию:

1. Проверка исходного уровня знаний.
2. Теоретическое освоение целевых знаний и умений, необходимых для усвоения по данной теме.
3. Письменная подготовка заданий для самостоятельной работы в рабочей тетради.
4. Подготовка неясных вопросов и положений для выяснения их на занятии.

1. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ИСХОДНОГО (БАЗОВОГО) УРОВНЯ ЗНАНИЙ:

Контрольные вопросы

1. Почему контроль за состоянием молочных желез должен быть в ведении акушера - гинеколога?
2. Какова основная причина неспецифических маститов?
3. Опишите клиническую картину неспецифического мастита в зависимости от фаз развития этого заболевания.
4. Как лечат острый неспецифический мастит?
5. Какие специфические этиологические факторы мастита имеют наибольшее эпидемиологическое значение?
6. Что такое ДДМЖ? Как классифицируют ДДМЖ?
7. Почему возникает ДДМЖ? Назовите факторы риска и основные причины.
8. Какие принципы диагностики ДДМЖ имеют ведущее значение? Что такое «маммологическое окно»?
9. Что такое маммолого-гинекологический скрининг? Зачем он нужен?
10. Как лечат ДДМЖ? От чего зависит тактика лечения? Зачем необходимо двухэтапное лечение ДДМЖ?

2. ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

Врач-ординатор должен знать:

Понятие «доброкачественная дисплазия молочной железы». Частоту и структуру заболеваний молочных желез. Нормальную анатомию молочных желез. Методы диагностики заболеваний молочных желез. Классификацию патологических состояний молочных желез. Методы лечения и реабилитации

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гинекология : национальное руководство. Краткое издание / ред. Г. М. Савельева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 704 с.
2. Эндокринология : руководство в 2 т. Т.2. Заболевания поджелудочной железы, паразитовидных и половых желез / ред. С. Б. Шустов. - СПб. : СпецЛит, 2011. - 432 с.
3. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. - М.: МИА, 2005.
4. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.
5. Гинекология: учебник, 4-е издание. / Под ред. Г. М. Савельева, В. Г. Бреусенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 432 с.
6. Кулаков В.И. Акушерство и гинекология. Клинические

	<p>8. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации/ ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с.</p> <p>9. Берек Дж., Адаши И., Хиллард П. Гинекология по Эмилю Новаку. - М.: Практика, 2002. - 896 с.</p> <p>10. Гинекология / В. И. Дуда, В. И. Дуда, И. В. Дуда. - 2-е изд. стер. - М. : АСТ, 2008. - 896 с.</p> <p>11. Гинекология : национальное руководство / ред. В. И. Кулаков. - М. :ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.</p> <p>12. Гинекология : учебник / под ред. Г.М. Савельевой. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 432 с.</p> <p>13. Гинекология : учебник / под ред. Г.М. Савельевой. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 432 с.</p> <p>14. Гинекология : учебник / под ред. Г.М. Савельевой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 432 с.</p> <p>15. Гинекология : учебник / под ред. Г.М. Савельевой. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 432 с.</p> <p>16. Гинекология : учебник / ред. В. Е. Радзинский. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1000 с.</p> <p>17. Гинекология : учебник / ред. Г. М. Савельева. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 432 с.</p> <p>18. Гинекология от пубертата до постменопаузы/ ред. Э.К. Айламазян. - М.: Медпресс - информ, 2006.</p> <p>19. Древаль А. В. Эндокринные синдромы. Диагностика и лечение. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 416 с</p> <p>20. Клинические лекции по акушерству и гинекологии в 2 т. Т.2. Гинекология / ред. А. Н. Стрижаков. - М. : Медицина, 2010. - 440 с.</p> <p>21. Кэмбелл А. Медицинская этика.- М. ГЭОТАР - Медиа, 2007 - 4000 с.</p> <p>22. Лекарственные средства в акушерстве и гинекологии / ред. В. Н. Серов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 320 с.</p> <p>23. Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии. - М.: МИА, 2001. - 247 с.</p> <p>24. Подзолкова Н.М., Глазкова О.Л. Симптом, синдром, диагноз. Дифференциальная диагностика в гинекологии. - М.: ГЭОТАР - МЕД, 2010. - 736 с.</p> <p>25. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии: compendium / ред. В. И. Кулаков. - М. :Литтерра, 2007. - 720 с.</p> <p>26. Репродуктивная эндокринология / Г.М.Кроненберг и др. : пер. с англ. - М. : Рид Элсивер, 2011. - 416 с.</p> <p>27. Руководство к практическим занятиям по гинекологии /Под ред. Ю.В.Цвелева, Е.Ф.Кира — СПб.:Фолиант,2003. - 320 с.</p> <p>28. Руководство к практическим занятиям по гинекологии : учеб.пособие / под ред. В.Е. Радзинского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 600 с.</p> <p>29. Схемы лечения. Акушерство и гинекология / ред. В. Н. Серов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. :Литтерра, 2014. - 384 с.</p> <p>30. Учебник по акушерству и гинекологии / ред. А. М. Торчинов. - М. :Либри Плюс, 2016. - 408 с.</p> <p>31. Куликов Е. П. Непальпируемые опухоли молочных желез / Е. П. Куликов, А. П. Загадаев. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 152 с.</p>
<p>Врач-ординатор должен уметь: собрать анамнез у пациентки,</p>	

проанализировать характер жалоб, проводить пальпацию молочных желез; на основании жалоб, анамнеза, клинической картины поставить диагноз доброкачественной дисплазии молочной железы, определить объем обследования для уточнения диагноза, провести дифференциальную диагностику, составить план лечения и реабилитации. Сформировать группу лиц повышенного риска по

3. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.

1. Ответьте на предложенные вопросы - тесты:

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ВОЗРАСТНЫЕ ИНВОЛЮТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СТРУКТУРЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ:

- 1) замещением жировой ткани фиброзной;
- 2) замещением железистой ткани жировой;
- 3) замещением паренхимы жировой тканью;
- 4) замещением железистой ткани фиброзной;
- 5) замещение фиброзной ткани соединительной.

2. ОСНОВНАЯ РОЛЬ В РЕГУЛЯЦИИ РОСТА И РАЗВИТИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ ПРИНАДЛЕЖИТ:

- 1) эстрогенам, прогестерону и пролактину;
- 2) эстрогенам;
- 3) прогестерону;
- 4) пролактину;
- 5) эстрогенам и кортизолу.

3. ЭСТРОГЕНЫ ОТВЕТСТВЕННЫ ЗА РОСТ И РАЗВИТИЕ:

- 1) протоков;
- 2) протоков и соединительной ткани;
- 3) соединительной и железистой тканей;
- 4) протоков и увеличения числа альвеол;
- 5) протоков и долек.

4. ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ИНТЕНСИВНЫЙ РОСТ И РАЗВИТИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ПРОИСХОДЯТ ПОД ВЛИЯНИЕМ:

- 1) плацентарных эстрогенов;
- 2) прогестерона;
- 3) плацентарного лактогена;
- 4) пролактина;
- 5) Р-фетопротеина.

5. ПРОЛАКТИН:

- 1) стимулирует образование белковых компонентов молока;
- 2) ингибирует ферменты углеводного обмена;
- 3) влияет на содержание жиров в молоке;
- 4) стимулирует синтез лактозы;
- 5) продуцируется гипоталамусом.

6. АДИПОЦИТЫ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ:

- 1) являются депо эстрогенов;
- 2) являются депо прогестерона;
- 3) являются депо андрогенов;
- 4) активно синтезируют пролактин;
- 5) все перечисленное верно.

7. КЛАССИФИКАЦИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРЕДЛАГАЕТ ВЫДЕЛЯТЬ ВАРИАНТЫ:

- 1) с преобладанием железистого компонента (аденоз);
- 2) с преобладанием фиброзного компонента;
- 3) с преобладанием кистозного компонента;
- 4) смешанную форму;
- 5) с преобладанием жирового компонента.

8. ДЛЯ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ФИБРОЗА ХАРАКТЕРНЫ:

- 1) фиброзные изменения междольковой соединительной ткани;
- 2) пролиферация внутрипротоковой ткани с расширением просвета протока железы;
- 3) сужение просвета протоков железы вплоть до полной облитерации;
- 4) болезненность при пальпации;
- 5) пальпация уплотненных тяжистых участков.

9. К ФАКТОРАМ ПОВЫШЕННОГО РИСКА ПО РАЗВИТИЮ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) поздняя первая беременность (после 30 лет);
- 2) позднее менархе (после 17 лет);
- 3) ранняя менопауза;
- 4) ожирение;
- 5) прием оральных контрацептивов;
- 6) возраст старше 35 лет.

10. ОСНОВНОЙ ЖАЛОБОЙ БОЛЬНЫХ МАСТОПАТИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ БОЛЬ, КАК ПРАВИЛО, УСИЛИВАЮЩАЯСЯ:

- 1) в предменструальном периоде;
- 2) при менструации;
- 3) в конце менструации;
- 4) в перiovуляторном периоде;
- 5) в вечернее время.

11. ПАЛЬПАЦИЮ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ЖЕЛАТЕЛЬНО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ:

- 1) за 3-4 дня до предполагаемой менструации;
- 2) в период предполагаемой овуляции;

- 3) на 21-й день цикла (расцвет желтого тела);
- 4) на 7-10-й дни от начала менструации;
- 5) время исследования не играет существенной роли.

12. ПОКАЗАНИЕМ К РЕНТГЕНОМММОГРАФИИ СЛУЖАТ:

- 1) возраст старше 30 лет;
- 2) возраст старше 35 лет;
- 3) возраст старше 40 лет;
- 4) прием микродозированных оральных контрацептивов дольше 3 лет;
- 5) предполагаемая пластическая операция на молочной железе.

13. К ДОСТОИНСТВАМ РЕНТГЕНОМММОГРАФИИ ОТНОСЯТ:

- 1) высокую информативность;
- 2) безвредность;
- 3) возможность визуализации непальпируемых образований;
- 4) возможность дифференциальной диагностики узловых и диффузных заболеваний;
- 5) все перечисленное верно.

14. К ДОСТОИНСТВАМ ЭХОМММОГРАФИИ ОТНОСЯТ:

- 1) высокую пропускную способность;
- 2) возможность проведения визуально контролируемой пункции;
- 3) возможность применения у беременных и кормящих женщин;
- 4) возможность дифференциальной диагностики при узловых формах доброкачественной дисплазии молочной железы;
- 5) относительно низкую лучевую нагрузку.

2. Решите ситуационные задачи.

Задача № 1.

Женщина 30 лет находится на амбулаторном приеме у акушера -гинеколога. Речь идет о выборе оптимального для нее метода контрацепции. При сборе анамнеза и физикальном исследовании поставлен диагноз «доброкачественная дисплазия молочной железы». Какими исследованиями можно подтвердить (уточнить) диагноз? Какой метод контрацепции оптимален в данном случае?

Задача № 2.

Женщина 42 лет жалуется на тянущие боли в наружно-верхних квадрантах обеих молочных желез на протяжении последних двух лет. Боли отмечаются в течение нескольких дней, предшествующих началу менструации. Каков предполагаемый диагноз? Каким будет план обследования?

Задача № 3.

Пациентка К., 43 лет, находится на профилактическом осмотре у гинеколога. Жалоб не предъявляет. Менструальный цикл регулярный, менструации по 6 -7 дней через 27-28 дней, умеренные, безболезненные. В анамнезе 1 беременность, закончившаяся своевременными родами без осложнений, лактация в течение 3 мес. Из анамнеза известно, что 5 лет назад при помощи УЗИ была обнаружена субсерозная миома матки - 2 узла - в дне и по задней стенке матки, размерами 1,5 и 1,0 см в диаметре. Какие дополнительные методы диагностики необходимо провести?

