

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Косенок Сергей Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 01.07.2026 10:47:03
Уникальный программный ключ:
e3a68f3eaa1e62674b54f4998099d3d6bfdcf836

Бюджетное учреждение высшего образования
Ханты-Мансийского автономного округа-Югры
"Сургутский государственный университет"

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по УМР

_____ Е.В. Коновалова

11 июня 2026 г., протокол УМС №5

Эндокринная гинекология

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Акушерства, гинекологии и перинатологии**

Учебный план о310801-Акуш-26-1.plx
31.08.01 Акушерство и гинекология

Квалификация **врач акушер-гинеколог**

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **2 ЗЕТ**

Часов по учебному плану	72	Виды контроля в семестрах: зачет 1 контрольная работа 1
в том числе:		
аудиторные занятия	52	
самостоятельная работа	20	

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	1 (1.1)		Итого	
Неделя	16 4/6			
Вид занятий	уп	рп	уп	рп
Лекции	4	4	4	4
Практические	48	48	48	48
Итого ауд.	52	52	52	52
Контактная работа	52	52	52	52
Сам. работа	20	20	20	20
Итого	72	72	72	72

Программу составил(и):

к.м.н., Доцент, Ерченко Елена Николаевна; к.м.н., Доцент, Майер Юлия Игоревна

Рабочая программа дисциплины

Эндокринная гинекология

разработана в соответствии с ФГОС:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования - по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология (приказ Минобрнауки России от 09.01.2023 г. № 6)

составлена на основании учебного плана:

31.08.01 Акушерство и гинекология

утвержденного учебно-методическим советом вуза от 11.06.2026 протокол № 5.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Акушерства, гинекологии и перинатологии

15.04.2026 г., протокол № 8.

Зав. кафедрой д.м.н., профессор Белоцерковцева Л.Д.

Утверждена на УМС МИ от 23.04.2026 г., протокол № 8

Председатель УМС к.м.н., доцент Васильева Е.А.

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	
1.1	Овладение новыми знаниями по методам обследования и лечения в эндокринной гинекологии.
2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП	
Цикл (раздел) ООП: Б1.В	
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	Акушерство и гинекология
2.1.2	Патология
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Производственная (клиническая) практика
2.2.2	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена
3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
ПК-1.1: Осуществляет проведение медицинского обследования пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара	
ПК-1.2: Осуществляет назначение и проведение лечения пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными изменениями молочных желез, контроль его эффективности и безопасности в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара	
ПК-2.1: Осуществляет проведение медицинского обследования пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях	
ПК-2.2: Осуществляет назначение и проведение лечения пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контроль его эффективности и безопасности в стационарных условиях	
В результате освоения дисциплины обучающийся должен	
3.1	Знать:
3.1.1	- Структуру гинекологической заболеваемости.
3.1.2	- Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции.
3.1.3	- Методы диагностики в эндокринной гинекологии, симптомы и синдромы основных нозологических состояний, сопровождаемых нарушениями менструального цикла, патологией эндометрия, миометрия, перименопаузы, нарушениями полового развития.
3.1.4	- Отраслевые стандарты объемов обследования и лечения в акушерстве и гинекологии.
3.1.5	- Общие и специальные методы исследования в гинекологии.
3.1.6	- Основы эндоскопии, лучевой диагностики.
3.1.7	- Основы иммунологии и генетики в акушерстве и гинекологии.
3.1.8	- Основы фармакотерапии в акушерстве и гинекологии.
3.1.9	- Основы рационального питания и принципы диетотерапии в акушерско-гинекологической практике.
3.1.10	- Показания к госпитализации гинекологических больных.
3.1.11	- Механизмы лечебного и реабилитационного эффекта природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов при лечении заболеваний, сопровождающихся нарушениями менструального цикла, полового развития, патологии эндо- и миометрия, перименопаузальными нарушениями.

3.1.12	- Основы физиотерапии и лечебной физкультуры в акушерстве и гинекологии. Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению.					
3.2	Уметь:					
3.2.1	- Вести медицинскую документацию различного характера в медицинских организациях.					
3.2.2	- Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования.					
3.2.3	- Поставить диагноз согласно Международной классификации болезней на основании данных основных и дополнительных методов исследования.					
3.2.4	- Проводить основные и дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.					
3.2.5	- Назначить лечение при заболеваниях, сопровождающихся нарушениями менструального цикла, полового развития, патологии эндо- и миометрия, при патологическом течении перименопаузального периода.					
3.2.6	- Определить показания для стационарного лечения, консультирования в региональных НИИ.					
3.2.7	- Применить природные лечебные факторы, лекарственную и немедикаментозную терапию и другие методы с учетом показаний и противопоказаний, условий назначения и контроля эффективности.					
4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)						
Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Примечание
	Раздел 1. Нарушения овариально-менструального цикла					
1.1	Нарушения овариально-менструального цикла. Аменорея. Гиперпролактинемия. Гиперандрогении у женщин /Лек/	1	2	ПК-1.1 ПК-1.2	Л1.1Л2.2Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3	Устный опрос
1.2	Регуляция и функции репродуктивной системы. Аменорея. Гипоменструальный синдром. /Пр/	1	4	ПК-1.1 ПК-1.2	Л1.1Л2.1Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3	Фронтальный опрос, тестовый контроль, решение ситуационных
1.3	Гиперпролактинемия.Современные подходы к диагностике и лечению. /Пр/	1	4	ПК-1.1 ПК-1.2	Л1.1Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3	Фронтальный опрос, тестовый контроль, решение ситуационных
1.4	Синдром гиперандрогении: синдром поликистозных яичников, врожденная дисфункция коры надпочечников. Современные подходы к лечению /Пр/	1	4	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1Л2.1Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3	Фронтальный опрос, тестовый контроль, решение ситуационных задач
1.5	Подготовка к устному, фронтальному опросу, к компьютерному или письменному тестированию. Написание рефератов. Подготовка к практическим занятиям /Ср/	1	5	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1Л2.1Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3	Защита реферата
	Раздел 2. Нарушения полового развития					
2.1	Задержка полового развития /Пр/	1	4	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1Л2.1Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3	Фронтальный опрос, тестовый контроль, решение ситуационных
2.2	Преждевременное половое развитие /Пр/	1	4	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1Л2.1Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3	Фронтальный опрос, тестовый контроль, решение ситуационных
2.3	Нарушение половой дифференцировки /Пр/	1	4	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1Л2.1Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3	Фронтальный опрос, тестовый контроль, решение ситуационных
2.4	Подготовка к устному, фронтальному опросу, к компьютерному или письменному тестированию. Написание реферата, сообщения. Подготовка к практическим занятиям /Ср/	1	5	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1Л2.1Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3	Защита реферата
	Раздел 3. Патология эндометрия и миометрия					
3.1	Гиперпластические процессы эндометрия. Аномальные маточные кровотечения /Пр/	1	4	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1Л3.2 Л3.4 Э1 Э2 Э3	Фронтальный опрос, тестовый контроль, решение ситуационных

3.2	Миома матки и репродуктивная функция /Пр/	1	4	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1Л2.1Л3.1 Л3.2 Л3.4 Э1 Э2 Э3	Фронтальный опрос, тестовый контроль, решение ситуационных
3.3	Эндометриоз. Современные аспекты /Пр/	1	4	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1Л2.1Л3.2 Л3.4 Э1 Э2 Э3	Фронтальный опрос, тестовый контроль, решение ситуационных
3.4	Подготовка к устному, фронтальному опросу, к компьютерному или письменному тестированию. Написание реферата, сообщения. Подготовка к практическим занятиям /Ср/	1	5	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1Л2.1Л3.1 Л3.2 Л3.4 Э1 Э2 Э3	Защита реферата
Раздел 4. Перименопауза. Менопаузальная гормональная терапия						
4.1	Менопаузальная гормональная терапия и сохранение здоровья женщины /Лек/	1	2	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1Л2.1Л3.2 Л3.4 Э1 Э2 Э3	Устный опрос
4.2	Климактерический синдром. Постовариозэктомический синдром. /Пр/	1	4	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1Л2.1Л3.2 Л3.4 Э1 Э2 Э3	Фронтальный опрос, тестовый контроль, решение ситуационных
4.3	Заместительная гормональная терапия эстрогендефицитных состояний. /Пр/	1	4	ПК-1.1 ПК-1.2	Л1.1Л3.2 Л3.4 Э1 Э2 Э3	Фронтальный опрос, тестовый контроль, решение ситуационных
4.4	Современные подходы к диагностике и лечению остеопороза у женщин /Пр/	1	4	ПК-1.1 ПК-1.2	Л1.1Л2.1Л3.2 Л3.4 Э1 Э2 Э3	Фронтальный опрос, тестовый контроль, решение ситуационных
4.5	Подготовка к устному, фронтальному опросу, к компьютерному или письменному тестированию. Написание реферата, сообщения. Подготовка к практическим занятиям /Ср/	1	5	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1Л2.1Л3.2 Л3.4 Э1 Э2 Э3	Контрольная работа

5. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

5.1. Оценочные материалы для текущего контроля и промежуточной аттестации

Представлены отдельным документом

5.2. Оценочные материалы для диагностического тестирования

Представлены отдельным документом

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л1.1	Савельева Г.М., Бреусенко В.Г.	Гинекология: учебник	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022, https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970471883.html	2

6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л2.1	Стрижаков А. Н., Давыдов А. И., Белоцерковцева Л. Д.	Трансвагинальная эхография: атлас	М.: Медицина, 2001	6

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л2.2	Манухин , Геворкян , Манухина	Гинекологическая эндокринология. Клинические лекции: практическое руководство	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2024, https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970480472.html	2
6.1.3. Методические разработки				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
ЛЗ.1	Белоцерковцева Л. Д., Панкратов В. В., Майер Ю. И., Конченкова Е. Н.	Миома матки: этиология, патогенез, диагностика и хирургическое лечение: учебно-методическое пособие	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2015	50
ЛЗ.2	Белоцерковцева Л. Д., Майер Ю. И., Конченкова Е. Н., Мордовина И. И.	Фармакологическая терапия в акушерстве и гинекологии: учебно-методическое пособие	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2019	30
ЛЗ.3	Белоцерковцева Л. Д., Майер Ю. И., Ерченко Е. Н., Мордовина И. И.	Гинекология. Нарушения менструального цикла: учебно-методическое пособие	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2021	37
ЛЗ.4	Белоцерковцева Л. Д., Ерченко Е. Н., Майер Ю. И.	Клинические случаи в эндокринной гинекологии: учебно-методическое пособие	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2025, https://elibrary.surgu.ru/fulltext/umm/7130	1
6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"				
Э1	Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. https://cr.minzdrav.gov.ru/			
Э2	Medline			
Э3	ВИНИТИ			
6.3.1 Перечень программного обеспечения				
6.3.1.1	пакет прикладных программ Microsoft Office.			
6.3.2 Перечень информационных справочных систем				
6.3.2.1	«Гарант», «Консультант плюс», «Консультант-регион»			
7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)				
7.1	Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа № 224, оснащена: комплект специализированной учебной мебели, маркерная доска, комплект (переносной) мультимедийного оборудования — ноутбук, проектор, проекционный экран, персональные компьютеры – 25 шт.			
7.2	Количество посадочных мест - 48			
7.3	Используемое программное обеспечение: Microsoft Windows, пакет прикладных программ Microsoft Office.			
7.4	Обеспечен доступ к сети Интернет и в электронную информационную среду организации.			
7.5				
7.6	Учебная аудитория для проведения занятий практического типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации № УК 25/01 на базе БУ ХМАО-Югры «Сургутский окружной клинический центр охраны материнства и детства», оснащена: видеодвойка, телевизионная панель, DVD-плеер, видеопроектор, ноутбуки (3), учебные видеофильмы и таблицы, методические пособия; фантомы и функциональные интерактивные тренажеры, наборы инструментария для различных оперативных вмешательств, компьютеры на 20 рабочих мест.			
7.7	Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами на базе БУ ХМАО-Югры «Сургутский окружной клинический центр охраны материнства и детства», оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями:			
7.8	- Кресло гинекологическое			
7.9	- Сканер ультразвуковой диагностический экспертного уровня			
7.10	- Светильник (лампа) операционный (потолочный)			
7.11	- Аспиратор хирургический			
7.12	- Аппарат для импульсной электротерапии			
7.13	- Стойки лапароскопические и гистероскопические			

7.14	- Гинекологический симулятор
7.15	- Модель женского таза
7.16	- Муляж стадий оплодотворения и развития эмбриона
7.17	- Тренажер обследования шейки матки
7.18	- Гинекологический тренажер
7.19	- Тренажер реанимации новорожденного
7.20	- Тренажер для интубации трахеи у новорожденного
7.21	- Тренажер обследования молочных желез
7.22	- Мобильный дистанционный манекен женщины для имитации оказания неотложной помощи в команде при различных состояниях с возможностью использования реального оборудования
7.23	Медицинские изделия и оборудование: каталка, кушетка, облучатель бактерицидный, ультразвуковой аппарат, функциональная кровать для приема родов, гинекологическое кресло, аппарат для измерения артериального давления, пеленальный стол, сантиметровые ленты, медицинский аспиратор, анализатор газов и КОС крови, тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростометр, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, аппарат наркозно-дыхательный, аппарат искусственной вентиляции легких, инфузомат, отсасыватель послеоперационный, дефибриллятор с функцией синхронизации, стол операционный хирургический многофункциональный универсальный, хирургический, микрохирургический инструментарий, универсальная система ранорасширителей с прикреплением к операционному столу, аппарат для мониторинга основных функциональных показателей, анализатор дыхательной смеси, электроэнцефалограф, дефибриллятор с функцией синхронизации, кресло гинекологическое с осветительной лампой, кольпоскоп, фотоприставка к кольпоскопу, инструментарий для гинекологического осмотра, анализатор доплеровский сердечно-сосудистой деятельности матери и плода малогабаритный (кардиотокограф), стетоскоп акушерский, тазомер.
7.24	- Расходный материал в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры.

Оценочные материалы для текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине

Эндокринная гинекология

Код, направление подготовки	31.08.01 Акушерство и гинекология
Направленность (профиль)	Акушер-гинеколог
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	Акушерства, гинекологии и перинатологии
Выпускающая кафедра	Акушерства, гинекологии и перинатологии

Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Компетенция ПК-1. Способен к оказанию медицинской помощи населению по профилю "акушерство и гинекология" в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара

Компетенция ПК-2. Способен к оказанию медицинской помощи населению по профилю "акушерство и гинекология" в стационарных условиях

ПК-1.1. Осуществляет проведение медицинского обследования пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара ПК-2.1. Осуществляет проведение медицинского обследования пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях		
Знает	Умеет	Владеет
Методы диагностики в эндокринной гинекологии, симптомы и синдромы основных нозологических состояний, сопровождаемых нарушениями менструального цикла, патологией эндометрия, миометрия, перименопаузы, нарушениями полового развития.	Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования. Поставить диагноз согласно Международной классификации болезней на основании данных основных и дополнительных методов исследования. Проводить основные и дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.	Алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза пациентам на основании международной классификации болезней. Алгоритмом выполнения основных и дополнительных врачебных диагностических, инструментальных методов исследования. Алгоритмом оказания помощи при возникновении неотложных состояний.

ПК-1.2. Осуществляет назначение и проведение лечения пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контроль его эффективности и безопасности в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара

ПК-2.2. Осуществляет назначение и проведение лечения пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими

заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контроль его эффективности и безопасности в стационарных условиях		
Знает	Умеет	Владеет
Отраслевые стандарты объемов обследования и лечения в акушерстве и гинекологии. Клиническую симптоматику заболеваний, сопровождающихся нарушениями менструального цикла. Общие и специальные методы исследования в гинекологии. Основы эндоскопии, лучевой диагностики. Основы иммунологии и генетики в акушерстве и гинекологии. Приемы и методы обезболивания; основы инфузионно-трансфузионной терапии в гинекологии. Основы фармакотерапии в акушерстве и гинекологии. Основы рационального питания и принципы диетотерапии в акушерско-гинекологической практике. Показания к госпитализации гинекологических больных.	Назначить лечение при заболеваниях, сопровождающихся нарушениями менструального цикла. Определить показания для стационарного лечения, консультирования в региональных НИИ.	Методами лечения нарушений менструального цикла, тактикой ведения при заболеваниях, сопровождающихся НОМЦ, методами проведения гормональных проб и дифференциального диагноза. Методами лечения климактерического, постовариоэктомического синдромов, тактикой ведения при заболеваниях, сопровождающихся гипоестрогенией, методами проведения гормональных проб и дифференциального диагноза.

I этап. Проведение текущего контроля успеваемости

Результаты текущего контроля знаний оцениваются по двухбалльной шкале с оценками:

- «аттестован»;
- «не аттестован».

Оценка	Критерий оценивания
Аттестован	Оценки «аттестован» заслуживает обучающийся, выполнивший верно, в полном объеме и в срок все задания текущего контроля. Оценка «отлично» и «хорошо» за выполнение реферата положительно влияет на итоговую оценку по дисциплине.
Не аттестован	Оценки «не аттестован» заслуживает обучающийся имеющий задолженность по тому или иному виду контроля (не получивший оценки зачтено за выполнение тестового задания)

2 этап: Проведение промежуточной аттестации

Результаты текущего контроля знаний оцениваются по двухбалльной шкале с оценками:

- «зачтено»;
- «не зачтено».

Дескриптор компетенции	Показатель оценивания	Оценка	Критерий оценивания
Знает	Методы диагностики в эндокринной гинекологии, симптомы и синдромы	Зачтено	Всестороннее, систематическое и глубокое знание материалов изученной дисциплины, умение

	основных нозологических состояний, сопровождаемых нарушениями менструального цикла, патологией эндометрия, миометрия, перименопаузы, нарушениями полового развития. Отраслевые стандарты объемов обследования и лечения в акушерстве и гинекологии. Клиническую симптоматику заболеваний, сопровождающихся нарушениями менструального цикла. Общие и специальные методы исследования в и гинекологии. Основы эндоскопии, лучевой диагностики. Основы иммунологии и генетики в акушерстве и гинекологии. Приемы и методы обезболивания; основы инфузионно-трансфузионной терапии в гинекологии. Основы фармакотерапии в акушерстве и гинекологии. Основы рационального питания и принципы диетотерапии в акушерско-гинекологической практике. Показания к госпитализации гинекологических больных.		свободно выполнять задания, предусмотренные программой и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой. Выставляется учащемуся, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании материалов изученной дисциплины и: – безупречно ответившему на все вопросы в рамках основной программы дисциплины; – правильно выполнившему практическое задание; – допустившему не принципиальные ошибки; – допустившему погрешности в ответе на зачете, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя
		Не зачтено	Выставляется учащемуся, обнаружившему пробелы в знаниях основного программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий.
Умеет	Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования. Поставить диагноз согласно Международной классификации болезней на основании данных основных и дополнительных методов исследования. Проводить основные и дополнительные методы исследования для уточнения диагноза. Назначить лечение при заболеваниях, сопровождающихся нарушениями	Зачтено	Всестороннее, систематическое и глубокое знание материалов изученной дисциплины, умение свободно выполнять задания, предусмотренные программой и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой. Выставляется учащемуся, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании материалов изученной дисциплины и: – безупречно ответившему на все вопросы в рамках основной программы дисциплины;

	менструального цикла. Определить показания для стационарного лечения, консультирования в региональных НИИ.		– правильно выполнившему практическое задание; – допустившему не принципиальные ошибки; – допустившему погрешности в ответе на зачете, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя
		Не зачтено	Выставляется учащемуся, обнаружившему пробелы в знаниях основного программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий.
Владеет	Алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза пациентам на основании международной классификации болезней. Алгоритмом выполнения основных и дополнительных врачебных диагностических, инструментальных методов исследования. Алгоритмом оказания помощи при возникновении неотложных состояний. Методами лечения нарушений менструального цикла, тактикой ведения при заболеваниях, сопровождающихся НОМЦ, методами проведения гормональных проб и дифференциального диагноза. Методами лечения климактерического, постовариозэктомического синдромов, тактикой ведения при заболеваниях, сопровождающихся гипоестрогенией, методами проведения гормональных проб и дифференциального диагноза.	Зачтено	Всестороннее, систематическое и глубокое знание материалов изученной дисциплины, умение свободно выполнять задания, предусмотренные программой и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой. Выставляется учащемуся, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании материалов изученной дисциплины и: – безупречно ответившему на все вопросы в рамках основной программы дисциплины; – правильно выполнившему практическое задание; – допустившему не принципиальные ошибки; – допустившему погрешности в ответе на зачете, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя
		Не зачтено	Выставляется учащемуся обнаружившему пробелы в знаниях основного программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий

Типовые контрольные задания, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

1. Этап. Проведение текущей аттестации

1.1 Список вопросов к разделу № 1 «Нарушения овариально-менструального цикла» для самостоятельной работы ординатора

1. Уровни регуляции менструально-овариального цикла.
2. Роль гипоталамо-гипофизарной системы в регуляции менструальной функции.
3. Роль яичников в регуляции менструального цикла, характер морфологических и гормональных изменений в них в течение менструального цикла.
4. Характер морфологических изменений эндометрия в динамике менструального цикла.
5. Методы исследования функционального состояния яичников.
6. Характер базальной температуры, феномен "зрелка" и арборизации в динамике нормального менструального цикла.
7. Характеристика цитологической картины влагалищных мазков в динамике нормального менструального цикла.
8. Определение понятия аменореи.
9. Классификация аменореи (первичная - вторичная, физиологическая ложная, фармакологическая, по классификации ВОЗ - нормогонадотропная, гипогонадотропная, гипергонадотропная, маточная - по уровню поражения в системе регуляции репродуктивной системы – гипоталамическая, гипофизарная, яичниковая, маточная; аменорея при заболеваниях щитовидной железы, надпочечников и тяжело протекающих соматических заболеваниях);
10. Основные звенья патогенеза различных форм аменореи.
11. Клиническая картина и особенности гормонального статуса организма при основных формах аменореи.
12. Принципы дифференциальной диагностики и лечения различных форм аменореи.
13. О необходимости онкологической настороженности при некоторых видах аменореи и необходимых профилактических мероприятиях.
14. Понятия синдрома и болезни поликистозных яичников, основные теории патогенеза СПКЯ.
15. Клинические проявления заболевания (бесплодие, нарушение менструальной функции, жирового и углеводного обмена, инсулинорезистентность, "мягкий" гирсутизм, признаки диэнцефальных нарушений).
16. Особенности гормонального "профиля" - яичниковая гиперандрогения, монотонная секреция эстрогенов, соотношение ЛГ/ ФСГ более 2.
17. Возможности дополнительных инструментальных методов исследования (УЗИ, лапароскопии).
18. Методы консервативного лечения (стимуляция овуляции, коррекция обменных нарушений и пр.)
19. Методы оперативного лечения ПКЯ, показания для электрокаутеризации яичников, механизм воздействия этих операций на восстановление функции яичников.
20. Прогноз относительно восстановления менструальной и генеративной функции.

Вывод: Подготовка к устному опросу и выполнение данного задания позволяет оценить сформированность части следующих компетенций: ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2

1.2. Список тем рефератов и сообщений к разделу №1 «Нарушения овариально-менструального цикла» для самостоятельной работы ординатора

1. Методы исследования в эндокринной гинекологии.
2. Функциональные гормональные пробы.
3. Лечение врожденной дисфункции коры надпочечников.

Вывод:

Выполнение данного задания – написание рефератов по предложенным темам позволяет оценить сформированность части следующих компетенций: ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2

1.3. Примеры ситуационных задач к разделу № 1 «Нарушения овариально-менструального цикла»

Ситуационная задача № 1

Женщина 38 лет обратилась с жалобами на отсутствие менструального цикла в течение 5 лет. Менструальный цикл прекратился после автомобильной катастрофы, при которой погибли трое ее родственников, ехавших с ней в машине, а пациентка по счастливой случайности не пострадала. После аварии у нее сразу прекратились менструации. До катастрофы менструации были регулярными, а в анамнезе было 2 родов и 2 неосложненных аборта. Кроме того, у женщины пропал аппетит. При осмотре отмечена выраженная кахексия, вес 42 кг при росте 168 см, ИМТ – 15 кг/м². Кожа сероватого цвета, сухая, шелушащаяся на локтях и коленях. Молочные железы дряблые, железистая ткань при пальпации не определяется. При гинекологическом исследовании отмечается гипоплазия наружных половых органов, сглаженность слизистой влагалища бледно-розового цвета, шейка матки гипопластична, матка пальпаторно уменьшена в размерах, но угол между телом и шейкой выражен. При УЗИ яичники размерами правый яичник – 2 x 2,5 x 1,4 см; левый яичник – 2,2 x 1,9 x 1,7 см. Визуализируются антральные фолликулы диаметром 2-5 мм, размеры матки: 2,6 x 2,0 x 4,0 см. Отмечено, что особых жалоб на слабость и плохое самочувствие женщина не предъявляла, продолжала работать по специальности (бухгалтер в крупном банке). Периодически обращалась к врачам. При обследовании отмечено снижение уровней ФСГ 3-5 МЕ/мл, ЛГ 2-5 МЕ/мл при нормальных (нижние границы нормы) уровнях ТТГ, АКТГ, пролактин. Периодически, по рекомендации врача, принимала гормональные двухфазные малодозированные КОК, менструальноподобной реакции не отмечалось.

Комментарии к задаче № 1

В данном случае имелось сочетание эмоционально-психического стресса и анорексии. Больная была направлена к психологу. Несомненно, первым этапом терапии в данном случае должно быть психотерапевтическое воздействие в сочетании с медикаментозным, а также нормализация питания. Терапия половыми яичниковыми гормонами должна быть рекомендована только после нормализации массы тела.

Ситуационная задача № 2

Пациентка О. 34 года. Обратилась с жалобами на вторичное бесплодие. Подчеркнем, что это была единственная жалоба, хотя у пациентки имелся выраженный гипертрихоз и ожирение!

Из анамнеза: менархе в 12 лет, цикл установился в 14 лет; менструации по 4 дня через 30-36 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 18 лет, в браке с 25 лет. До замужества предохранялась презервативом, после замужества контрацепцию не применяла, беременность не наступила. По поводу отсутствия беременности в 30 лет произведена ГСГ, при которой была установлена проходимость маточных труб. При обследовании мужа – фертильная сперма.

В 31 год без лечения наступила беременность, которая осложнилась токсикозом, со слов больной, в легкой форме. Срочные роды осложнились слабостью родовой деятельности и асфиксией плода, по поводу чего было произведено кесарево сечение и извлечен мертвый плод весом 2200 г, длиной 48 см. Лактацию подавили бромокриптином.

Сразу после родов женщина стала прибавлять в весе и к моменту обследования, с ее слов, прибавила около 30 кг. На коже молочных желез, живота, ягодиц появились розовые полосы растяжения. Периодически беспокоили головные боли, по поводу которых женщина обратилась к врачу. Отмечена так называемая транзиторная гипертензия, рекомендованные препараты (селективные бета-блокаторы) принимать не стала. Сама женщина отмечала повышенный аппетит. Образ жизни в силу профессии (программист) вел малоподвижный. По поводу бесплодия обращалась в женскую консультацию, был назначен ригевидон (для регуляции цикла), который женщина принимала 3 месяца, затем прекратила, поскольку считала его причиной нарастания веса. В возрасте 33 лет также по поводу бесплодия принимала кломифен 3 цикла – под контролем ректальной Т. Со слов женщины, овуляции добиться не удалось, результаты УЗИ не знает, протокола УЗИ на руках не имеет.

Соматически не отягощена, в детстве перенесла пиелонефрит (без последствий), в 24 года аппендэктомия – без осложнений). Наследственность: у матери ИНСД, диагностированный в 50 лет, ожирение; у отца - гипертоническая болезнь, ожирение, почечно-каменная болезнь.

Данные обследования: ИМТ – 38 кг/м²; ОТ/ОБ = 1,3, ожирение висцерального типа, на коже единичные полосы растяжения розового цвета, скудный гипертрихоз (верхняя губа, подбородок, белая линия живота, бедра).

Лабораторное обследование:

Холестерин – 6,2 ммоль/л

ЛПНП – 4,5 ммоль/л

ЛПВП – 1,3 ммоль/л

Глюкоза (натощак) – 5,8 ммоль/л

Глюкоза после нагрузки (75 г глюкозы) – 10,4 ммоль/л

Инсулин (натощак) – 19 мкЕД/л, после нагрузки – 102,5 мкЕД/л

Гормональные исследования на 6-й день самостоятельного цикла:

ФСГ – 6 МЕ/л, ЛГ – 12 МЕД/л, ТТГ – 3,0 мМЕ/л, пролактин – 460 мМЕ/л,

Тестостерон – 3,4 нмоль/л, ДЭА-С – 10,0 нмоль/л, 17-ОНП – 5 нмоль/л, кортизол – 560 нмоль/л.

При УЗИ органов малого таза: матка нормальных размеров, миометрий однородный, М-эхо 6 мм (на 24-й день самостоятельного цикла), правый яичник: объем 10 см³, подкапсульно расположены антральные фолликулы диаметром 6-8 мм. Строма гиперэхогенная, левый яичник: объем 12 см³, подкапсульно расположены антральные фолликулы диаметром 8-10 мм. Строма гиперэхогенная, сосудистый рисунок стромы обоих яичников усилен.

Комментарии к задаче № 2

На основании данных обследования установлен диагноз: метаболический (нейроэндокринный синдром), ановуляторное бесплодие, СПКЯ. Отметим, что метаболические и гормональные нарушения оказались не столь резко выражены, обнаружилось нарушение толерантности к глюкозе, умеренный гиперкортицизм, умеренная гиперандрогения.

Однако клинические проявления метаболического синдрома (МС) были достаточно четко выражены. Женщине была рекомендована редукционная диета, назначен метформин в дозе 500 мг 3 раза в день. Наши рекомендации женщина строго выполняла, и при повторном осмотре через 3 месяца было отмечено снижение веса на 8 кг и, что следует особо подчеркнуть, перераспределение жировой ткани по гипоиному (женскому) типу. Межменструальные промежутки сократились, но, по данным ректальной температуры, циклы имели ановуляторный характер. Еще через три месяца этой терапии ИМТ снизился до 28. При УЗИ малого таза на 24-й день цикла в яичнике было обнаружено желтое тело диаметром 18 мм, при М-эхо 10 мм. Терапия метформином была закончена, тощаксовая глюкоза была на уровне 4,8 ммоль/л, АД в пределах нормы, циклы имели устойчивый овуляторный характер. Поскольку в течение 6 мес. беременность не наступила, было проведено исследование проходимости труб (эхогистеросальпингография). Проходимость труб нарушена в истмическом отделе. Женщине предложено ЭКО, от которого она отказалась, считая, что беременность наступит без этой манипуляции. Возникает вопрос: если наступит беременность после ЭКО или самостоятельно, не рецидивируют ли симптомы МС? Ведь даже во время физиологически протекающей беременности имеет место гипергликемия, гиперкортицизм, гипертензия. Весьма интересно исследовать состояние здоровья женщин, проходивших лечение по поводу МС и родивших после этого лечения.

Вывод: Подготовка и выполнение данного задания позволяет оценить сформированность части следующих компетенций: ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2

2.1 Список вопросов к разделу № 2 «Нарушения полового развития» для самостоятельной работы ординатора

1. Причины развития аденогенитального синдрома.
2. Клинические проявления заболевания, особенности гормонального профиля, применение пробы с дексаметазоном, АКТГ для уточнения источника гиперандрогении. Прогноз для менструальной и генеративной функции.
3. Определение преждевременного полового развития.
4. Виды преждевременного полового развития.
5. Этиопатогенез церебральной формы ППР.
6. Клиника полной и неполной формы ППР.
7. Яичниковая форма ППР.
8. Принципы диагностики и лечения.
9. Гетеросексуальное ППР (врожденная дисфункция коры надпочечников (ВДКН)).
10. Определение «задержки полового развития» (ЗПР).
11. Этиопатогенез, клиника, диагностика церебральной формы ЗПР.
12. Клиника, диагностика яичниковой формы ЗПР.
13. Гормональные пробы при ЗПР.
14. Принципы лечения ЗПР.
15. Отсутствие полового развития, определение.
16. Синдром дисгенезий гонад, причины, формы, клиника, диагностика.

17. Физиологические основы половой дифференцировки.

18. Понятие – гермафродитизм, классификацию, этиологию, патогенез, клиническую картину различных форм: ложный мужской гермафродитизм, ложный женский гермафродитизм.

19. Тактика ведения при гермафродитизме: определение пола, хирургическое лечение, принципы гормональной терапии, психический аспект лечения.

Вывод: Подготовка к устному опросу и выполнение данного задания позволяет оценить сформированность части следующих компетенций: ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2

2.2 Список тем рефератов и сообщений к разделу №2 «Нарушения полового развития» для самостоятельной работы ординатора

1. Дифференциальная диагностика гиперандрогений.

2. Хирургическая коррекция при нарушениях половой дифференцировки.

3. Дифференциальная диагностика при нарушениях полового развития.

Вывод:

Выполнение данного задания – написание рефератов по предложенным темам позволяет оценить сформированность части следующих компетенций: ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2

2.4 Примеры ситуационных задач к разделу № 2 «Нарушения полового развития»

Ситуационная задача № 1

Д-ва Е.С., 16 лет находилась в отделении эндокринной гинекологии с жалобами на задержку полового и физического развития, низкий рост.

Из анамнеза: Девочка от III беременности, II срочных родов. Вес при рождении 3600 г, рост 52 см. Раннее психо-физическое развитие без особенностей. Впервые обратилась к эндокринологу в 7-летнем возрасте по поводу отставания в росте (скорость роста не более 2-3 см в год). При первичном УЗИ органов малого таза в 9 лет выявлено: матка в виде тяжа 3,9x0,4x1,3 см, яичники не визуализировались. В 9 лет проведено кариотипирование – 45XO(13%)/46XY(87%). В 9 лет проведена диагностическая лапароскопия, выявлена киста правого яичника, левый яичник не обнаружен, произведена правосторонняя гонадэктомия. По данным гистологического исследования: ткань яичника с явлениями склероза стромы. Получала лечение генноинженерным гормоном роста: «Нордитропин» в 11 лет, динамика роста + 7 см за 6 месяцев лечения, «Генотропин» в 12 лет, динамика роста + 5 см за 9 месяцев лечения, в 13 лет - «Генотропин» в течение 5 месяцев в дозе 5,2 Ед/сут (динамика роста +3 см), затем в течение 3 месяцев «Генотропин» (прибавка в росте +2 см).

С 10 лет получала микрофоллин (1/4 т.-1/3 т.) в течение 3 лет. В 14 лет – диагностическая ЛС, выявлено: левый яичник 2,0x1,5 см, белесоватый, со склеротическими изменениями, удален не был. В 14 лет проведено оперативное лечение в объеме: ЛС, гонадэктомия слева. По данным гистологического исследования: левая гонада представлена стромой коркового слоя яичника без фолликулярного аппарата, с множественными очагами отложения извести и железистой гиперплазией остатков Мюллерова протока. С 15 лет в течение года получала дивигель 1 мг, с 16 лет получает «фемостон 1/5» в постоянном режиме. Настоящая госпитализация с целью динамического наблюдения.

Проведено обследование:

Биохимический анализ крови: щелочная фосфатаза – 357 U/L (норма 0-270), креатинин – 56 мкмоль/л (норма 44-110), Р – 1,5 ммоль/л (0,87-1,45), общий холестерин – 4,8(3,3-5,2), кальций ион. – 1,17 ммоль/л, триглицериды – 0,7 ммоль/л, АЛТ 9 U/L (0-40), АСТ – 19 U/L (4-38), билирубин – 8,3 мкмоль/л (0-18,8).

ОГТТ: глюкоза 0 мин – 4,0 ммоль/л, 60 мин – 4,1 ммоль/л, 120 мин – 5,9 ммоль/л (3,05-6,38).

Иммунореактивный инсулин – 0 мин – 3,7 мкЕд/мл (2,3-26,4), 60 мин – 12,2 мкЕд/мл, 120 мин – 16,6 мкЕд/мл. Заключение: Нарушения толерантности к углеводам не выявлено.

Гормональный анализ крови: ТТГ – 1,3 мЕд/л (2,5-12,0), ФСГ – 117,0 Ед/л (1,9-11,6), ЛГ – 35,8 Ед/л (2,5-12,0), Прл – 288 мЕд/л (90-540).

УЗИ органов малого таза: Матка в retroflexio, размеры 3,0x2,6x2,4 см, длина шейки 2,4 см. Структура миометрия однородная, полость матки не расширена. М-эхо не выражено. Яичники не визуализируются. Заключение: размеры матки соответствуют 12-13 гг.

УЗИ молочных желез: ткани дифференцируются хорошо. Много железистой и немного жировой ткани (подкожной). Диффузные изменения есть. Очаговых изменений (образований) нет. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, нормальной эхоструктуры.

Рентгенограмма кистей: дифференцировка скелета соответствует 11-11,5 гг (нет синостоза 1 пястной кости).

Рентгенограмма черепа: структура костей не изменена. Форма и размеры турецкого седла обычные. Спинка седла выпрямлена. В лобно-теменном отделе обызвествление твердой мозговой оболочки. Заключение: косвенные рентгенологические признаки повышенного внутричерепного давления.

Денситометрия поясничного отдела позвоночника: отмечается положительная динамика ($L2-L4 \text{ BMD} = 0,900 \text{ г/см}^3$, $Z = -3,0 \text{ SD}$).

Поставить диагноз, определить дальнейшую тактику ведения.

Комментарии к задаче № 1:

Клинический диагноз: Синдром Шерешевского - Тернера (кариотип 45XO\46XY), мозаицизм. Состояние после ЛС. Двусторонней гонадэктомии (1998г., 2002г.). Мастопатия.

Рекомендовано: ЗГТ, прожестожель, препараты кальция.

Ситуационная задача № 2

Больная С-ва, 24 года.

Обратилась с жалобами на сухость, жжение в области влагалища, невозможность половой жизни, учащенное мочеиспускание.

Из анамнеза. В возрасте 6 лет в детской больнице оперирована по поводу паховой грыжи справа. В паховом канале обнаружено образование округлой формы, которое при гистологическом исследовании оказалось яичком. При обследовании во втором паховом канале (слева) также обнаружено яичко. Оба яичка были удалены. При генетическом исследовании установлен кариотип 46XY и диагностирован синдром тестикулярной феминизации. В возрасте 6 лет была произведена операция кольпопозза из сигмовидной кишки. Операция прошла без осложнений. В дальнейшем девочка наблюдалась в этой же больнице. В 16 лет была начата циклическая гормонотерапия в связи с отсутствием развития молочных желез (микрофоллин по 0,05 мг в день 15 дней и норколут по 10 мг в день 10 последующих дней). К 18 годам отмечалось увеличение молочных желез, полового оволосения не наблюдалось. Половая жизнь с 20 лет, сопровождающаяся болями и жжением во влагалище. В 22 года назначены трехфазные КОК. Улучшение состояния пациентки не отмечала. Беспокоило также учащенное, болезненное мочеиспускание, по поводу чего она упорно и без эффекта лечилась у уролога с диагнозом хронический цистит. В последние месяцы стала раздражительна, мнительна, склонна к депрессии.

Перенесенные заболевания: детские инфекции без осложнений, частые ангины, хронический бронхит. Объективно: рост 166 см, вес 54 кг, ИМТ 21 кг/м^2 . Кожа сухая и чистая. Полового и подмышечного оволосения нет. Молочные железы гипопластичны, отделяемого из сосков нет. При гинекологическом исследовании малые половые губы гипопластичны, влагалище по зонду 6 см, слизистая ярко-розовая, складчатость не выражена, при дотрагивании слегка кровоточит.

Диагноз СТФ был известен самой пациентке и подтвержден данными генетического исследования. Определение гормонов крови не проводилось, так как пациентка принимала гормональные препараты. Состояние и жалобы были проявлением выраженной гипогонадотропии. Местно, во влагалище, назначены свечи с овестинном, перорально – эстрофем по 2 мг в день. Через 30 дней отмечено улучшение состояния, явления цистита исчезли, сухость во влагалище значительно уменьшилась, диспареуния не отмечалась. Молочные железы при пальпации чувствительные, заметно увеличились. При гинекологическом исследовании отмечено уменьшение гиперемии слизистой влагалища, кровоточивости нет.

Рекомендовано продолжить прием эстрофема в течение месяца, после чего использовать гестагенсодержащие препараты (фемостон). При необходимости – местно овестиновые свечи.

Через 3 месяца состояние пациентки удовлетворительное, жалоб не предъявляет; мочеиспускание не нарушено, половая жизнь без боли. Самочувствие и настроение хорошие, имеет желание усыновить ребенка.

Была ли правильной тактика врачей?

Комментарии к задаче № 2:

Понятно, что, обнаружив в паховых каналах тестикулы при женском фенотипе, их следовало удалить не только по хирургическим, но и по онкологическим показаниям, поскольку злокачественные опухоли в подобных тестикулах развиваются более чем в 30%. Однако кольпопозз следовало бы отсрочить до 16-18 лет и провести его после предварительной гормонотерапии, что значительно облегчило бы проведение этой сложной и травматичной операции. Правда, детские хирурги полагают, что эти операции следует проводить в раннем детском возрасте во избежание психической травмы.

Гормонотерапию не следовало прекращать в 18 лет, чтобы избежать симптомов эстрогендефицита. Назначенная в 20 лет заместительная терапия трехфазными КОК была явно недостаточной и привела к типичным постменопаузальным урогенитальным нарушениям: учащенное мочеиспускание, сухость влагалища, кожи, гипопластические изменения молочных желез.

В дальнейшем пациентке показана заместительная гормональная терапия под контролем УЗИ и рентгенографии молочных желез и состояния слизистой влагалища.

Вывод: Подготовка и выполнение данного задания позволяет оценить сформированность части следующих компетенций: ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2

3 Список вопросов к разделу № 3 «Патология эндометрия и миометрия» для самостоятельной работы ординатора

1. Морфологическую характеристику гиперпластических процессов эндометрия (железистой гиперплазии эндометрия, эндометриальных полипов, атипической гиперплазии эндометрия), понятие о предраковом процессе эндометрия.
2. Эпидемиология гиперпластических процессов эндометрия.
3. Группы риска развития гиперпластических процессов эндометрия (больные СПКЯ, с ановуляцией, нейрообменноэндокринным синдромом и др.).
4. Клиническую картину гиперпластических процессов эндометрия.
5. Возможности различных методов диагностики гиперпластических процессов эндометрия (аспирация содержимого полости матки с цитологическим исследованием, биопсия эндометрия, гистероскопия, ультразвуковое исследование).
6. Современные методы лечения гиперпластических процессов эндометрия (консервативная терапия, кюретаж полости матки, гистерорезектоскопия, гистерэктомия), показания и противопоказания к каждому из методов лечения
7. Прогноз, вопросы профилактики гиперпластических процессов эндометрия.
8. Современные представления о патогенезе миомы матки.
9. Клиническая картина миомы матки в зависимости от локализации миоматозных узлов
10. Клиническая картина возможных осложнений при миоме матки.
11. Принципы и приемы диагностики миомы матки, возможности общего и гинекологического осмотра, ультразвукового сканирования, эндохирургических методов, гистеросальпингографии в диагностике миомы матки.
12. Общие принципы и возможности консервативной терапии миомы матки.
13. Показания к оперативному лечению миомы матки; принципы выбора метода хирургического вмешательства и объема операции.
14. Понятие о наружном генитальном эндометриозе в том числе об эндометриоидных кистах), внутреннем эндометриозе тела матки.
15. Основные данные о теориях патогенеза эндометриоза: имплантационную и дизэмбриопластическую теории.
16. Классификацию наружного и внутреннего эндометриоза тела матки.
17. Клиническая картина наружного генитального эндометриоза, внешний вид эндометриоидных гетеротопий, визуальные характеристики "шоколадных" кист.
18. Патогенез основных симптомов наружного эндометриоза (межменструальной тазовой боли, дисменореи, диспареунии, бесплодия).
19. Клиническая картина внутреннего эндометриоза тела матки.
20. Патогенез основных симптомов внутреннего эндометриоза тела матки (дисменореи, гиперполименореи, кровянистых выделений из половых путей до и после менструации, бесплодия).
21. Принципы диагностики наружного генитального эндометриоза (роль ультразвукового сканирования в диагностике эндометриоидных кист, лапароскопии в диагностике всех форм наружного эндометриоза).

22. Принципы диагностики внутреннего эндометриоза тела матки, роль ультразвукового исследования гистеросальпингографии, возможности гистероскопии.
23. Принципы консервативного лечения наружного эндометриоза.
24. Принципы оперативного лечения наружного эндометриоза показания, роль лапароскопии.
25. Показания к операции и объем оперативного лечения при внутреннем эндометриозе тела матки.
26. Прогноз состояния здоровья и репродуктивной функции при различных формах эндометриоза.
27. Определение понятия "аномальные маточные кровотечения" (АМК).
28. Механизмы развития дисфункциональных маточных кровотечений (овуляторные, ановуляторные).
29. Особенности этиологии, патогенеза, клинической картины, дифференциальной диагностики, лечебной тактики при АМК ювенильного периода.
30. Особенности этиологии, патогенеза, клинической картины, дифференциальной диагностики, лечебной тактики при АМК репродуктивного периода.
31. Особенности этиологии, патогенеза, клинической картины, дифференциальной диагностики, лечебной тактики при АМК перименопаузального периода.

Вывод: Подготовка к устному опросу и выполнение данного задания позволяет оценить сформированность части следующих компетенций: ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2

3.2 Список тем рефератов и сообщений к разделу №3 «Патология эндометрия и миометрия» для самостоятельной работы ординатора

1. Аномальные маточные кровотечения. Международная терминология и классификация.
2. Методы негормонального и гормонального гемостаза при АМК.
3. Современные методы лечения миомы матки.
4. Эндометриоз и бесплодие.

Вывод:

Выполнение данного задания – написание рефератов по предложенным темам позволяет оценить сформированность части следующих компетенций: ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2.

3.3 Ситуационные задачи к разделу № 3 «Патология эндометрия и миометрия»

Ситуационная задача № 1

Пациентка И., 34 года. Обратилась с жалобами на обильные, анемизирующие маточные кровотечения в течение 4 лет, которые начались после аборта. Наблюдается в женской консультации с диагнозом дисфункциональные кровотечения репродуктивного периода, в течение 4 месяцев принимала дюфастон в дозе 10 мг с 16 по 26 день цикла – без эффекта.

Анамнез: менструации с 13 лет, регулярные, болезненные, обильные, половая жизнь с 18 лет, беременностей 8, родов 3, абортов 5, при сроке 8-10 недель. Последние два аборта были осложнены повторными выскабливаниями (задержка частей плодного яйца). После последнего выскабливания менструации стали обильными, цикл нарушился, появились задержки до 2-4 недель с последующим обильным кровотечением. Последнее кровотечение остановили методом гемостаза ригевидоном. С момента остановки кровотечения прошло 30 дней. Последние четыре года беременностей не было, хотя женщина не предохранялась.

Соматические заболевания: хронический холецистит и желчнокаменная болезнь (наблюдается в течение 3 лет). Гинекологические заболевания: частые кольпиты, хламидиоз, бактериальный вагиноз, урогенитальный кандидоз. Наследственность: у матери рак молочной железы, тромбофлебит вен голени, у отца – гипертоническая болезнь.

Обследование: ИМТ 24 кг/м², молочные железы, при пальпации картина умеренно выраженной ФКМ диффузного типа (подтверждено на УЗИ). Кожа чистая бледная (Hb 96 г/л). При осмотре обнаружены варикозные изменения вен голени. Со слов женщины, они появились после второй беременности. При гинекологическом исследовании шейка не изменена. Тело матки шаровидной формы, неравномерной консистенции, болезненное при пальпации, отклонено кзади, не выводится. При УЗИ (30-й день после остановки кровотечения ригевидоном) матка: 6,2 x 6,8 x 6,4 см, миометрий ячеистый, М-эхо 8 мм, граница его с миометрием нечеткая, структура неоднородная. Левый яичник 3 x 2,4 x 2,1 см содержит единичные антральные фолликулы диаметром до 13 мм. Правый яичник: 2,9 x 3,1 x 2,2 см содержит несколько антральных фолликулов, максимальный диаметр 10 мм. Произведено РДВ – эндометрий пролиферативного типа. После РДВ при гистероскопии обнаружены устья эндометриоидных

ходов в дне матки, грубая складчатость. На основании обследования и клинической картины был установлен диагноз аденомиоз (диффузная форма), дисфункциональные кровотечения.

Комментарии к задаче № 1

У данной женщины диагноз не представлял особой трудности: характерный анамнез, УЗИ, гистероскопия указывали на причину кровотечений. Исследования эндометрия оказались малоинформативны, но структура эндометрия могла быть следствием применения КОК в гемостатическом режиме. При назначении терапии следовало учитывать наличие варикозно измененных вен и заболевания желчного пузыря –заболеваний, являющихся противопоказанием для применения препаратов половых гормонов. Поэтому женщине был предложен и проведен курс лечения (бусерелин депо). Отметим, что характерные для этой терапии симптомы дефицита эстрогенов у этой женщины были слабо выражены. Через 1,5 мес. после окончания инъекций бусерелина было менструальноподобное кровотечение в умеренном количестве. При гинекологическом и УЗИ было отмечено уменьшение размеров матки. На 24-й день после первой менструации размеры матки были 5,0 x 4,8 x 4,8 см. В яичниках признаков желтого тела не выявлено, в левом яичнике имелся фолликул диаметром 16 мм. М-эхо 8 мм. УЗИ выявила значительное улучшение в течении аденомиоза, однако цикл имел характер ановуляторного, и женщине вновь угрожали дисфункциональные кровотечения. Учитывая противопоказания для применения препаратов половых гормонов, было решено провести стимуляцию овуляции кломифеном. На 5-9-й день от начала кровянистых выделений, после применения утрожестана – 200 мг в течение 8 дней, назначен кломифен в дозе 50 мг в день, с 5-го по 9-й день. При контрольном УЗИ на 16-й день цикла был выявлен преовуляторный фолликул диаметром 20 мм, на 18-й день цикла при контрольном УЗИ на месте фолликула было желтое тело, в позадиматочном пространстве отмечалось незначительное количество жидкости, на 22-й день при УЗИ М-эхо было 10 мм и имело типичную для 2-й фазы структуру. Очередная менструация на 29-й день цикла была необильной (сгустков не было и закончилась на 6-й день). В последующих двух циклах доза кломифена была уменьшена до 25 мг с 5-го по 9-й день. По данным ректальной температуры цикл имел двухфазный характер (вторая фаза 10-12 дней), менструации носили умеренный характер. В течение последующих 6 месяцев цикл имел регулярный характер, гемоглобин колебался в пределах 110-130 г/л. Женщине были удалены варикозно измененные вены и произведена холецистэктомия. Уровень протромбина колебался в пределах нормы. Это позволило бы в случае необходимости (рецидив аденомиоза, чего никогда нельзя исключить) применить препараты половых гормонов (диеногест).

Вывод:

Выполнение данного задания позволяет оценить сформированность следующих части компетенций: ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2.

4.1 Список вопросов к разделу № 4 «Перименопауза. Менопаузальная гормональная терапия» для самостоятельной работы ординатора

1. Современные представления о патогенезе климактерического и постовариэктомического синдромов.
2. Полисимптомная клиническая картина этих синдромов, включая нейровегетативные, обменно-эндокринные и психоэмоциональные проявления, принципы оценки степени тяжести климактерического и постовариэктомического синдромов. Дифференциальная диагностика.
3. Особенности обменных процессов в организме при снижении или прекращении функции яичников, проблемы, возникающие при прекращении функции яичников (сердечно-сосудистые заболевания, заболевания мочевыводящих путей, остеопороз и пр.), пути профилактики.
4. Принципы лечения (симптоматическая, седативная, общеукрепляющая терапия, воздействие преформированными физическими факторами и др., а также патогенетическое лечение - гормональная заместительная терапия).
5. Принципы менопаузальной гормонотерапии.
6. Показания для МГТ, противопоказания и ограничения терапии.
7. Обследование пациенток перед назначением МГТ.
8. Препараты для МГТ, формы выпуска и правила назначения.
9. Длительность применения МГТ. Оценка рисков.
10. Методы диагностики, лечения и профилактики остеопороза.

Вывод: Подготовка к устному опросу и выполнение данного задания позволяет оценить сформированность части следующих компетенций: ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2

4.2 Список тем рефератов и сообщений к разделу №4 «Перименопауза. Менопаузальная гормональная терапия» для самостоятельной работы ординатора

1. Патогенез климактерического синдрома.
2. Показания и противопоказания для менопаузальной гормональной терапии.

Вывод:

Выполнение данного задания – написание рефератов по предложенным темам позволяет оценить сформированность части следующих компетенций: ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2.

5.1. Контрольная работа.

Презентация клинического случая (клинический случай подбирается в соответствии с темами разделов 1-4).

Обсуждаются наиболее актуальные клинические случаи и материалы по темам. Поощряется перевод статей и их анализ из иностранных источников международных ассоциаций и публикаций.

2 этап: проведение промежуточной аттестации по дисциплине - зачета.

Задание для показателя оценивания дескриптора «Знает»

2.1 Список вопросов к промежуточной аттестации.

1. Регуляция менструально-овариального цикла.
2. Функции репродуктивной системы.
3. Биологическое действие половых гормонов.
 1. Половое развитие девочек и подростков.
 2. Гормональные методы обследования в эндокринной гинекологии.
 3. Инструментальные методы обследования в практике гинеколога-эндокринолога.
 4. Классификация нарушений менструального цикла.
 5. Аменорея. Гипоменструальный синдром. Причины, диагностика.
 6. Функциональные гормональные пробы в дифференциальной диагностике аменорей.
 7. Гиперпролактинемия. Патогенез. Классификация. Методы диагностики.
 8. Дифференцированный подход к терапии гиперпролактинемий.
 9. Синдром гиперандрогении: терминология, методы диагностики.
 10. Синдром поликистозных яичников. Современные аспекты патогенеза, клиника, диагностика.
 11. Современные подходы к лечению синдрома поликистозных яичников.
 12. Врожденная дисфункция коры надпочечников. Патогенез. Классификация. Диагностика.
 13. Современные подходы к лечению врожденной дисфункции коры надпочечников.
 14. Задержка полового развития. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение.
 15. Преждевременное половое развитие. Патогенез, клиника, диагностика. Лечение.
 16. Нарушение половой дифференцировки. Дифференциальная диагностика.
 17. Аномальные маточные кровотечения. Современная терминология и классификация.
 18. Гиперпластические процессы эндометрия. Классификация. Патогенез.
 19. Современные подходы к лечению гиперпластических процессов эндометрия.
 20. Перименопаузальный период. Изменения в организме женщины.
 21. Климактерический синдром. Патогенез, клиника, диагностика.
 22. Лечение климактерического синдрома. Заместительная гормональная терапия эстрогендефицитных состояний.
 23. Постовариозомический синдром. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
 24. Современные методы гормональной контрацепции.
 25. Современные подходы к диагностике и лечению остеопороза у женщин.

Вывод: Подготовка к устному опросу и выполнение данного задания позволяет оценить сформированность части следующих компетенций: ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2.

Задание для показателя оценивания дескриптора «*Умеет*», «*Владеет*»

2.2 Ситуационные задачи к зачету

Задача №1

Женщина 38 лет обратилась с жалобами на отсутствие менструального цикла в течение 5 лет. Менструальный цикл прекратился после автомобильной катастрофы, при которой погибли трое ее родственников, ехавших с ней в машине, а пациентка по счастливой случайности не пострадала. После аварии у нее сразу прекратились менструации. До катастрофы менструации были регулярными, а в анамнезе было 2 родов и 2 неосложненных аборта. Кроме того, у женщины пропал аппетит. При осмотре отмечена выраженная кахексия, вес 42 кг при росте 168 см, ИМТ 15. Кожа сероватого цвета, сухая, шелушащаяся на локтях и коленях. Молочные железы дряблые, железистая ткань при пальпации не определяется. При гинекологическом исследовании отмечается гипоплазия наружных половых органов, сглаженность слизистой влагалища бледно-розового цвета, шейка матки гипопластична, матка пальпаторно уменьшена в размерах, но угол между телом и шейкой выражен. При УЗИ яичники размерами правый яичник-2 x 2,5 x 1,4 см; левый яичник -2,2 x 1,9 x 1,7 см. Визуализируются антральные фолликулы диаметром 2-5 мм, размеры матки: 2,6 x 2,0 x 4,0 см. Отмечено, что особых жалоб на слабость и плохое самочувствие женщина не предъявляла, продолжала работать по специальности (бухгалтер в крупном банке). Периодически обращалась к врачам. При обследовании отмечено снижение уровней ФСГ 3-5 МЕ/мл, ЛГ 2-5 МЕ/мл при нормальных (нижние границы нормы) уровнях ТТГ, АКТГ, пролактина. Периодически, по рекомендации врача, принимала гормональные двухфазные малодозированные КОК, менструальноподобной реакции не отмечалось.

Ответ к задаче №1

В данном случае имелось сочетание эмоционально-психического стресса и анорексии. Больная была направлена к психологу. Несомненно, первым этапом терапии в данном случае должно быть психотерапевтическое воздействие в сочетании с медикаментозным, а также нормализация питания. Терапия половыми яичниковыми гормонами должна быть рекомендована только после нормализации массы тела.

Задача №2

Пациентка И., 34 года. Обратилась с жалобами на обильные, анемизирующие маточные кровотечения в течение 4 лет, которые начались после аборта. Наблюдается в женской консультации с диагнозом дисфункциональные кровотечения репродуктивного периода, в течение 4 месяцев принимала диафанон в дозе 10 мг с 16 по 26 день цикла — без эффекта.

Анамнез: месячные с 13 лет регулярные, болезненные, обильные, половая жизнь с 18 лет, беременностей 8, родов 3, аборт 5, при сроке 8-10 недель. Последние два аборта были осложнены повторными выскабливаниями (задержка частей плодного яйца). После последнего выскабливания месячные стали обильными, цикл нарушился, появились задержки до 2—4 недель с последующим обильным кровотечением. Последнее кровотечение остановили методом гемостаза ригевидоном. С момента остановки кровотечения прошло 30 дней. Последние четыре года беременностей не было, хотя женщина не предохранялась.

Соматические заболевания: хронический холецистит и желчнокаменная болезнь (наблюдается в течение 3 лет). Гинекологические заболевания: частые кольпиты (хламидии, гарднереллы, кандиды). Наследственность: у матери РМЖ, тромбоз вен голени, у отца — гипертоническая болезнь.

Обследование: ИМТ 24, молочные железы, при пальпации картина умеренно выраженной ФКМ диффузного типа (подтверждено на УЗИ). Кожа чистая бледная (Нс 9,6 г/л). При осмотре обнаружены варикозные изменения вен голени. Со слов женщины, они появились после второй беременности. При гинекологическом исследовании шейка не изменена. Тело матки шаровидной формы, неравномерной консистенции, болезненное при пальпации, отклонено кзади, не выводится. При УЗИ (30-й день после остановки кровотечения ригевидоном) матка: 6,2 x 6,8 x 6,4 см, миометрий ячеистый, М-эхо 8 мм, граница его с миометрием нечеткая, структура неоднородная. Левый яичник 3 x 2,4 x 2,1 см содержит единичные антральные фолликулы диаметром до 13 мм. Правый яичник: 2,9 x 3,1 x 2,2 см содержит несколько антральных фолликулов, максимальный диаметр 10 мм. Произведено РДВ — эндометрий

пролиферативного типа. После РДВ при гистероскопии обнаружены устья эндометриоидных ходов в дне матки, грубая складчатость. На основании обследования и клинической картины был установлен диагноз аденомиоз (диффузная форма), дисфункциональные кровотечения.

Ответ к задаче №2

У данной женщины диагноз не представлял особой трудности: характерный анамнез, УЗИ, гистероскопия указывали на причину кровотечений. Исследования эндометрия оказались малоинформативны, но структура эндометрия могла быть следствием применения КОК в гемостатическом режиме. При назначении терапии следовало учитывать наличие варикозно измененных вен и заболевания желчного пузыря — заболеваний, являющихся противопоказанием для применения препаратов половых гормонов. Поэтому женщине был предложен и проведен курс лечения (бусерелин депо). Отметим, что характерные для этой терапии «посткастрационные» симптомы у этой женщины были слабо выражены. Через 1,5 мес. после окончания инъекций бусерелина было менструальноподобное кровотечение в умеренном количестве. При гинекологическом и УЗИ было отмечено уменьшение размеров матки. На 24-й день после первой менструации размеры матки были 5,0 x 4,8 x 4,8 см. В яичниках признаков желтого тела не выявлено, в левом яичнике имелся фолликул диаметром 16 мм. М-эхо 8 мм. УЗИ выявила значительное улучшение в течении аденомиоза, однако цикл имел характер ановуляторного, и женщине вновь угрожали дисфункциональные кровотечения. Учитывая противопоказания для применения препаратов половых гормонов, было решено провести стимуляцию овуляции кломифеном. На 5—9-й день от начала кровянистых выделений, после применения утрожестана — 200 мг в течение 8 дней, назначен кломифен в дозе 50 мг в день, с 5-го по 9-й день. При контрольном УЗИ на 16-й день цикла был выявлен преовуляторный фолликул диаметром 20 мм, на 18-й день цикла при контрольном УЗИ на месте фолликула было желтое тело, в позадиматочном пространстве отмечалось незначительное количество жидкости, на 22-й день при УЗИ М-эхо было 10 мм и имело типичную для 2-й фазы структуру. Очередная менструация на 29-й день цикла была необильной (сгустков не было и закончилась на 6-й день). В последующих двух циклах доза кломифена была уменьшена до 25 мг с 5-го по 9-й день. По данным ректальной температуры цикл имел двухфазный характер (вторая фаза 10—12 дней), менструации носили умеренный характер. В течение последующих 6 месяцев цикл имел регулярный характер, гемоглобин колебался в пределах 110-130 г/л. Женщине были удалены варикозно измененные вены и произведена холецистэктомия. Уровень протромбина колебался в пределах нормы. Это позволило бы в случае необходимости (рецидив аденомиоза, чего никогда нельзя исключить) применить препараты половых гормонов.

Задача №3

Больная С., 24 г, обратилась с жалобами на сухость, жжение в области влагалища, невозможность половой жизни, учащенное мочеиспускание.

Из анамнеза. В возрасте 6 лет в детской больнице оперирована по поводу паховой грыжи справа. В паховом канале обнаружено образование округлой формы, которое при гистологическом исследовании оказалось яичком. При обследовании во втором паховом канале (слева) также обнаружено яичко. Оба яичка были удалены. При генетическом исследовании установлен кариотип 46XY и диагностирован синдром тестикулярной феминизации. В возрасте 6 лет была произведена операция кольпопозза из сигмовидной кишки. Операция прошла без осложнений. В дальнейшем девочка наблюдалась в этой же больнице. В 16 лет была начата циклическая гормонотерапия в связи с отсутствием развития молочных желез (микрофоллин по 0,05 мг в день 15 дней и норколут по 10 мг в день 10 последующих дней). К 18 годам отмечалось увеличение молочных желез, полового оволосения не наблюдалось. Половая жизнь с 20 лет, сопровождающаяся болями и жжением во влагалище. В 22 года назначены трехфазные КОК. Улучшение состояния пациентка не отмечала. Беспокоило также учащенное, болезненное мочеиспускание, по поводу чего она упорно и без эффекта лечилась у уролога с диагнозом хронический цистит. В последние месяцы стала раздражительна, мнительна, склонна к депрессии.

Перенесенные заболевания: детские инфекции без осложнений, частые ангины, хронический бронхит. Объективно: рост 166 см, вес 54 кг, ИМТ 21 кг/м². Кожа сухая и чистая. Полового и подмышечного оволосения нет. Молочные железы гипопластичны, отделяемого из сосков нет. При гинекологическом исследовании малые половые губы гипопластичны, влагалище по зонду 6 см, слизистая ярко-розовая, складчатость не выражена, при дотрагивании слегка кровоточит.

Диагноз СТФ был известен самой пациентке и подтвержден данными генетического исследования. Определение гормонов крови не проводилось, так как пациентка принимала гормональные препараты. Состояние и жалобы были проявлением выраженной гипогонадотропии. Местно, во влагалище,

назначены свечи с овестинном, перорально – эстрофем по 2 мг в день. Через 30 дней отмечено улучшение состояния, явления цистита исчезли, сухость во влагалище значительно уменьшилась, диспареуния не отмечалась. Молочные железы при пальпации чувствительные, заметно увеличились. При гинекологическом исследовании отмечено уменьшение гиперемии слизистой влагалища, кровоточивости нет.

Рекомендовано продолжить прием эстрофема в течение месяца, после чего использовать гестагенсодержащие препараты (фемостон). При необходимости – местно овестиновые свечи.

Через 3 месяца состояние пациентки удовлетворительное, жалоб не предъявляет; мочеиспускание не нарушено, половая жизнь без боли. Самочувствие и настроение хорошие, имеет желание усыновить ребенка.

Была ли правильной тактика врачей?

Ответ к задаче №3

Понятно, что, обнаружив в паховых каналах тестикулы при женском фенотипе, их следовало удалить не только по хирургическим, но и по онкологическим показаниям, поскольку злокачественные опухоли в подобных тестикулах развиваются более чем в 30%. Однако кольпопозз следовало бы отсрочить до 16-18 лет и провести его после предварительной гормонотерапии, что значительно облегчило бы проведение этой сложной и травматичной операции. Правда, детские хирурги полагают, что эти операции следует проводить в раннем детском возрасте во избежание психической травмы.

Гормонотерапию не следовало прекращать в 18 лет, чтобы избежать симптомов эстрогендефицита. Назначенная в 20 лет заместительная терапия трехфазными КОК была явно недостаточной и привела к типичным постменопаузальным урогенитальным нарушениям: учащенное мочеиспускание, сухость влагалища, кожи, гипопластические изменения молочных желез.

В дальнейшем пациентке показана заместительная гормональная терапия под контролем УЗИ и рентгенографии молочных желез и состояния слизистой влагалища.

Задача №4

Пациентка П., 49 лет. Обратилась с жалобами на слабость, увеличение массы тела, потливость, нарушение менструального цикла — редкие, но обильные менструации, периодические подъемы АД и приступы тахикардии. Считает себя больной с 46 лет, когда начались нарушения цикла. В анамнезе 2 родов, 10 аборт, с 35 лет после последнего аборта лечилась от вторичного бесплодия с диагнозом аденомиоз: периодически получала гестагены с 16—25-го дня цикла (название лекарства не помнит). Наследственность: по материнской линии сахарный диабет 2-го типа, ожирение, гипертензия; по отцовской линии — гипертензия. Последнее менструальноподобное кровотечение 30 дней тому назад. Объективно: ИМТ 30 кг/м², кожа пастозная, бледная, ожирение женского типа. Данные обследования: УЗИ печени, почек, желчного пузыря патологии не выявило. При УЗИ малого таза: размеры матки в пределах нормы, в яичники: слева — 2 антральных фолликула диаметром 10 и 8 мм, справа фолликулы не визуализируются, М-эхо 6 мм, границы его нечеткие, структура однородная. В толще передней стенки матки миоматозный узел диаметром 12 мм, кальцинированный. В крови уровень ТТГ — 10 мМЕ/л, Т4св. — 4 нмоль/л. При УЗИ щитовидной железы нарушений размеров и структуры не выявлено. Клинический анализ крови выявил незначительно выраженную анемию — Hb 100 г/л. МПКТ — поясничные позвонки T-SD -1,5; шейка бедра: -1,5. Холестерин 6,2 ммоль/л, глюкоза через 2 часа после нагрузки 7,5 г сахара 8,2 ммоль/л. При гинекологическом осмотре явлений атрофии вульвы и влагалища не выявлено, жалоб на недержание мочи пациентка не предъявляла.

Ответ к задаче №4

На основании обследования и после консультации с общим эндокринологом установлен диагноз - гипотиреоз, миома матки, остеопения. У данной пациентки преобладали симптомы гипотиреоза, поэтому основным лекарственным препаратом явился L-тироксин в дозе 100 мг/сут. Рекомендована соответствующая диетотерапия, с учетом гиперхолестеринемии и нарушения толерантности к глюкозе - метформин в дозе 500 мг 2 раза в день. Через 4 мес указанной терапии пациентка отметила уменьшение массы тела на 10 кг, улучшение общего состояния. После консультации с общим эндокринологом решено было снизить дозу L-тироксина до 50 мг и, учитывая наличие остеопении и обильных менструальноподобных выделений, добавить фемостон 1/10. Через 3 месяца при очередном осмотре состояние вполне удовлетворительное, отмечена стабилизация АД, ИМТ 27, несколько снизился уровень глюкозы — после нагрузки 7,8 ммоль/л, гемоглобин - 120 г/л. При УЗИ органов малого таза М-эхо 3 мм (20-й день от начала менструальноподобного кровотечения), в яичниках фолликулярного аппарата не выявлено. Наблюдение продолжается, пациентка вполне трудоспособна, жалоб не предъявляет.

Метформин был отменен, поскольку женщина строго соблюдала предписанную диету под контролем определения глюкозы крови.

Этап: проведение текущего контроля успеваемости по дисциплине

Текущая аттестация – это регулярная проверка усвоения учебного материала на протяжении семестра. Она может осуществляться в устной или письменной формах в виде опросов, рефератов, проверки домашних заданий, написания истории болезни и самостоятельной работы ординаторов, проведении различных работ, тестирования. В ходе текущего контроля успеваемости преподаватель устанавливает реальный уровень усвоения ординаторами учебной программы на данный момент времени в виде выявления областей незнания, неумения, непонимания.

Формы текущего контроля определены учебным планом и описаны в рабочей программе. По всем заданиям текущего контроля выставляется оценка в соответствии с критериями и шкалой оценивания.

Рекомендации по оцениванию устного опроса:

Требования к оценке:

при выставлении оценки преподаватель учитывает:

- полноту знания учебного материала по теме занятия,
- степень активности студента на занятии;
- логичность изложения материала;
- аргументированность ответа, уровень самостоятельного мышления;
- умение связывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью.

Критерии оценки:

По результатам собеседования студенты получают

количественную оценку («отлично», «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно»).

Схема оценивания устного ответа

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Устный ответ	ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2	обучающийся обнаруживает всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала занятия, усвоил основную литературу и знаком с дополнительной литературой, рекомендованной для подготовки к занятию, а также усвоил взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявил творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала	«отлично»
		обучающийся обнаруживает полное знание учебного материала, усвоил основную литературу, рекомендованную к занятию. А также показал систематический характер знаний по дисциплине и способность к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности	«хорошо»
		обучающийся обнаруживает знание	«удовлетвори-те

		учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию, допустил погрешности, но обладает необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.	льно»
		обучающийся обнаруживает существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускает принципиальные ошибки при ответе на вопросы.	«неудовлетворительно»

Рекомендации по оцениванию самостоятельной работы:

Требования к оцениванию:

преподаватель учитывает:

- полноту знания учебного материала по теме занятия,
- логичность изложения материала;
- умение связывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью.

Критерии оценки:

По результатам собеседования студенты получают «зачтено», «не зачтено».

Схема оценивания правильности выполнения самостоятельной работы (оценивается по двухбалльной шкале с оценками):

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Самостоятельная работа и отчет к ней	ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2	В процессе защиты обучающийся демонстрирует понимание рассматриваемой проблемы, эрудицию, аналитические способности. Результаты оцениваются по следующим критериям: полнота выполнения задания; точность и развернутость ответов ординатора на вопросы преподавателя в ходе защиты самостоятельной работы.	Зачтено
		В процессе защиты обучающийся демонстрирует фрагментарный, разрозненный характер знаний материала, допускает грубые ошибки в формулировках основных понятий и не способен использовать полученные знания при решении практических задач.	Не зачтено

Рекомендации по оцениванию рефератов:

Написание реферата предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы.

Критерии оценки

Оценка «отлично» – выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

Оценка «хорошо» – основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

Оценка «удовлетворительно» – имеются существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

Оценка «неудовлетворительно» – тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

Рекомендации по оцениванию результатов тестирования ординатора **Критерии оценки результатов тестирования**

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	80 – 100%
Хорошо	70 – 79%
Удовлетворительно	60 – 69%
Неудовлетворительно	Менее 60%

Рекомендации по оцениванию ситуационных задач: Схема оценивания правильности решения ситуационных задач

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Решение ситуационных задач	ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2	Обучающийся свободно, с глубоким знанием материала правильно и полно решил ситуационную задачу. В логическом рассуждении и решении нет ошибок, задача решена рациональным способом. Получен правильный ответ. Ясно описан способ решения.	«отлично»
		Если обучающийся достаточно убедительно, с незначительными ошибками в теоретической подготовке и достаточно освоенными умениями по существу правильно ответил на вопросы или допустил небольшие погрешности в ответе при этом в логическом рассуждении и решении нет существенных ошибок.	«хорошо»
		Обучающийся недостаточно уверенно, с существенными ошибками в теоретической подготовке и плохо освоенными умениями ответил на вопросы ситуационной задачи; с затруднениями, но все же сможет при необходимости решить подобную ситуационную задачу на практике.	«удовлетворительно»
		Обучающийся имеет очень слабое представление о предмете и допустил	«неудовлетворительно»

		существенные ошибки в ответе на большинство вопросов ситуационной задачи, неверно отвечал на дополнительно заданные ему вопросы, не может справиться с решением подобной задачи на практике.	
--	--	--	--

Критерии оценки решения ситуационной задачи

1. Оценка клинического мышления.
2. Обоснование диагноза
3. Дифференциальный диагноз
4. План ведения больного
5. Прогноз и диспансеризация

Оценка **«отлично»** ставится, если ординатор глубоко и прочно усвоил весь программный материал и материал дополнительных источников, исчерпывающе, последовательно, грамотно и логически его излагает, справляется с заданиями без затруднений, правильно обосновывает принятые решения, умеет самостоятельно обобщать и излагать материал, не допуская ошибок и неточностей. Содержание ответов свидетельствует об уверенных знаниях слушателя и о его умении решать профессиональные задачи.

Оценка **«хорошо»** ставится, если ординатор твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допускает существенных ошибок и неточностей в ответе на вопрос, может правильно применять теоретические положения и владеет необходимыми умениями и практическими навыками при оказании медицинской помощи пациентам с респираторной инфекции. Имеет неполное решение одного из поставленных вопросов, или одно правильное решение, но не доведено до конца. Содержание ответов свидетельствует о достаточных знаниях ординатора и о его умении решать профессиональные задачи в изучаемой области.

Оценка **«удовлетворительно»** ставится, если ординатор освоил только основной материал, но не знает отдельных деталей, допускает неточности, недостаточно правильно трактует формулировки, нарушает последовательность в изложении программного материала и испытывает затруднения в выполнении решения клинической задачи. Содержание ответов свидетельствует о недостаточных знаниях ординатора и о его ограниченном умении решать профессиональные задачи.

Оценка **«неудовлетворительно»** ставится, если ординатор демонстрирует отсутствие знаний в области респираторных инфекций, основного программного материала, допускает принципиальные ошибки в ответах, не владеет необходимыми умениями и навыками. Содержание ответов свидетельствует о слабых знаниях слушателя и о его неумении решать профессиональные задачи.

Методические материалы, определяющие процедуры оценивания результатов обучения, характеризующих этапы формирования компетенций, описание шкал оценивания

Контрольная работа

Рекомендации по оцениванию презентаций

Создание презентации предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы (клинического случая).

Критерии оценки

Оценка **«отлично»** – выполнены все требования к написанию и созданию презентации: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

Оценка **«хорошо»** – основные требования к созданию презентации и ее защите выполнены, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем презентации; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

Оценка «удовлетворительно» – имеются существенные отступления от требований к созданию презентации. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в создании презентации или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

Оценка «неудовлетворительно» – тема презентации не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

Этап: проведение промежуточной аттестации по дисциплине

Рекомендации по оцениванию теоретического вопроса

Требования к оценке: при выставлении оценки преподаватель учитывает:

- полноту знания учебного материала по теме,
- логичность изложения материала;
- аргументированность ответа, уровень самостоятельного мышления;
- умение связывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью.

Критерии оценки:

По результатам собеседования ординаторы получают количественную оценку («отлично», «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно»).

Схема оценивания теоретического вопроса

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Устный ответ	ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2	обучающийся, обнаруживает всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала занятия, усвоивший основную литературу и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной для подготовки к занятию. А также ординаторам, усвоившим взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившим творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно- программного материала.	«отлично»
		обучающийся, обнаруживший полное знание учебного материала, усвоивший основную литературу, рекомендованную к занятию. А также ординаторам, показавшим систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.	«хорошо»
		обучающийся, обнаруживший знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знакомый с основной литературой, рекомендованной к занятию. А также	«удовлетвори-те льно»

	ординаторам, допустившим погрешности, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.	
	обучающемуся, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки при ответе на вопросы.	«неудовлетворительно»

Рекомендации по оцениванию ситуационных задач:

Рекомендации по оцениванию результатов решения задач

Процент от максимального количества баллов	Правильность (ошибочность) решения
100 (отлично)	Полное верное решение. В логическом рассуждении и решении нет ошибок, задача решена рациональным способом. Получен правильный ответ. Ясно описан способ решения.
81-100 (отлично)	Верное решение, но имеются небольшие недочеты, в целом не влияющие на решение, такие как небольшие логические пропуски, не связанные с основной идеей решения. Решение оформлено не вполне аккуратно, но это не мешает пониманию решения.
66-80 (хорошо)	Решение в целом верное. В логическом рассуждении и решении нет существенных ошибок, но задача решена неоптимальным способом или допущено не более двух незначительных ошибок. В работе присутствуют арифметическая ошибка, механическая ошибка или описка при переписывании выкладок или ответа, не исказившие содержание ответа.
46-65 (удовлетворительно)	В логическом рассуждении и решении нет ошибок, но допущена существенная ошибка в расчетах. При объяснении сложного явления указаны не все существенные факторы.
31-45 (удовлетворительно)	Имеются существенные ошибки в логическом рассуждении и в решении. Рассчитанное значение искомой величины искажает содержание ответа. Доказаны вспомогательные утверждения, помогающие в решении задачи.
0-30 (неудовлетворительно)	Рассмотрены отдельные случаи при отсутствии решения. Отсутствует окончательный численный ответ (если он предусмотрен в задаче). Правильный ответ угадан, а выстроенное под него решение - безосновательно.
0 (неудовлетворительно)	Решение неверное или отсутствует

Критерии оценки результатов решения задач

Оценка (стандартная)	Процент от максимального количества баллов
Отлично	80 – 100%
Хорошо	66 – 80%
Удовлетворительно	46 – 65%
Неудовлетворительно	Менее 46%

На зачете знания ординатора оцениваются по ответам на 2 теоретических вопроса и решению ситуационной задачи.

Результаты промежуточного контроля знаний оцениваются по двухбалльной шкале: «зачтено», «не зачтено». Общая оценка выставляется по следующей схеме оценивания ответа на зачете.

Схема оценивания ответа на зачете

Задания в билете	Проверяемые компетенции		Набранные баллы
Теоретический вопрос №1	ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3
		неудовлетворительно	2
Теоретический вопрос №2	ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3
		неудовлетворительно	2
Практическое задание (ситуационная задача)	ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3
		неудовлетворительно	2
Общая оценка	ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2	зачтено	9-15
		не зачтено	6-8

Вывод.

В результате выполнения заданий: теоретический опрос, решение тестового контроля и ситуационных задач по предложенным темам сформированы следующие компетенции: ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2.