

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

**НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

ЗАТВЕРДЖЕНО

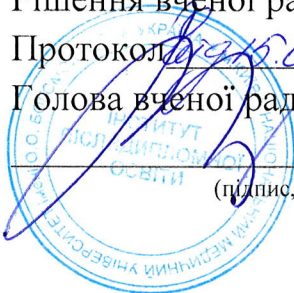
Рішення вченої ради ІПО

Протокол 01/26 № 5

Голова вченої ради ІПО

Т.А. Вежновець

(підпис, МП)



**НАВЧАЛЬНИЙ ПЛАН ТА ПРОГРАМА
ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ**

«БАЗОВИЙ КУРС ЕНДОКРИННОЇ ГІНЕКОЛОГІЇ»

ТРИВАЛІСТЬ ЦИКЛУ – 2 ТИЖНІ (78 ГОДИН)

**Кафедра госпітального акушерства і гінекології
та післядипломної освіти**

Київ 2026

РЕЦЕНЗЕНТИ:

1) Булавенко Ольга Василівна

доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри акушерства і гінекології №2 ВНМУ ім М. І. Пирогова,

2) Бенюк Василь Олексійович

доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри факультетського акушерства і гінекології, НМУ імені О.О. Богомольця

Навчальна програма та план циклу тематичного удосконалення «Базовий курс ендокринної гінекології» розглянуті постійно діючою навчально-методичною комісією вченої ради Інституту післядипломної освіти НМУ імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ:

Протокол від 13 січня 2026 р № 5.

СКЛАД РОБОЧОЇ ГРУПИ

- **Говсєєв Дмитро Олександрович**

д. мед. н., професор, завідувач кафедри госпітального акушерства і гінекології та післядипломної освіти НМУ імені О.О.Богомольця

- **Громова Олександра Леонідівна**

д. мед. н., доцент кафедри госпітального акушерства і гінекології та післядипломної освіти НМУ імені О.О.Богомольця

- **Геревич Надія Василівна**

к. мед. н., доцент кафедри госпітального акушерства і гінекології та післядипломної освіти НМУ імені О.О.Богомольця

- **Мартінова Лілія Іванівна**

к. мед. н., доцент кафедри госпітального акушерства і гінекології та післядипломної освіти НМУ імені О.О.Богомольця

- **Ярощук Олена Борисівна**

PhD, асистент кафедри госпітального акушерства і гінекології та післядипломної освіти НМУ імені О.О.Богомольця

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

Навчальна програма циклу тематичного удосконалення «Базовий курс ендокринної гінекології» призначена для підвищення кваліфікації спеціалістів лікарів-акушерів-гінекологів, лікарів-гінекологів дитячого та підліткового віку, лікарів загальної практики - сімейних лікарів, лікарів-терапевтів, лікарів-ендокринологів.

Цикл проводиться відповідно до «Положення про організацію та здійснення освітньої діяльності на післядипломному рівні в Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця» з урахуванням засад Постанов Кабінету Міністрів України від 14.07.21 р № 725 «Про затвердження Положення про систему БПР медичних і фармацевтичних працівників» та від 29 вересня 2023 р. № 1036 «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 14 липня 2021 р. № 725»; наказів Міністерства охорони здоров'я України від 25.07.2023 № 1347 «Про затвердження Переліку циклів спеціалізації та тематичного удосконалення за лікарськими та фармацевтичними спеціальностями» (зі змінами), від 16 квітня 2025 № 650 «Про затвердження Порядку проведення атестації працівників сфери охорони здоров'я та внесення змін до деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України», від 22.07.1993 № 166 «Про подальше удосконалення системи післядипломної освіти та безперервного професійного розвитку лікарів та фармацевтів (провізорів)» (зі змінами).

Мета циклу — освоєння сучасних та нових методів вирішення професійних завдань, формування і закріплення на практиці професійних знань, умінь і навичок, отриманих в результаті теоретичної підготовки, вивчення світового досвіду, формування організаторських навичок для виконання обов'язків на займаній або на більш високій посаді з питань проблем порушення гормональної регуляції та гормонального гомеостазу, особливостям тактики ведення жінок з найбільш розповсюдженими

ендокринологічними захворюваннями репродуктивної системи та гормонозалежними гінекологічними захворюваннями.

Цикл тематичного удосконалення передбачає розгляд та отримання вмінь щодо комплексного обстеження жінок з ендокринною патологією репродуктивної сфери та гормонозалежними станами та захворюваннями, інтерпретування отриманих результатів як лабораторних, так і інструментальних методів обстеження, уміння розпізнавати ендокринні синдроми та діагностувати захворювання жіночої репродуктивної системи, що зумовлені порушенням гормональної регуляції та гормонального гомеостазу, призначити лікування та спланувати стратегію довгострокового менеджменту, міждисциплінарних взаємодій.

Програма охоплює обсяг як теоретичних, так і практично-прикладних знань, вмінь і навичок, необхідних для лікарів-акушерів-гінекологів, лікарів-гінекологів дитячого та підліткового віку, лікарів загальної практики - сімейних лікарів, лікарів-терапевтів для належного здійснення професійної діяльності.

Програма містить опрацювання провідних розділів та тем, що є необхідним лікарям при веденні жінок з ендокринно-гінекологічними захворюваннями, гормон-залежними захворюваннями репродуктивної системи. Цикл тематичного удосконалення охоплює обсяг як теоретичних, так і практично-прикладних знань, вмінь і навичок, необхідних для належного здійснення професійної діяльності.

У навчальному плані циклу зазначено контингент слухачів, тривалість їх навчання, розподіл годин, відведених на вивчення тем навчальної програми. У разі необхідності, враховуючи базовий рівень знань слухачів, кафедра може вносити корективи та доповнення до навчальних годин, які регламентовані навчальними планами, в межах 15 % від загального обсягу часу.

Навчальний план та програма циклу тематичного удосконалення доповнені переліком практичних навичок, списком рекомендованих літературних джерел.

Для виконання цієї програми під час навчання передбачено такі види навчальних занять: лекції, практичні заняття, різні види семінарських занять, а також самостійну роботу слухачів.

Перед початком циклу здійснюється контроль рівня знань особи у формі тестування.

Для визначення рівня засвоєння програми циклу передбачено підсумковий іспит, який складається з:

- тестування;
- оцінки практичних навичок в симуляційних умовах (в симуляційних центрах, на манекенах тощо), якщо програма навчання передбачала вдосконалення або набуття практичних навичок;
- вирішення клінічних завдань.

Слухачам, які виконали програму та успішно склали іспит, видається сертифікат про проходження циклу встановленого зразка.

НАВЧАЛЬНИЙ ПЛАН

ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ

«БАЗОВИЙ КУРС ЕНДОКРИННОЇ ГІНЕКОЛОГІЇ»

Тривалість навчання: 2 тижні (78 годин)

Контингент: лікарі-акушери-гінекологи, лікарі-гінекологи дитячого та підліткового віку, лікарі загальної практики - сімейні лікарі, лікарі-терапевти, лікарі-ендокринологи (відповідно до Наказів МОЗ України від 25 липня 2023р № 1347 та від 16.04.2025 № 650).

Код	Назва теми	Кількість навчальних годин				
		Лекції	Семін. занятт я	Практ. занятт я	Самост . робота *	Разом
1	2	3	4	5	6	7
1	Вступ до теми «ендокринна гінекологія»		1			1
1.1	Основи охорони репродуктивного здоров'я та організація акушерсько- гінекологічної служби.		1			1
1.2	Організація амбулаторної та стаціонарної акушерсько- гінекологічної допомоги.		1			1
1.3	Роль сімейного лікаря в наданні акушерсько- гінекологічної допомоги населенню.					0

2	Ендокринна патологія репродуктивної системи. Менструальний цикл – норма та патологія	1		3	1	5
2.1	Регуляція менструального циклу. Унікальність механізмів зворотнього зв'язку між яєчниками-гіпофізом-гіпоталамусом. Параметри норми в різні вікові періоди			3		3
2.2	Основні види порушень менструального циклу. Ановуляція та олігоовуляція як універсальні механізми недостатності оваріальної функції.			3		3
2.3	Принципи діагностики та формулювання діагнозу при оваріальній недостатності. Визначення рівня пошкодження регуляції менструальної функції. Класифікація овуляторних розладів по FIGO 2022			3		3
2.4	Стратегії відновлення менструальної та репродуктивної функції при гіпо- гіпер- та нормогонадотропній ановуляції/ аменореї			3		3
2.5	Аномальні маткові кровотечі. Сучасні підходи до лікування.					0

3	Нейро-ендокринні синдроми, основні методи діагностики та лікування			3	1	4
3.1	Синдром полікістозних яєчників. Фенотипи. Сучасні підходи до довгострокової стратегії. Відновлення фертильності. Междисциплінарні взаємодії.			3		3
3.2	Вроджена дисфункція кори наднирників. Форми захворювання. Некласична форма як діагностична проблема в практиці гінеколога та шляхи її вирішення.			3		3
3.3	Синдром гіперандрогенії. Диференціальний діагноз СПКЯ, ВДКН, пухлинної гіперандрогенії, ферментної та рецепторної форм. Підходи до лікування.			3		3
3.4	Синдром гіперпролактинемії. Пухлинна та функціональна гіперпролактинемії. Репродуктивні та нерепродуктивні ефекти гіперпролактинемії. Відновлення фертильності. Гінеколог, ендокринолог та нейрохірург – межі компетенції.			3		3

3.5	Стрес-індуковані розлади в репродуктивній системі. Функціональна гіпоталамічна аменорея. Нервова анорексія. Аменорея атлетів. Міждисциплінарні взаємодії.					0
4	Синдроми, що пов'язані з дефіцитом статевих стероїдних гормонів			2		2
4.1	Менопаузальний синдром. Сучасні підходи до діагностики та лікування. Переваги та ризики менопаузальної гормональної терапії			2		2
4.2	Передчасна недостатність яєчників. Етіологічні фактори та особливості діагностики в залежності від віку пацієнтки. Підходи до збереження та відновлення фертильності. Стратегія збереження соматичного здоров'я. Переваги та ризики замісної гормональної терапії.			2		2
4.3	Естрогенний дефіцит у хворих, що перенесли онкологічні захворювання. Шляхи подолання естрогендефіцитних проявів в залежності від виду онкологічного захворювання.			2		2

4.4	Пременопауза як прогестерондефіцитний стан. Кому та коли необхідно компенсувати дефіцит прогестерону.			2		2
4.5	Андрогендефіцитні стани у жінок. Контраверсійні питання			2		2
4.6	Остеопороз. Можливості гінеколога в профілактиці та лікуванні.			2		2
4.7	Урогенітальна атрофія. Гормональні та негормональні методи лікування.					0
5	Гіперпластичні процеси репродуктивних органів та гормонозалежні захворювання в амбулаторній гінекологічній практиці			2		2
5.1	Ендометріоз – лікувати чи оперувати? Коли та кому призначати гормональну терапію. Відновлення фертильності. Особливості лікування менопаузального синдрому у пацієнок з історією ендометріозу			2	1	3
5.2	Міома матки. Можливості гінеколога амбулаторної ланки. Органозберігаючі стратегії	1		2		3

5.3	Гіперпластичні процеси ендометрію. Неатипові та атипові форми гіперпластичних процесів. Терапевтичні підходи, що мінімізують ризики рецидиву.			2		2
5.4	Доброякісні гіперпластичні захворювання молочних залоз в практиці гінеколога.					0
6	Основи репродуктивної ендокринології підліткового віку			2		2
6.1	Періоди статевого розвитку.			2	1	3
6.2	Передчасний статевий розвиток. Основні причини та принципи лікування		1	2		3
6.3	Затримка статевого розвитку. Основні причини та принципи лікування			2		2
6.4	Статеве виховання та контрацепція в підлітковому віці			2		2
6.5	Аномальні маткові кровотечі в підлітковому віці		1			1
	Іспит	6				
	Всього	2	4	62	4	78

*4 години - для двотижневого циклу;

*2 години — для однотижневого циклу

Примітка: у навчальних планах та програмах циклів тематичного удосконалення для науково-педагогічних працівників не менше 20 %

навчальних годин передбачено на удосконалення раніше набутих та/або набуття нових компетентностей у межах освітньої діяльності, інноваційних технологій викладання.

НАВЧАЛЬНА ПРОГРАМА
ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ
«БАЗОВИЙ КУРС ЕНДОКРИННОЇ ГІНЕКОЛОГІЇ»

Тривалість навчання: 2 тижні (78 годин)

Код		Назва теми, елементу
Тема	Елемент	3
1	2	
1		Вступ до теми «ендокринна гінекологія»
	1.1.	Основи охорони репродуктивного здоров'я та організація акушерсько-гінекологічної служби.
	1.2.	Організація амбулаторної та стаціонарної акушерсько-гінекологічної допомоги.
	1.3.	Роль сімейного лікаря в наданні акушерсько-гінекологічної допомоги населенню.
2		Ендокринна патологія репродуктивної системи. Менструальний цикл – норма та патологія
	2.1.	Регуляція менструального циклу. Унікальність механізмів зворотнього зв'язку між яєчниками-гіпофізом-гіпоталамусом. Параметри норми в різні вікові періоди
	2.2.	Основні види порушень менструального циклу. Ановуляція та недостатність лютеїнової фази як універсальні механізми недостатності оваріальної функції.

	2.3.	Принципи діагностики та формулювання діагнозу при оваріальній недостатності. Визначення рівня пошкодження регуляції менструальної функції
	2.4.	Стратегії відновлення менструальної та репродуктивної функції при гіпо- гіпер- та нормогонадотропній ановуляції/ аменореї
	2.5.	Аномальні маткові кровотечі. Сучасні підходи до лікування.
3		Нейро-ендокринні синдроми, основні методи діагностики та лікування
	3.1.	Синдром полікістозних яєчників. Фенотипи. Сучасні підходи до довгострокової стратегії. Відновлення фертильності. Междисциплінарні взаємодії.
	3.2.	Вроджена дисфункція кори наднирників. Форми захворювання. Некласична форма як діагностична проблема в практиці гінеколога та шляхи її вирішення.
	3.3	Синдром гіперандрогенії. Диференціальний діагноз СПКЯ, ВДКН, пухлинної гіперандрогенії, ферментної та рецепторної форм. Підходи до лікування.
	3.4.	Синдром гіперпролактинемії. Пухлинна та функціональна гіперпролактинемії. Репродуктивні та нерепродуктивні ефекти гіперпролактинемії. Відновлення фертильності. Гінеколог, ендокринолог та нейрохірург – межі компетенції.

	3.5.	Стрес-індуковані розлади в репродуктивній системі. Функціональна гіпоталамічна аменорея. Нервова анорексія. Аменорея атлетів. Міждисциплінарні взаємодії.
4		Синдроми, що пов'язані з дефіцитом статевих стероїдних гормонів
	4.1.	Менопаузальний синдром. Сучасні підходи до діагностики та лікування. Переваги та ризики менопаузальної гормональної терапії
	4.2.	Передчасна недостатність яєчників. Етіологічні фактори та особливості діагностики в залежності від віку пацієнтки. Підходи до збереження та відновлення фертильності. Стратегія збереження соматичного здоров'я. Переваги та ризики замісної гормональної терапії.
	4.3.	Естрогенний дефіцит у хворих, що перенесли онкологічні захворювання. Шляхи подолання естрогендефіцитних проявів в залежності від виду онкологічного захворювання.
	4.4.	Пременопауза як прогестерондефіцитний стан. Кому та коли необхідно компенсувати дефіцит прогестерону.
	4.5.	Андрогендефіцитні стани у жінок. Контраверсійні питання
	4.6.	Остеопороз. Можливості гінеколога в профілактиці та лікуванні.
	4.7.	Урогенітальна атрофія. Гормональні та негормональні методи лікування.

5		Гіперпластичні процеси репродуктивних органів та гормонозалежні захворювання в амбулаторній гінекологічній практиці
	5.1.	Ендометріоз – лікувати чи оперувати? Коли та кому призначати гормональну терапію. Відновлення фертильності. Особливості лікування менопаузального синдрому у пацієнток з історією ендометріозу
	5.2.	Міома матки. Можливості гінеколога амбулаторної ланки. Органозберігаючі стратегії
	5.3.	Гіперпластичні процеси ендометрію. Неатипові та атипові форми гіперпластичних процесів. Терапевтичні підходи, що мінімізують ризики рецидиву.
	5.4.	Доброякісні гіперпластичні захворювання молочних залоз в практиці гінеколога.
6		Основи репродуктивної ендокринології підліткового віку
	6.1.	Періоди статевого розвитку.
	6.2.	Передчасний статевий розвиток. Основні причини та принципи лікування
	6.3.	Затримка статевого розвитку. Основні причини та принципи лікування
	6.4.	Статеве виховання та контрацепція в підлітковому віці
	6.5.	Аномальні маткові кровотечі в підлітковому віці

**ПЕРЕЛІК ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК
ДЛЯ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ
«БАЗОВИЙ КУРС ЕНДОКРИННОЇ ГІНЕКОЛОГІЇ»**

№ з/п	Назва практичної навички
1	2
1	Уміти зібрати і оцінити анамнестичні дані відносно загальних та специфічних функцій жіночого організму.
2	Призначити обстеження пацієнтці з первинною аменореєю
3	Призначити обстеження пацієнтці з вторинною аменореєю
4	Визначити рівень пошкодження регуляції репродуктивної системи.
5	Призначити лікування пацієнтці з гіпергонадотропною аменореєю з урахуванням етіологічних факторів
6	Призначити лікування пацієнтці з гіпогонадотропною аменореєю з урахуванням етіологічних факторів
7	Діагностика гіперпролактинемії згідно клінічних настанов
8	Визначити показання для проведення МРТ гіпофізу у пацієнтки з гіперпролактинемією
9	Призначити лікування пацієнтці з функціональною гіперпролактинемією та пролактиномною гіпофізу
10	Виявити фенотип СПКЯ
11	Призначити лікування пацієнтці з СПКЯ з урахуванням фенотипу, репродуктивних планів та метаболічних розладів
12	Провести диференціальний діагноз СПКЯ та некласичної ВДКН

13	Визначити показання та протипоказання для призначення МГТ жінці в пері- та постменопаузі
14	Призначити замісну гормональну терапію жінці з передчасною недостатністю з урахуванням персональних медичних даних
15	Орієнтуватись в результатах гормонального обстеження жінок з різними нейро-ендокринними синдромами
16	Провести консультування дівчини підліткового віку з питань контрацепції
17	Провести оцінку стадії статевого розвитку за Танером
18	Визначити показання для хірургічного гемостазу при АМК у дівчат підліткового віку

ПЕРЕЛІК ПИТАНЬ ДО ТЕСТУВАННЯ
ДЛЯ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ
«БАЗОВИЙ КУРС ЕНДОКРИННОЇ ГІНЕКОЛОГІЇ»

1. *Взаємодія стероїдогенезу в яєчниках та синтезу гонадотропінів відбувається за рахунок:*
 - 50. Негативного зворотнього зв'язку
 - 50. Позитивного зворотнього зв'язку
 - 0. Секреція стероїдних гормонів носить автономний характер.
 - 0. Синтез гонадотропінів носить автономний характер
 - 0. Всі відповіді неправильні
2. *Позитивний зворотній зв'язок зумовлений:*
 - 0. Передовуляторним підйомом прогестерону
 - 0. Передовуляторним піком ФСГ
 - 0. Передовуляторним піком ЛГ
 - 100. Реакцією гіпоталамуса та гіпофізу на передовуляторний підйом естрадіолу
 - 0. Всі відповіді неправильні.
3. *Параметри норми тривалості менструального циклу за FIGO 2018.*
 - 0. 26-28 днів
 - 0. 21-35 днів
 - 0. 28 – 45 днів
 - 100. 24 – 38 днів з можливою варіабельністю циклу до 8 днів у вказаних межах
 - 0. Всі відповіді неправильні
4. *Первинна аменорея – це:*
 - 100. Відсутність менструації у дівчини 16 років та старше
 - 0. Відсутність менструації більше 6 місяців при відсутності визначеної патології репродуктивної системи
 - 0. Відсутність менструації, зумовлена пошкодженням репродуктивної системи на рівні гіпоталамуса.
 - 0. Відсутність менструації, зумовлена пошкодженням фолікулярного апарата яєчників.
 - 0. Відсутність менструації, зумовлена відсутністю матки та/або яєчників.
5. *Хибна аменорея визначається як:*
 - 0. Аменорея тривалістю менше 6 місяців.

- 0. Аменорея, зумовлена пошкодженням рецепторного апарата ендометрію.
 - 0. Аменорея, зумовлена декомпенсацією екстрагенітальних захворювань.
 - 100. Аменорея, зумовлена блоком відтоку менструальної крові
 - 0. Аменорея у віці до 16 років
6. *Порушення оваріальної функції включають в себе:*
- 0. Гіпофункцію яєчників та гіперфункцію яєчників
 - 50. Ановуляцію.
 - 50. Олігоовуляцію.
 - 0. Гіпоталамо-гіпофізарну дисфункцію.
 - 0. Гіперандрогенію.
7. *Виділяють наступні види ановуляції:*
- 0. Гіпоестрогенна.
 - 0. Гіперестрогенна.
 - 0. Андрогензалежна.
 - 0. Яєчникова та наднирникова.
 - 100. Гіпо-, гіпер-, та нормогонадотропна
8. *Діагностика оваріальної недостатності включає в себе:*
- 25. Визначення типу оваріальної недостатності (хронічна чи спорадична ановуляція)
 - 25. Визначення пошкодження рівня регуляції репродуктивної системи
 - 25. Визначення основних етіологічних чинників та захворювання, що привело до пошкодження репродуктивної системи
 - 25. Виключення основних ендокринних захворювань та декомпенсованої соматичної патології, що можуть привести до оваріальної недостатності
 - 0. Все перераховане невірно
9. *Стратегія лікування гіпергонадотропної недостатності яєчників включає в себе:*
- 25. Тривалу замісну гормональну терапію комбінацією естрадіолу та прогестерону.
 - 25. Відновлення фертильності за рахунок програм донації яйцеклітин.
 - 25. Моніторинг щільності кісткової тканини, функції щитоподібної залози та корекція способу життя для зменшення серцево-судинного ризику.
 - 25. Психологічну підтримку
 - 0. Все перераховане неправильно.

10. Стратегія лікування гіпогонадотропної недостатності яєчників:

- 50. Замісну терапію комбінацією естрадіолу та прогестерону або прогестероном.
- 50. Відновлення фертильності шляхом стимуляції овуляції гонадотропінами або введення агоністів ЛГ-РГ короткострокової дії.
- 0. Лапароскопічний дрілінг яєчників.
- 0. Антиандрогенна терапія
- 0. Всі відповіді неправильні.

11. Стратегія лікування нормогонадотропної недостатності яєчників

- 25. Лікування основного соматичного та/або ендокринного захворювання.
- 25. Підтримка лютеїнової фази менструального циклу прогестинами
- 25. Стимуляція овуляції кломіфеном (летрозолом) або гонадотропінами або їх комбінацією.
- 0. Все перераховане неправильно
- 0. Гомеопатичне лікування.

12. При АМК у жінки старше 40 років з низьким ризиком раку ендометрію та відсутністю ультразвукових ознак патології ендометрію рекомендованим методом оцінки ендометрію буде:

- 0. Роздільне діагностичне вишкрібання
- 50. Гістероскопія з прицільною біопсією ендометрію
- 100. Pipel-біопсія ендометрію з гістологічним дослідженням отриманого матеріалу
- 0. Цитологічне дослідження змиву з порожнини матки.
- 0. Все перераховане неправильно

13. Першою лінією терапії АМК у жінок репродуктивного віку, що не планують вагітність і зацікавлені в контрацепції буде:

- 0. Допамінергічні препарати
- 0. Кломіфен
- 0. Вагінальні прогестини в циклічному режимі
- 0. Пероральні прогестини в безперервному режимі
- 100. КОК з дієногестом в режимі динамічних дозувань або ВМС з левоноргестрелом 52 мг

14. СПКЯ визначається як:

- 0. Синдром підвищеного рівня андроненів.
- 0. Синдром поєднання аменореї та гірсутизму.
- 100. Синдром хронічної ановуляції та гіперандрогенії при виключенні інших причин.

- 0. Синдром полікістозних змін в яєчниках в поєднанні з гіперандрогенією наднирничкового генезу
- 0. Синдром гіпогонадотропної ановуляції

15. Роттердамські критерії діагностики СПКЯ це:

- 0. Ановуляція та гіперандрогенія
- 0. Ановуляція та ультразвукові ознаки полікістозу яєчників
- 0. Гіперандрогенія та ультразвукові ознаки полікістозу в яєчниках
- 100. Поєднання щонайменше двох з трьох критеріїв при виключенні інших причин: хронічна ановуляція, ультразвукові ознаки полікістозу яєчників та лабораторна та/або клінічна гіперандрогенія
- 0. Все перераховане неправильно

16. Фенотипи СПКЯ включають в себе

- 25. Ановуляція, гіперандрогенія та полікістозні зміни в яєчниках
- 25. Ановуляція та гіперандрогенією без морфологічних змін
- 25. Гіперандрогенія з полікістозними змінами яєчників та збереженою овуляцією
- 25. Полікістозні зміни в яєчниках з ановуляцією без явних ознак гіперандрогенії
- 0. Нічого з перерахованого

17. Основні захворювання, що потрібно виключити при діагностиці СПКЯ:

- 25. Гіпотиреоз
- 25. Гіперпролактинемічний синдром
- 25. Вроджена дисфункція наднирників, некласична та проста вірільна форма
- 25. Андрогенпродукуючі пухлини наднирників та яєчників
- 0. Все перераховане неправильно

18. Перша лінія терапії при лікуванні гірсутизму, зумовленому СПКЯ.

- 100. Комбіновані оральні контрацептиви з гестагеном без остаточної андрогенної дії
- 0. Допамінергічні препарати
- 0. Віт. D3
- 0. Метформін
- 0. Інозітоли

19. Показання для застосування метформіну при СПКЯ:

- 25. Порушення толерантності до глюкози
- 25. Доведена інсулінорезистентність
- 25. Індекс маси тіла більше 25

25. Підтверджені критерії метаболічного синдрому

0. Все вище перераховане неправильно

20. Особливості діагностики СПКЯ в підлітковому віці:

100. Діагностично значущим є наявність трьох критеріїв з трьох відповідно Роттердамського консенсусу

0. Перевага надається ультразвуковим ознакам

0. Основним діагностичним критерієм є наявність андрогензалежної дерматопатії (акне та гірсутизм)

0. Основним критерієм є наявність оліго- та ановуляції

0. Критерієм діагностики є порушення менструального циклу, що зберігаються більше 3 років від менархе

21. Препарати першої лінії для стимуляції овуляції при СПКЯ:

0. Лапароскопічний дрілінг яєчників

100. Кломіфену цитрат та летрозол

0. Метформін

0. Інозітоли

0. Гонадотропіни

22. Довгострокові ризики для здоров'я у жінок з СПКЯ:

0. Підвищений ризик інсулінозалежного діабету.

0. Підвищений ризик остеопорозу та атипових переломів

0. Підвищений ризик хвороби Альцгеймера.

100. Підвищений ризик цукрового діабету II типу, гіпертонічної хвороби та раку ендометрію.

0. Підвищений ризик злоякісних пухлин яєчників.

23. Диференціальний діагноз між СПКЯ та неklasичною формою вродженої дисфункції кори наднирників (ВДКН) проводиться на підставі визначення:

0. Загального тестостерону

0. Індексу вільного тестостерону

100. 17-оксігідропрогестерону (17-ОНР).

0. Дегідротестостерону

0. Дегідроепіандростерону-сульфату

24. Шляхи корекції гіперандрогенії при неklasичній формі ВДКН

25. Оральні глюкокортикоїди

25. КОК з антиандрогенним ефектом

25. Блокатори андрогенних рецепторів

25. Блокатори 5-альфа редуктази

0. метформін

25. *Шляхи відновлення овуляції при некласичній формі ВДКН:*

- 100. Оральні глюкокортикоїди
- 0. КОК з антиандрогенним ефектом
- 0. Блокатори андрогенних рецепторів
- 0. Блокатори 5-альфа редуктази
- 0. Метформін

26. *Особливості лабораторного дослідження пролактину:*

- 25. Має визначатися натщесерце.
- 25. Наявність феномену макропролактинемії.
- 25. Наявність НООК-ефекту.
- 25. Не рекомендується визначення одразу після пробудження.
- 0. Визначається в середині менструального циклу

27. *Показання для проведення МРТ гіпофізу з контрастуванням у жінок з гіперпролактинемією:*

- 0. Підвищення рівня пролактину при вагітності.
- 0. Наявність лактореї
- 0. Високий рівень макропролактинемії.
- 0. Підвищення пролактину при прийомі естроген-вмісних препаратів.
- 100. Високі показники рівня пролактину (вище 100 нг/мл) та/або звуження полів зору на кольорову мітку.

28. *Основний метод лікування мікропролактіноми гіпофізи з гіперпролактинемією.*

- 0. Антиестрогени.
- 0. Прогестини.
- 100. Агоністи дофаміну (каберголін).
- 0. Даназол.
- 0. Агоністи ЛГ-РГ.

29. *Показання для нейрохірургічного лікування макропролактіноми:*

- 25. Швидке збільшення пухлини.
- 50. Відсутність ефекту від лікування агоністами дофаміну.
- 25. Звуження полів зору на кольорову мітку.
- 0. Рівень пролактину вище 500 нг/мл.
- 0. Все перераховане неправильно.

30. *Показання для лікування агоністами дофаміна при вагітності у жінок з макропролактіномою*

- 0. Загроза переривання вагітності.

- 0. Підвищення рівня пролактину вище 100 нг/мл.
- 100. Звуження полів зору на кольорову мітку та/або ознаки здавлення зорових нервів при огляді очного дну.
- 0. Наявність лакторей.
- 0. Настання вагітності на тлі лікування агоністами дофаміну.

31. Основним нерепродуктивним ефектом гіперпролактинемії є.

- 0. Депресія.
- 0. Підвищення ризику серцево-судинних ускладнень.
- 100. Підвищений ризик остеопенії та остеопорозу.
- 0. Підвищений ризик цукрового діабету II типу.
- 0. Хронічна ановуляція.

32. Що являється основною лабораторною ознакою функціональної гіпоталамічної аменореї?

- 25. Низький рівень естрадіолу.
- 75. Низькі рівні ЛГ та ФСГ.
- 0. Низький тестостерону
- 0. Високий рівень ЛГ та ФСГ
- 0. Високий рівень пролактину.

33. Які основні причини функціональної гіпоталамічної аменореї.

- 50. Стрес
- 25. Жорсткі обмежувальні дієти
- 25. Важкі фізичні навантаження
- 0. Інсулінорезистентність
- 0. нічого з перерахованого

34. Як діагностується менопауза у жінки із збереженою маткою та яєчниками?

- 0. Високий рівень ФСГ
- 0. Низький рівень АМГ
- 0. Низький рівень естрадіолу
- 0. Відсутність або поодинокі антральні фолікули в яєчниках
- 100. Відсутність менструації протягом року та більше у жінки старше 45 років

35. Як діагностується менопауза у жінки із видаленою маткою та збереженими яєчниками?

- 0. Жінка з видаленою маткою вважається жінкою з хірургічною менопаузою
- 100. Високий рівень ФСГ, що виміряно двічі з перервою у 4 тижні

- 0. Низький рівень АМГ
- 0. Низький рівень естрадіолу
- 0. Відсутність або поодинокі антральні фолікули в яєчниках

36. Які симптоми притаманні менопаузальному синдрому?

- 25. Відчуття припливів та нічної пітливості
- 25. Біль у м'язах та суглобах
- 25. Труднощі концентрації уваги, забудькуватість
- 25. Вагінальна сухість
- 0. Нічого з перерахованого

37. Які показання для призначення менопаузальної гормональної терапії (МГТ)?

- 0. Профілактика серцево-судинних ускладнень.
- 0. Профілактика хвороби Альцгеймера та судинної деменції
- 0. Профілактика старіння шкіри
- 100. Важкі та середньої важкості вазомоторні розлади, що погіршують якість життя жінки
- 0. Збереження менструальної функції

38. Яке обстеження не потрібне перед призначенням МГТ?

- 0. Мамографія
- 0. Визначення холестерину та тригліцеридів крові
- 100. Визначення рівня АМГ та естрадіолу
- 0. Потрібні всі перераховані
- 0. Не потрібно нічого з перерахованого

39. Що з перерахованого не являється протипоказом для МГТ?

- 0. Персистуючий гепатит з порушенням функції печінки або цироз печінки.
- 0. Неконтрольована артеріальна гіпертензія
- 0. Персональний анамнез тромбозу при вагітності або прийому комбінованих оральних контрацептивів
- 100. Порушення толерантності до глюкози та цукровий діабет II типу
- 0. Персональний анамнез раку молочної залози

40. При якому онкологічному захворюванні репродуктивних органів можливе безпечне призначення МГТ?

- 0. Гормоннезалежний рак молочної залози
- 100. Плоскоклітинний рак шийки матки
- 0. Ендометріоїдний рак яєчника
- 0. Низькодиференційований рак ендометрію
- 0. Саркома матки

41. *Діагностичні критерії передчасної недостатності яєчників по ESHRE 2015:*

- 0. Припинення менструацій до 40 років.
- 0. Рівень АМГ нижче 1 нг/мл у жінки до 40 років.
- 0. Вазомоторні розлади та порушення оліго- або аменорея у жінки до 40 років.
- 100. Оліго- або аменорея щонайменше 4 місяці, двократне підвищення ФСГ з проміжком в 4 тижні у жінки до 40 років
- 0. Все перераховане невірно

42. *До якого віку необхідно проводити замісну гормональну терапію (ЗГТ) у жінки з передчасною недостатністю яєчників?*

- 0. Протягом 5-7 років
- 0. До 40 років
- 100. До настання середнього віку менопаузи, тобто до 50 років
- 0. При відсутності вазомоторних розладів замісна гормональна терапія не потрібна
- 0. Замісна гормональна терапія припиняється після зменшення симптомів естрогенного дефіциту

43. *Яка добова доза естрадіолу вважається оптимальною для жінок з передчасною недостатністю яєчників?*

- 0. 0.5 мг
- 0. 1 мг
- 0. 1.5 мг
- 100. 2 мг
- 0. 4 мг

44. *Які методи збереження щільності кісткової тканини використовують у жінок, що перенесли рак молочної залози?*

- 25. Препарати кальцію та вітаміну D3
- 25. Біфосфонати
- 25. Деносумаб
- 25. Помірні силові фізичні навантаження
- 0. Нічого з перерахованого

45. *Оптимальна терапія важких вазомоторних розладів у жінок, що перенесли рак молочної залози, це використання:*

- 0. Рослинних екстрактів хмелю
- 0. Біологічно активних добавок на підставі сої

100. Селективних інгібіторів зворотнього захвату серотоніну та норадреналіну

0. Прогестерону

0. Андрогенів

46. Показання для призначення прогестинів в пременопаузі:

100. Скорочення менструального циклу менше 24 днів та збільшення об'єму менструальної крововтрати

0. Скудні менструації

0. Нерегулярні менструації

0. Подовження менструального циклу більше 40 днів та зменшення об'єму менструальної крововтрати

0. Мастодінія та масталгія

47. Показання для призначення андрогенів у жінок в менопаузі

0. Протипоказання для застосування естрадіолу

0. Остеопороз та остеопенія

100. Сексуальна дисфункція при відсутності ефекту від терапії естрадіолом

0. Недостатній ефект естрадіолу в терапії вазомоторних розладів

0. Профілактика хвороби Альцгеймера та судинної деменції

48. Засоби, що використовуються для терапії геніто-урінарного синдрому менопаузи:

25. Вагінальний естріол.

25. Вагінальний дегідроепіандростерон.

25. Пероральний оспеміфен.

25. Низькодозований вагінальний естрадіол

0. Нічого з перерахованого

49. Препарати першої лінії в терапії ендометріозу:

0. комбіновані оральні контрацептиви

100. прогестини

0. агоністи ЛГ-РГ

0. індол-3-карбінол

0. аналгетики

50. Показання для хірургічного лікування ендометріоми яєчника розміром до 30 мм:

0. Відсутність зменшення ендометріоми при терапії гестагенами

100. Больовий синдром
0. Планування вагітності
0. Все перераховане
0. Нічого з перерахованого

51. Показання для застосування агоністів ЛГ-РГ у пацієнток з міомою матки:

100. Підготовка для оперативного втручання у жінок з важкими менструальними кровотечами та залізодефіцитною анемією
0. Післяопераційне лікування
0. Альтернатива хірургічному втручання у жінок репродуктивного періоду
0. Все перераховане
0. Нічого з перерахованого

52. Сучасна класифікація гіперпластичних процесів ендометрію включає в себе:

0. просту та аденоматозну гіперплазію
0. залозисту, залозистокістозну та комплексну гіперплазію
100. неатипову та атипову гіперплазію ендометрію
0. стромальну та залозисту гіперплазію
0. стаціонарну та прогресуючу гіперплазію

53. Який метод лікування неатипової гіперплазії ендометрію, на вашу думку, забезпечує найменший відсоток рецидивів?

0. Циклічна терапія гестагенами протягом 3 місяців.
0. Циклічна терапія гестагенами протягом 6 місяців.
0. Безперервна терапія гестагенами протягом 3 місяців.
0. Безперервна терапія гестагенами протягом 6 місяців.
100. Введення ВМС з левоноргестрелом 52 мг

54. Що з перерахованих захворювань молочних залоз можна віднести до передракових?

0. Ліпома молочної залози.
0. Кісти молочних залоз.
0. Дуктектазія.
0. Фібroadенома.
100. Атипова дуктальна гіперплазія.

55. В якому віці в середньому закінчується нейтральний період та починається ранній препубертатний період?

- А. 11-12 років
Б. 9-10 років

100. 7-8 років

Г. 5-6 років

Д. Всі відповіді неправильні

56. *Передчасний статевий розвиток підрозділяють на:*

25. Повний та неповний

25. Центральний та периферичний

25. Завершений та незавершений

25. Ізосексуальний та гетеросексуальний

0. Всі відповіді неправильні

57. *При затримці статевого розвитку показано визначення:*

25. гонадотропінів

25. пролактину

25. УЗД статевих органів

25. каріотипу

0. всі відповіді неправильні

58. *Препарати першої лінії в лікуванні хронічних АМК в підлітковому віці:*

100. НПВС та транексамова кислота

0. Комбіновані оральні прогестини

0. Чисто-прогестинові оральні прогестини

0. ВМС з левоноргестрелом

0. Циклічні прогестини

59. *Оптимальна контрацепція у підлітків, це:*

0. Чисто-прогестинові контрацептиви

0. Мідь-вмісна внутрішньоматкова спіраль

25. Бар'єрна

25. Комбіновані оральні контрацептиви

50. «Подвійний голландський метод» (комбінація гормональної та бар'єрної контрацепції)

60. Показання для хірургічного гемостазу при гострій АМК в підлітковому віці

50. Гемодинамічна нестабільність, зниження гемоглобіну нижче 70 г/л

50. Важка кровотеча, яку не вдається припинити або значно зменшити протягом 24-36 годин

0. Підвищення частоти пульсу до 100 уд/хв

0. Кровотеча, яка триває більше ніж 2 тижні

0. Хірургічний гемостаз не використовується в підлітковому віці

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Закон України «Про вищу освіту» - <http://zakon4.rada.gov.ua>.
2. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я» Наказ МОЗ України від 29 березня 2002 року № 117.
3. Перелік галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти 2015 – <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/266-2015-п>.
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України №1254 від 22.06.2021 «Про затвердження Положення про інтернатуру», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 17 серпня 2021 року за №1081/36/36703.
5. Стандарти і рекомендації щодо забезпечення якості в Європейському просторі вищої освіти (ESG) – https://ihed.org.ua/wp-content/uploads/2018/10/04_2016_ESG_2015.pdf
6. European Training Requirements in Obstetrics and Gynaecology. UEMS Section Obstetrics and Gynaecology / European Board and College of Obstetrics and Gynaecology. Standing Committee on Training and Assessment. Version 2018 https://www.uems.eu/data/assets/pdf_file/0004/64399/UEMS-2018.18-European-Training-Requirements-OBGYN.pdf
7. Академічні лекції з акушерства та гінекології / За ред. акад. Ю.Г. Антипкіна. – К.: ТОВ «КРІЕЙТІВ МЕДІА», 2021. – 424 с.
8. Акушерство та гінекологія: у 4 томах. / В.М. Запорожан, В.К. Чайка, Л.Б. Маркін та ін.; за ред. В.М. Запорожана. – 2-е вид., випр. – К.: ВСВ «Медицина», 2017. – 1032 с.
9. Акушерство і гінекологія: у 2-х кн. Книга 1. Акушерство. Підручник (ВНЗ III-IV рівнів акредитації)/За ред. В.І.Грищенко, М.О.Щербіни. – 2-е вид., виправлене. 2017. – 376 с.
10. Акушерство і гінекологія: у 2-х кн. Книга 2. Гінекологія. Підручник (ВНЗ III-IV рівнів акредитації)/За ред. В.І.Грищенко, М.О.Щербіни – 2-е вид., виправлене. 2017. – 376 с.
11. Магован Б.А. Клінічне акушерство та гінекологія: 4-е видання / Б.А. Магован, Ф. Оуен, Е. Томпсон. – К.: ВСВ «Медицина», 2021. – 454 с.
12. Comprehensive Gynecology-8th Ed. /D.M.Hershenson, G.M.Lentz, F.A.Valea et al. Elsevier. 2021 - - 881 p.
13. Oxford Textbook of Obstetrics and Gynecology /Ed.by S.

Arulkumaran, W.Ledger, L.Denny, S. Doumouchtsis. – Oxford University Press, 2020- 928 p.

14. Williams Obstetrics, 26th Ed.-/ F.G. Cunningham, K.G.Leveno, J.S., Dasheetal. - 2022. McGrawHill/Medical – 1328 p.
15. https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/
16. <http://www.drlz.com.ua/>
17. <https://www.who.int/ru>
18. https://www.gfmer.ch/Guidelines/Obstetrics_gynecology_guidelinesTemplate.htm
19. <https://www.cochrane.org>
20. <https://www.acog.org>
21. <https://www.ebcog.org>
22. <https://www.uptodate.com>
23. <https://www.online.lexi.com>
24. <https://www.ncbi.nlm.nih.com>
25. <https://www.thelancet.com>
26. <https://www.rcog.org.uk>
27. <https://www.npwh.org>