

**РАБОЧАЯ УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА**

**«Гинекология детей и подростков»**

|  |  |
| --- | --- |
| Специальность | ***Акушерство и гинекология*** |
| Форма обучения | Очная |
| Закрепленазакафедрой | Акушерстваигинекологии лечебного факультета |
|  |  |
| Учебныйплан | **ОД.О.04** |  |
| Общая трудоемкость в ЗЕТ: 4 |  |  |
| Часов по рабочему учебному плану: 144 |  |  |
| Часов по рабочей программе: 144 |  |  |
| Часов на самостоятельную работу: 48 |  |  |
| Виды контроля в семестрах | Зачет(1) |  |

|  |
| --- |
|  **Распределение часов дисциплины по семестрам** |
| Видзанятий | **№ семестров, число учебных недель в семестрах** |
| **III** | **IV** |
| Лекции |  | 12 |
| Практические |  | 84 |
| Ауд.Занятия |  | 96 |
| Сам.Работа |  | 48 |
| **Итого** |  |  |

Программу составили: д.м.н., профессор С.П. Синчихин (зав.кафедрой), д.м.н., профессор О.Б. Мамиев, к.м.н., доцент Л.В. Удодова, к.м.н., ассистент М.А.Кузьмина. Рабочая учебная программа разработана на основании типовой учебной программы по специальности «Акушерство и гинекология».

***Цели освоения дисциплины:*** повышение профессиональных теоретических и практических знаний врачей-ординаторов по вопросам детской и подростковой гинекологии.

***Задачи дисциплины:***

* оказание квалифицированной акушерско-гинекологической помощи детскому и подростковому населению прикрепленной территории;
* проведение лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение осложнений беременности, послеродового периода, предупреждение гинекологических заболеваний у детей и подростков;
* оказание социально-правовой помощи в соответствии с законодательством об охране здоровья материи ребенка;
* внедрение в практику работы современных методов профилактики, диагностики и лечения у юных беременных и гинекологических больных;
* внедрение передовых форм и методов амбулаторной акушерско-гинекологической помощи.

Дисциплина «Гинекология детей и подростков » относится к циклу специальных дисциплин, изучается в IV семестре.

Основные знания, необходимые дляизучениядисциплиныформируются:приполучениивысшегопрофессиональногообразованияпоспециальности«акушерство и гинекологии»нациклеобязательных,специальных,смежныхифундаментальныхдисциплин.

В результате прохождения цикла врач-ординатор должен ЗНАТЬ:

* Содержание основных нормативных документов и приказов, регламентирующих деятельность службы детской и подростковой гинекологии села, города, области.
* Основные вопросы служб планирования семьи, пренатальной диагностики патологических состояний плода, медико-генетического консультирования.
* Основы детской гинекологии и ювенильного акушерства
* Физиологические особенности развития детского организма
* Нарушения менструальной функции у девушек подростков
* Диагностику аномалии пола и половых органов
* Особенности течения воспалительных заболеваний женских половых органов у детей и подростков
* Вопросы планирования семьи и контрацепции у подростков
* Оказание помощи при травме половых органов у девочек и девушек-подростков
* Новообразования половых органов в детском и подростковом возрасте
* Эндометриоз наружный и внутренний
* Вопросы полового воспитания детей и подростков
* Особенности течения беременности и родов у подростков

В результате прохождения врач-ординатор слушатель должен УМЕТЬ:

* Правильно собирать анамнез и проводить наружное и внутренние исследование у девочек и девушек.
* Оценивать в баллах физическое и половое развитие девочек
* Диагностировать аномалии полового развития, воспалительные заболевания, новообразования и травмы половых органов, а также эндометриоз и нарушения менструального цикла у девочек.
* Оказывать консультативную и лечебную помощь девочкам, страдающим гинекологической патологией
* Осуществлять диспансерное наблюдение за указанным контингентом больных
* Выполнять вагиноскопию, кольпо- и гистероскопию
* Осуществлять диспансерное наблюдение за юными беременными

Введение

Дисциплина «Гинекология детей и подростков» предназначена для врачей-ординаторов. Предметом изучения является организация акушерско-гинекологической службы детей и подростков, диспансеризация юных беременных, планирование семьи, современные методы исследования патологических состояний плода, включая пренатальную диагностику и медико-генетическое консультирование.

Большое внимание отводится профилактике и раннему выявлению экстрагенитальной патологии у беременных, поздних осложнений беременности, как основной причине формирования фетоплацентарной недостаточности.

Врачи-ординаторы имеют возможность посещать операционные и принимать участие при выполнении плановых и экстренных операций в акушерских и гинекологических стационарах.

Имеется возможность ознакомления с основами эндоскопии в гинекологии, а также с уникальными и авторскими операциями в детской и подростковой гинекологии, урогинекологии.

Врачам-ординаторам рекомендуется посещение лекций, практических занятий, семинаров, а также знакомство с клинической и организационно-методической работой базовых лечебно-практических учреждений г. Астрахани и АО. Рекомендуется участие в клинических обходах, консилиумах, научно-практических конференциях, апробациях диссертационных работ. Врачам-ординаторам предоставляется возможность самостоятельной работы в научной библиотеке ГБОУ ВПО АГМУ, в системе Интернет.

Тесная связь кафедры с практическим здравоохранением позволяет использовать возможности Министерства здравоохранения и лучших клиник города и области для обеспечения учебного процесса.

Наименование разделов, тем и их краткое содержание:

**Раздел 1** «Организация акушерско-гинекологической помощи девочкам и девушкам-подросткам».

Тема1.Организация акушерско-гинекологической помощи девочкам и девушкам.

Тема2.Современные принципы организации здравоохранения. Медицинское страхование. Диспансеризация. Оценка качества работы специалиста.

Тема3. Материнская и перинатальная заболеваемость и смертность. Репродуктивные потери

Тема4.Концепция и правовые основы охраны репродуктивного здоровья.

*Краткое содержание раздела*: даются основные понятия современным принципам организации акушерско-гинекологической помощи девочкам и девушкам-подросткам: этапности оказания помощи беременным и больным высокой степени риска, по переходу на семейно-ориентированные беременность и роды, поддержку и поощрение грудного вскармливания, совместное пребывание матери и ребенка в акушерских стационарах.

Уделяется особое внимание профилактике материнской, перинатальной заболеваемости и смертности, а также репродуктивных потерь вследствие абортов и внематочной беременности.

Освещаются вопросы диспансеризации, организации службы планирования семьи и работы по профилактике нежеланной беременности у подростков.

**Раздел 2** «Гинекология детского и подросткового возраста».

Тема1. Методы исследования в гинекологии детского и подросткового возраста.

Тема2. Физиологические особенности развития детского организма

Тема3. Нарушения менструальной функции

Тема4.Аномалии развития половых органов

Тема5Воспалительные заболевания половых органов

Тема6. Новообразования половых органов

Тема 7. Эндометриоз наружный и внутренний

Тема8. Травмы половых органов

Тема 9. Контрацепция у подростков

Тема 10. Беременность и роды у подростков

Тема 11.Половое воспитанине

Тема 12. Современные технологии в клинике и диагностике гинекологических заболеваний у детей и подростков

*Краткое содержание раздела.*

В разделе особое внимание отводится вопросам оказания гинекологической помощи девочкам и девушкам-подросткам - будущим матерям.

Изучается физиология и патология органов репродуктивной системы в различные периоды жизни женщины. Рассматриваются проблемы диагностики гинекологических заболеваний, планирования семьи, профилактики аборта. Подчеркивается важная роль современных технологий в диагностике гинекологических заболеваний- использование ЯМР и компьютерной томографии, а также эндоскопических и гормональных методов исследования.

Изучаются особенности течения беременности и родов у подростков, вопросы полового воспитания.

**Раздел 3** «Изучение смежных дисциплин».

Тема1.Урогинекология.

Тема2.Пренатальная диагностика патологических состояний плода. Медико- генетическое консультирование.

Тема3.Туберкулез женских половых органов.

В данном разделе даются знания по смежным дисциплинам, имеющим большое значение в гинекологии детского возраста. Отводится внимание вопросам урогинекологии, диагностике и лечению пороков развития органов мочеполовой системы, а также генитального туберкулеза.

 Освещаются вопросы пренатальной диагностики патологических состояний плода, значения медико-генетической службы в снижении репродуктивных потерь.

**СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Наименование тем** | **Код занятия** | **Литература** | **Лек/ч** | **Пр/ч** | **Ср/ч** |
| **Тема1**.Организация акушерско- гинекологической помощи девочкам и девушкам. Этапность оказания помощи. Диспансеризация. Клинические пути. **Тема2**.Современные принципы организации здравоохранения. Медицинское страхование. Диспансеризация. Оценка качества работы специалиста. **ТемаЗ**. Материнская и перинатальная заболеваемость и смертность.Репродуктивные потери. **Тема4**.Концепция и правовые основы охраны репродуктивного здоровья | **ОД.О.04****ОД.О.04.1****ОД.О.04.2****ОД.О.04.3****ОД.О.04.4** | 6,8,20,22,2326,29,31,32,5629,32,36,50,6241,36,50 | **1****1****1****1** | **5****5****5****5** | **3****3****3****3** |
| **Тема5.**Методы исследования в гинекологии детского и подросткового возраста. Клинические, лабораторные, электрофизиологические, рентгенологические, ультразвуковые, радиоизотопные, эндоскопические, морфологические методы исследования матери и плода. **Тема 6**. Физиологические особенности развития детского организма. Этапы развития половой системы: внутриутробный период, период новорожденности, детства, пубертат. **Тема 7**. Нарушения менструальной функции. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика. Нейро-эндокринные синдромы (гипоталамический с-м, с-м Бабинского-Фрелиха, Морисо, Кальмана, Лоуренса и др). **Тема 8**.Аномалии развития половых органов. Преждевременное и запоздалое половое развитие. Аномалии пола и половых органов. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика. **Тема 9**. Воспалительные заболеванияполовых органов.Вульвовагиниты. Неспецифические, специфические (гонорея, туберкулез), паразитарные (трихомониаз, глистная инвазия), грибковые. Воспалительные заболевания придатков, тазовой брюшины. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Реабилитация. Профилактика. **Тема 10**. Новообразования половых органов. Опухоли и опухолевидные образования вульвы, влагалища, шейки матки, маточных труб, яичников. Классификация. Этиология. Патогенез. Особенности хирургического лечения опухолей в детском возрасте. **Тема 11**. Эндометриоз наружный и внутренний Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Реабилитация. Профилактика. Тема8.Травмы половых органов. Классификация. Диагностика. Особенности лечения. **Тема 12**. Контрацепция у подростков. Особенности контрацепции у подростков. Роль гормональной контрацепции. Двойной Голландский метод. Экстренная контрацепция. **Тема 13**. Беременность и роды у подростков. Особенности течения беременности у подростков. Профилактика осложнений. **Тема 14**. Половое воспитание. **Тема 15**. Современные технологии в клинике и диагностике гинекологических заболеваний у детей и подростков. Клинические пути. Эндоскопические методы в диагностике и лечении гинекологических заболеваний у детей и подростков.  | **ОД.О.04.5****ОД.О.04.6****ОД.О.04.7****ОД.О.04.8****ОД.О.04.9****ОД.О.04.10****ОД.О.04.11****ОД.О.04.12****ОД.О.04.13****ОД.О.04.14****ОД.О.04.15** | 14,503,14,1819,23,4945,56,5714,18,19,21,5614,18,19,5614,18,23,27,4118,19,3,28,491,3,5,17,19,24,2518,193,24,25 | **1****1****1****1****1****1****1****1** | **5****5****5****5****5****5****5****5****5****5****5** | **3****3****3****3****3****3****3****3****3****3****3** |
| **Тема 16**. Урогинекология. **Тема 17**. Медико-генитическое консультирование. **Тема 18**. Туберкулез женских половых органов | **ОД.О.04.16****ОД.О.04.17****ОД.О.04.18** | 18,19,56,30,58,59,63 |  | **5****5****4** | **1****1****1** |
|  |  |  | **12** | **84** | **48** |

**ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ**

Методика преподавания дисциплины «Гинекология детей и подростков» предусматривает чтение лекций, проведение практических занятий, самостоятельную работу ординатора.

По изучаемой дисциплине установлен перечень обязательных видов работы ординатора, включающий:

* Посещение лекционных занятий
* Решение практических задач и заданий на практическом занятии
* Выполнение контрольных работ
* Работа на фантомах.

Текущий и промежуточный контроль успеваемости ординатора по дисциплине осуществляется преподавателем путем устного и письменного опроса. Итоговый контроль успеваемости врача-ординатора включает в себя теоретический зачет по дисциплине.

Практические занятия проводятся в строгом соответствии с методическими указаниями для ординаторов и преподавателей.

Самостоятельная работа с использованием дистанционных образовательных технологий может предусматривать: чтение учебника, первоисточника, учебного пособия, лекции, презентации ит.д., составление плана текста, графическое изображение структуры текста, конспектирование текста, выписки из текста, работы со словарями, справочниками; ознакомление с нормативными документами; учебно-исследовательскую работу.

Для формирования умений: решение задач, и упражнений по образцу; решение вариативных задач и упражнений, выполнение схем, заполнение форм, решение ситуационных задач, подготовка к деловым играм, проектирование и моделирование различных видов и компонентов профессиональной деятельности, полученные знания и умения необходимы специалисту в его дальнейшей деятельности.

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ИТОГАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

1. Тесты функциональной диагностики (ТФД) позволяют определять

А) двуфазность менструального цикла

Б) уровень эстрогенной насыщенности организма

В) наличие овуляции

Г) полноценность лютеиновой фазы цикла

Д) все перечисленное.

2. Особенностями нормального менструального цикла являются

А) овуляция

Б) образование желтого тела в яичнике

В) преобладание гестагенов во второй фазе цикла

Г) все перечисленное

Д) ничего из перечисленного

3. Пройоменорея – это

А) скудные менструации

Б) короткие менструации (1-2 дня)

В) короткий менструальный цикл, частые менструации

Г) все перечисленное

Д) ничего из перечисленного

4. Фаза секреции в эндометрии может быть полноценной только в том случае, если

А) полноценная фаза пролиферации

Б) произошла овуляция

В) функционирует полноценное желтое тело

Г) верно б) и в)

Д) верно все перечисленное

5. Синдром Шерешевского-Тернера – это

А) «чистая» форма дисгенезии гонад

Б) типичная форма дисгенезии гонад

В) «смешанная» форма дисгенезии гонад

Г) ложный мужской гермафродитизм

Д) ничего из перечисленного.

6.Для ановуляторного менструального цикла характерно

А) циклические изменения в организме

Б) длительная персистенция фолликула

В) преобладание гестагенов во второй фазе цикла

Г) преобладание гестагенов в первую фазу цикла

7. Рилизинг-факторы осуществляют

А) передачу нервных импульсов в эндокринную систему

Б) выработку гонадотропинов

В) и то, и другое

Г) ни то, ни другое

8. Эстрогены секретируются

А) клетками внутренней оболочки фолликула

Б) желтым телом

В) корковым веществом надпочечника

Г) всем перечисленным

Д) ничем из перечисленного.

9. Тесты функциональной диагностики (ТФД) позволяют определять

А) двуфазность менструального цикла

Б) уровень эстрогенной насыщенности организма

В) наличие овуляции

Г) полноценность лютеиновой фазы цикла

Д) все перечисленное.

10.О полноценности лютеиновой фазы менструального цикла свидетельствует

А) повышение базальной температуры в первую фазу цикла

Б) пролиферативные процессы в эндометрии во вторую фазу цикла

В) и то, и другое

Г) ни то, ни другое.

11. Аменорея – это отсутствие менструации в течение

А) 4 мес.

Б) 5 мес.

В) 6 мес.

Г) верно все перечисленное

Д) все перечисленное неверно

12. Гипоталамус вырабатывает следующие гормоны

А) гонадотропины

Б) эстрогены

В) гестагены

Г) рилизинг-факторы

13. ФСГ стимулирует

А) рост фолликулов в яичнике

Б) продукцию кортикостероидов

В) продукцию ТТГ в щитовидной железе

Г) все перечисленное

14. Гестагены

А) снижают содержание холестерина в крови

Б) определяют развитие первичных и вторичных половых признаков

В) повышают тонус матки

Г) все перечисленное

Д) ничто из перечисленного.

15. Фаза секреции в эндометрии может быть полноценной только в том случае, если

А) полноценна фаза пролиферации

Б) произошла овуляция

В) функционирует полноценное желтое тело

Г) правильные ответы б) и в)

Д) все ответы правильные.

16. Ановуляторные дисфункциональные маточные кровотечения необходимо дифференцировать

А) с беременностью (прогрессирующей)

Б) с начавшимся самопроизвольным выкидышем

В) с подслизистой миомой матки

Г) правильные ответы б) и в)

Д) все ответы правильные.

1. Первичная альменорея обусловлена

А) инфантилизмом

Б) ретродевиацией матки

В) высокой продукцией простагландинов

Г) все перечисленное

Д) ничто из перечисленного.

17. Гипотиреоидизм при синдроме Шихана со снижением ТТГ проявляется

А) безразличием к окружающей обстановке

Б) зябкостью

В) снижением общего тонуса организма

Г) всем перечисленным

Д) ничем из перечисленного.

18. При дисгенезии гонад восстановление регенеративной функции

А) возможно длительной циклической терапией половыми гормонами

Б) достигается стимуляцией овуляции

В) обеспечивается клиновидной резекцией яичников

Г) как правило, бесперспективно.

19. У девочек в раннем возрасте (от 2 до 8 лет) встречается чаще

А) опухоли яичников

Б) дисфункциональные кровотечения

В) врожденные аномалии

Г) вульвовагиниты

Д) сальпингоофориты

20. При появлении ацикличечских кровяных выделений проводится

А) гистеросальпингография

Б) определение ЛГ

В) УЗИ

Г) определение β-ХГ

Д) диагностическое выскабливание

21. Аменорея – это отсутствие менструации в течение

А) 4 месяцев

Б) 5 месяцев

В) 6 месяцев

Г) все перечисленное

Д) ничто из перечисленного.

22. В полость матки инфекция чаще всего проникает через цервикальный канал

А) с помощью трихомонад

Б) с помощью сперматозоидов

В) благодаря пассивному транспорту в результате отрицательного внутрибрюшного давления, возникающего при движении диафрагмы

Г) всеми перечисленными способами

Д) ни одним из перечисленных способов.

23. К микроорганизмам, которые наиболее часто являются возбудителями воспалительных заболеваний женских половых органов неспецифической этиологии, относятся все перечисленные, кроме

А) стафилококка

Б) стрептококка

В) гонококка

Г) гарднереллы

Д) анаэробов.

24. Лечение больных с хронической гонореей включает все перечисленное, кроме

А) терапии гоновакциной

Б) пирогенала

В) санаторно-курортного лечения

Г) влагалищных ванночек с 3-5% раствором протаргола

Д) инстилляцией в уретру 0,5-1% раствора азотнокислого серебра

25. Критерий излеченности у больных гонореей устанавливается после проведенного лечения в течение

А) 1 мес

Б) 2 мес.

В) 3 мес.

Г) 4 мес.

Д) 5 мес.

26. В патогенезе воспалительных заболеваний женских половых органов неспецифической этиологии особое значение имеет

А) вирулентность микроба

Б) состояние защитных сил организма женщины

В) наличие раневых входных ворот

Г) верно а) и б)

Д) все перечисленное.

27. Влагалищные выделения у больных гарднереллезом обычно

А) обильные

Б) слегка тягучие и липкие

В) светло-серого или желто-зеленого цвета

Г) верно б) и в)

Д) верно все перечисленное

28. Клинические признаки перитонита

А) вздутие живота

Б) парез кишечника

В) прогрессирующая тахикардия

Г) все перечисленное

Д) ни один из перечисленных.

29. Перитонит – это воспаление

А)висцеральной брюшины

Б)париетальной брюшины

В) клетчатки малого таза

Г) верно а) и б)

Д) всего перечисленного.

30. Клинические симптомы, которые всегда предшествуют перфорации гнойного воспалительного образования придатков матки

А) ознобы

Б) появление жидкого стула

В) появление резей при мочеиспускании

Г) все перечисленное

Д) ничего из перечисленного.

31. Особенности клинического течения туберкулеза тела матки

А) как правило, отмечается сочетание с туберкулезом придатков

Б) тело матки, как правило, увеличено

В) имеется нарушение менструальной функции

Г) верно а) и в)

Д) верно все перечисленное.

32. Половой путь передачи инфекции характерен в основном

А) для хламидий

Б) для вируса простого герпеса

В) для трихомонады

Г) верно а) и в)

Д) верно б) и в).

33. Особенности клинического течения пельвиоперитонита гонорейной этиологии в отличие от пельвиоперит онита неспецифической этиологии

А) склонность к образованию спаек и сращений

Б) чаще отмечается отграничение процесса

В) наличие симптомов раздражения брюшины в нижних отделах живота

Г) верно а) и б)

Д) верно все перечисленное

34. У больных с токсической стадией гинекологического перитонита отмечается все перечисленное, кроме

А) тахикардия (до 120 в минуту)

Б0 выраженной отдышки

В) отсутствия болезненности при пальпации передней брюшной стенки

Г) гипотония

Д) олигурия

35. Для лечения гарднереллеза применение у больных

А) доксициклина

Б) тинидазола

В) далацина С

Г) верно б) и в)

Д) всего перечисленного.

36. В соответствии с существующей классификацией гонореи различают

А) свежую гонорею

Б) хроническую гонорею

В) латентную гонорею

Г) гонококконосительство

1) верно а,б,в

2) верно а) и б)

3) все перечисленное

4) верно г)

5) ничего из перечисленного.

37. При воспалительных заболеваниях женских половых органов отмечается

А) преобладание ассоциаций микроорганизмов

Б) возрастание числа анаэробов и вирусов

В) наличие хламидий и вирусов

Г) правильные ответы б) и в)

Д) все ответы правильные

38. У больной при лапароскопии по поводу подозрения на апоплексию яичника обнаружено небольшое кровотечение из яичника. Необходимо произвести

А) лапароскопию и ушивание яичника

Б) диатермокоагуляцию яичника под контролем лапароскопии

В) лапаротомию и резекцию яичника

Г) лапаротомию и удаление придатков матки на стороне поражения

39. Прерывание трубной беременности по типу трубного аборта происходит чаще в сроке беременности

А) 11-12 недель

Б) 9-10 недель

В) 7-8 недель

Г) 4-6 недель

Д) все перечисленное неверно.

40. У больной диагностирована прогрессирующая внематочная беременность. Показано

А) консервативное противовоспалительное лечение

Б) операция

В) гемотрансфузия

Г) все перечисленное

Д) ничего из перечисленного.

41. Нарушение внематочной беременности по типу трубного аборта протекает со следующей симптоматикой

А) скудные кровянистые выделения из половых путей

Б) боли внизу живота и в подвздошной паховой области

В) при влагалищном исследовании – увеличение и болезненность придатков

Г) верно б) и в)

Д) верно все перечисленное.

42. Нарушение внематочной беременности по типу разрыва маточной трубы протекает, как правило, со следующей симптоматикой

А) внезапный приступ боли в одной из подвздошных областей

Б) иррадиация боли в плечо

В) тошнота ( или рвота)

Г) верно а) и в)

Д) верно все перечисленное.

43. Апоплексия яичника – это

А) остро возникшее кровотечение из яичника

Б) разрыв яичника

В) остро возникшее нарушение кровоснабжение яичника

Г) верно а) и б)

Д) все перечисленное.

44.Перекрут ножки опухоли яичника может быть

А) полный

Б) частичный

В) многократный

Г) верно все перечисленное

Д) все перечисленное неверно

45. По локализации плодного яйца выделяют следующие варианты внематочной беременности

А) двусторонняя трубная беременность

Б) брюшная беременность

В) шеечная беременность

Г) верно а) и б)

Д) все перечисленные варианты.

46. Апоплексия яичника – это

А) остро возникшее кровотечение из яичника

Б) разрыв яичника

В) остро возникшее нарушение кровоснабжения яичника

Г) правильные ответы а) и б)

Д) все ответы правильные.

47. При влагалищном исследовании у больной выявлено: наружный зев закрыт, матка слегка увеличена, размягчена. Справа в области придатков определяется мягковатое, болезненное образование, отмечается болезненность при движении за шейку матки. Диагноз?

А) прогрессирующая трубная беременность

Б) апоплексия правого яичника

В) обострение хронического воспалительного процесса правых придатков матки

Г) правильные ответы а) и в)

Д) все ответы правильные.

48. Для апоплексии яичника характерно все, кроме

А) болей внизу живота, возникают на фоне полного благополучия

Б) наружного кровотечения

В) отрицательных биологических реакций на беременность

Г) резко выраженного нарастания числа лейкоцитов в крови

Д) нерезко выраженных симптомов раздражения брюшины.

49. Эндометриоз шейки матки встречаются у женщин после

А) абортов

Б) диатермокоагуляции шейки матки

В) гистеросальпингография

Г) верно а) и в)

Д) всего перечисленного.

50. При внутреннем эндометриозе тела матки чаще встречается

А) диффузная форма

Б) очаговая форма

В) узловая форма

51 . Оптимальная длительность лечения больных агонистами гонадолиберина составляет

А) 3 мес.

Б) 5 мес.

В) 6 мес.

Г) 9 мес.

52. Эндометриоз шейки матки встречается после

А) абортов

Б) диатермокоагуляции шейки матки

В) гистеросальпингографии

Г) правильные ответы а) и в)

Д) все ответы правильные.

53. Эндометриоз – это

А) дисгормональная гиперплазия эктопированного эндометрия

Б) опухолевидный процесс

В) доброкачественное разрастание ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию

Г) правильные ответы а) и в)

Д) все ответы правильные.

54. Для «малых» форм эндометриоза яичника характерно наличие

А) сохраненного двухфазного менструального цикла

Б) болей внизу живота накануне менструации

В) бесплодия

Г) правильные ответы а) и в)

Д) все ответы правильные.

55. В раннем послеоперационном периоде реабилитации больных с эндометриозом направлены

А) на уменьшение структурных изменений в малом тазу

Б) на уменьшение сопутствующих эндокринных изменений

В) на уменьшение болевых ощущений

Г) все перечисленное

Д) ничто из перечисленного.

56. При операции по поводу ретенционной кисты яичника больной следует произвести (при наличии технической возможности)

А) удаление придатков

Б) удаление яичников

В) пункцию кисты и отсасывание содержимого

Г) резекцию яичника с оставлением неизмененной его ткани

Д) ничего из перечисленного

57. При операции по поводу паровариальной кисты следует произвести

А) вылущивание кисты

Б) удаление придатков на стороне поражения

В) удаление яичника на стороне поражения

Г) резекцию яичника на стороне поражения

58. К раку яичников относятся

А) все злокачественные опухоли яичника

Б) только гермин7огенные опухоли

В) только стромальные опухоли

Г) только опухоли эпителиального происхождения.

59. Методы лечения больных со злокачественными опухолями яичников

А) хирургический

Б) лучевой

В) химиотерапия

Г) гормонотерапия

Д) все перечисленные.

60.Перекрут ножки опухоли яичника может быть

А) полный

Б) частичный

В) многократный

Г) верно все перечисленное

Д) все перечисленное неверно

61. В состав хирургической ножки кисты яичника входит все перечисленное, кроме

А) воронко-тазовой связки

Б) собственной связки яичника

В) мезовариума

Г) трубы

Д) круглой связки

62. Особенностями дисгерминомы яичника являются

А) одностороннее поражение

Б) возраст больной до 30 лет

В) благоприятный прогноз при морфологически «чистой» дисгерминоме

Г) все перечисленное

Д) ничего из перечисленного.

63. В состав хирургической ножки яичника не входит

А) воронко-тазовая связка

Б) собственные связки яичника

В) мезовариум

Г) труба

Д) круглая связка

64. Наиболее благоприятные дни для проведения плановой гинекологической операции

А) в дни менструации

Б) в первую неделю после прекращения менструации

В) в дни ожидаемой овуляции

Г) накануне менструации

Д) выбор дня менструального цикла не имеет значения.

65.При чревосечении по поводу нарушенной внематочной беременности и выраженной анемизации больной разрез передней брюшной стенки следует производить

А) поперечный надлобковый якорный

Б) поперечный надлобковый по Пфанненштилю

В) поперечный интерилиальный по Черни

Г) нижнесрединный от лона до пупка

66. Для диагностики типичной формы склерокистоза яичников применяют гормональную пробу

А) с нон-овлоном

Б) с дексаметазоном

В) с хорионическим гонадотропином

Г) со всем перечисленным

Д) ни с чем из перечисленного.

67. При выявлении адреногенитального синдрома лечение необходимо начинать

А) с момента установления диагноза

Б) после установления менструальной функции

В) после замужества в зависимости от времени планируемой беременности

Г) только после родов

68. Девушка 16 лет наблюдается в связи с ювенильным кровотечением. Проведен гормональный гемостаз с помощью ОК, с 20 по 24 января прошла ЗМПР обильно. При контрольном УЗИ на 5 день цикла ТЭ 10 мм. Тактика врача для профилактики рецидива кровотечения.

|  |
| --- |
| 1. Проведение следующей менструации на фоне утеротонических средств
 |
| 1. гестагены с 10 по 25 день цикла
 |
| 1. фемостон 1/10 с 5 дня цикла
 |
| 1. КОК по контрацептивной схеме
 |
| 1. КОК во II фазе цикла

69. Девушка 14 лет доставлена бригадой скорой помощи в стационар с выраженными болями внизу живота. Больна в течение 3-х дней, когда на фоне менструации появились и стали резко усиливаться боли внизу живота. Применение аналгетиков и спазмолитиков без эффекта. Менструации с 12 лет по 3 дня через 30 дней. Первые полгода были малоболезнены, в последующем с каждой менструацией боли усиливались. В анамнезе хронический пиелонефрит единственной правой почки. При обследовании в стационаре: УЗИ в полости малого таза, слева от матки жидкостное образование размерами 8х6х8 см. Матка 5,0х2,6х4,8 см. Яичник справа без особенностей, слева четко визуализировать не удалось. Диагноз?

|  |
| --- |
| 1. первичная альгоменорея
 |
| 1. удвоение матки и влагалища с частичной атрезией одного влагалища
 |
| 1. наружный генитальный эндомериоз
 |
| 1. киста левого яичника
 |
| 1. киста гартнерова хода
 |

 |

70. У девочки 4-х лет выделения из половых путей продолжаются в течение 3-х недель и не поддаются традиционной терапии. Последние 2 дня появились кровянистые выделения. Ваша тактика?

|  |
| --- |
| 1. продолжить местную терапию + антибиотики per os
 |
| 1. провести исследование методом ПЦР
 |
| 1. провести промывание влагалища через мочевой катетер р-ром антисептика
 |
| 1. провести вагиноскопию
 |
| 1. добавить физиотерапию (УФО на область н.п.о.)
 |

71. Девушка 15 лет обратилась к врачу в связи с отсутствием менструации в течение 6 месяцев. При общем осмотре отмечены явления гиперандрогении: акне вульгарис на лице, груди и верхней части спины, легкие проявления гирсутизма. Рост и вес соответствуют возрастной норме. Необходимый объем обследования для установления диагноза?

|  |
| --- |
| 1. УЗИ ОМТ +исследование Тестостерона
 |
| 1. УЗИ ОМТ + АКТГ
 |
| 1. УЗИ ОМТ и надпочечников+ пролактин, тестостерон
 |
| 1. КГ головы, УЗИ ОМТ и надпочечников, ЛГ, ФСГ, Т
 |
| 1. УЗИ ОМТ и надпочечников+ пролактин, тестостерон+ ЛГ, ФСГ, ТТГ

72. Девушка 14 лет обратилась в связи с обильным кровотечением из половых путей, которое начались после задержки менструации на 2 недели. Необходимый и достаточный объем обследования для выбора метода гемостаза

|  |
| --- |
| 1. коагулограмма, УЗИ ОМТ, ФСГ, ЛГ, Е2, Прогестерон
 |
| 1. гормоны крови ТТГ, ФСГ, ЛГ, Е2 + УЗИ ОМТ
 |
| 1. ОАК, УЗИ ОМТ
 |
| 1. ОАК, ОАМ, коагулограмма, УЗИ ОМТ
 |
| 1. коагулограмма, общий белок, УЗИ ОМТ

 73.У 2-х недельной девочки отмечается увеличение молочных желез с рождения, из половых путей периодически появляются скудные кровянистые выделения. Течение беременности и родов без осложнений. Диагноз?

|  |
| --- |
| 1. преждевременное половое развитие, полная форма
 |
| 1. изолированное телархе
 |
| 1. гормональный криз новорожденного
 |
| 1. киста яичника
 |
| 1. экзогенное поступление эстрогенов
 |

 |

 |

74. У девочки 2-х лет мама отметила затруднение при мочеиспускании, редкое мочеиспускание. При УЗИ ОМТ отмечается, что влагалище визуализируется на всем протяжении. При осмотре вход во влагалище отсутствует, под клитором точечное отверстие. Диагноз?

|  |
| --- |
| 1. синехии малых половых губ
 |
| 1. аномалия развития наружных половых органов
 |
| 1. врожденный АГС
 |
| 1. урогенитальный синус
 |
| 1. атрезия гимена

75. У девушки 16 лет выявлены следующие клинические проявления: первичная аменорея, отсутствие полового оволосения, короткое слепое влагалище, отсутствие матки. Диагноз?

|  |
| --- |
| 1. истинный гермофородитизм
 |
| 1. синдром тестикулярной феминизации
 |
| 1. синдром неполной маскулинизации
 |
| 1. синдром Рокитанского-Кюснера
 |
| 1. синдром Свайера
 |

 |

76. На первичном осмотре у девушки 16 лет обнаружено: рост 136 см, вес 38 кг, короткая шея, бочкообразная грудная клетка, широко расставленные соски, отсутствие полового оволосения. Степень полового развития: Ма0Ах0Р0Ме авс. Наиболее вероятный диагноз?

|  |
| --- |
| 1. гипогонадотропный гипогонадизм
 |
| 1. типичная форма дисгинезии гонад
 |
| 1. чистая форма дисгинезии гонад
 |
| 1. смешанная форма дисгинезии гонад
 |
| 1. простая вирильная форма АГС
 |

**Ситуационные задачи**

1. Беременная К., 16 лет, поступила в приемное отделение с жалобами на небольшие кровянистые выделения из половых путей и боли в области живота. Беременность первая, желанная. На УЗИ: беременность 34 недели. Плацента расположена на задней стенке с переходом ее на область дна. В центральной части плаценты, между ее базальной поверхностью и стенкой матки определяется эхонегативный участок, размерами 7 на 5 см. Вод умеренное количество. Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы и слизистые чистые. Рs 90уд в мин., АД 110/70-110/70 мм. рт. ст. Матка с четкими контурами, напряжена, болезненная при пальпации. Родовой деятельности нет. Сердцебиение плода аритмичное, до 100 уд/мин. Диагноз? Тактика?

Эталон ответа: Беременность 34 недели. Частичная преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Юная первобеременная. Острая гипоксия плода.

Тактика: Экстренное родоразрешение путем операции кесарево сечение.

1. Роженица 17 лет, находится в родах 10 часов. Роды первые. Воды излились со слов за 2 часа до схваток. Доставлена машиной скорой помощи. Объективно: температура тела 37,5 С, Рs 100 уд в мин., АД 110/70-110/70 мм. рт. ст. Схватки через 3 мин., по 30-35 сек. Положение плода продольное, головка в полости малого таза. Сердцебиение плода глухое, до 100 уд/мин., над лоном, после схватки восстанавливается в течение 40 сек. Размеры таза нормальные, предполагаемый вес плода 3300. При влагалищном исследовании открытие шейки матки полное, головка плода на тазовом дне. Диагноз? Тактика?

Эталон ответа: Срочные роды. II период. Юная первородящая. Преждевременное излитие околоплодных вод. Длительный безводный период. Хориоамнионит. Эндометрит в родах. Начавшаяся острая гипоксия плода. Вторичная слабость родовой деятельности.

Тактика:

1. Наложение выходных акушерских щипцов.
2. Начать лечение эндометрита.
3. Роженица 16 лет, поступила в родильное отделение с жалобами на схваткообразные боли внизу живота в течение 7 часов и излитие вод 6 часов назад. Беременность первая. Рs 82 уд в мин., АД 115/70-110/70 мм. рт. ст. Матка с четкими контурами, болезненная в области нижнего сегмента, вне схватки напряжена. Признак Вастена положительный. Положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное, 165 уд/мин. Размеры таза 25-28-32-20 см. Предполагаемый вес плода 4100. Мочеиспускание затруднено. При влагалищном исследовании открытие шейки матки полное, шейка матки и влагалище отечные, головка плода прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок справа сзади. Имеется родовая опухоль. Диагноз? Тактика?

Эталон ответа: I срочные роды. II период родов. Продольное положение. II позиция. Задний вид, головное предлежание. Преждевременное излитие околоплодных вод. Клинически узкий таз. Острая гипоксия плода. Крупный плод.

Тактика: Экстренное родоразрешение путем операции кесарево сечение.

1. У роженицы Е., 16 лет приступ эклампсии. Роды первые. Положение плода продольное, головка плода над входом в малый таз не определяется. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное, 100 уд/мин. При влагалищном исследовании раскрытие шейки матки полное, плодный пузырь цел. Головка плода на тазовом дне. Стреловидный шов в прямом размере. Диагноз? Тактика?

Эталон ответа: Icрочные роды. II период родов. Эклампсия. Юная первородящая. Запоздалое излитие околоплодных вод. Острая гипоксия плода.

Тактика:

1. Амниотомия.
2. Наложение акушерских выходных щипцов.
3. Больная, 16 лет, поступила в стационар 19 марта по направлению врача ЖК с жало­бами на боли в правой подвздошной области, головокружение, тошноту, однократную потерю сознания, которые появились внезапно. Последняя менструация с 10 по 17 мар­та с задержкой на 6 дней. При осмотре: живот мягкий, болезненный в нижних отделах, больше справа. Перитониальных симптомов нет, АД 100170 мм рт ст., пульс 100 ударов в минуту. При двуручном, влагалищно-абдоминальном исследовании матка не увеличе­на, плотная, безболезненная. Справа определяется несколько увеличенный, безболез­ненный яичник. Слева область придатков болезненная. Своды свободные, глубокие, бо­лезненные.

Диагноз? Дополнительные методы исследования? Диф.диагноз? Так­тика ведения?

Д-з: Апоплексия яичника? Внематочная беременность?

Тест на ХГ

Рекомендуемая основная литература:

1. Абрамченко В.В. Классическое акушерство 2т.-СПб.,2008.

2. Адамян Л.В., Кулаков В.И., Андреева Е.Н. Эндометриозы.-М., 2006.

3. Айламазян Э.К. Гинекология от пубертата до постменопаузы.-М., Медпрессинформ, 2006.

4. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике.- Н. Новгород.1997.

5. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии.- Н. Новгород, 2003.

6. Акушерство: национальное руководство/ под ред. Э.К. Айламазяна, В.Е.

Радзинского, Г.М. Савельевой –М: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

7. Акушерство и гинекология / под ред. W. Beck, Савельевой Г.М., Сичинава Л.Г. М. 1997.

8. Акушерство. Курс лекций: учебное пособие/ под ред. А.Н. Стрижакова, А.И.

Давыдова «ГЭОТАР-Медиа», 2009.

9. Ариас Ф. Беременность и роды высокого риска. М., 1989.

10. Барышев.Б.А., Айламазян Э.К. Инфузионно-трансфузионная терапия акушерских кровотечений – С-Петербург, 2008.

11. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях/ под ред. В.Е. Радзинского.- «ГЭОТАР-Медиа»,2009.

12. Венцковский Б.М., Запорожан В.Н. и др. Гестозы.- М., МИА, 2005.

13. Воскресенский С.Л. Оценка состояния плода.- Минск, 2004.

14. Гарден А. Детская и подростковая гинекология.- М., 2001. 18

15. Гинекология по Э.Новак. М. 2002.

16. Гинекология клинические лекции/ под ред. проф. Макарова О.В. М., «ГЭОТАР- Медиа», 2010.

17. Гинекология. Курс лекций, учебное пособие/ под ред. А.Н. Стрижакова, А.И.Давыдова. -«ГЭОТАР-Медиа».,2009.

18. Гуркин Ю.А. Ювенильная гинекология.- СПб., 1993.

19. Гуркин Ю.А. Неотложная гинекология детей и подростков.- СПб., 1994.

20. Женская консультация 3-е изд./ под ред. В.Е.Радзинского, -«ГЭОТАР-Медиа».

2010,. (Серия «Библиотека врача-специалиста»).

21. Клинические лекции по акушерству и гинекологии / под ред. Ю.Э.

Доброхотовой,- «ГЭОТАР-Медиа».,2009, (Серия «Библиотека врача-специалиста»).

22. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология: 3-е изд./ под ред. Г.М.

Савельевой, В.Н. Серова, Г.Т. Сухих,- «ГЭОТАР-Медиа», 2009.

23. Коколина В.Ф. Гинекологическая эндокринология детей и подростков. -М. МИА.,

1998.

24. Краснопольский В.И., Мельник Т.Н., Серова О.Ф. Безопасный аборт. -«ГЭОТАР-

Медиа», 2009.

25. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А., Попов А.А. Оперативная

гинекология. М., «Медпресс-информ», 2011.

26. Кулаков В.И., Серов В.Н. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и

гинекологии.-М «ЛИТТЕРРА», 2005.

27. Кулаков В.И. и соавт. Оперативная гинекология. -М. 2001.

28. Лекарственные средства в акушерстве и гиненкологии: 3-е изд., испр. и доп.

Адамян Л.В., Комиссарова Л.М., Ляшко Е.С., и др. / под ред. В.Н. Серова, Г.Т.

Сухих, -«ГЭОТАР-Медиа», 2010.

29. Манухин И.Б., ТумиловичЛ.Г., Геворкян М.А. Гинекологическая эндокринология.

Клинические лекции: руководство; 2-е изд., испр. и доп.,- «ГЭОТАР-Медиа».,2010.

30. Манухин И.Б., Аксененко В.А. Репродуктивное здоровье у больных с

воспалительными заболеваниями придатков матки.- Ставрополь, 2002.

31. Манухин И.Б.и соавт. Норма беременности: метод.рек.-М., 1990.

32. Манухин И.Б., Рыжков В.В., Федосова Г.Н. Профилактика репродуктивных потерь.-

Ставрополь., 1999.

33. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии. Диагностика и лечение./ Под

общей ред., проф. М.А. Курцера ,-М: Бином. Лаборатория знаний, 2009.

34. Перитонит /под.ред. акад. В.С. Савельева, проф. Б.Р. Гельфанда. М.- «ЛИТТЕРРА»,

2006.

35. Роговская С.И. Практическая кольпоскопия.- «ГЭОТАР-Медиа».,2011г

36. Руководство по планированию семьи / под.ред. акад. В.Н. Серова.- М. 1997.

37. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и

гинекологии / под ред.акад. В.И. Кулакова, проф. В.Н. ПрилепскойЮ В.Е.

Радзинского- М.: ГОЭТАР-Медиа, 2007.

38. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передающихся

половым путем. / под.ред. А.А. Кубановой, В.И. Кисиной. – М., «ЛИТТЕРРА», 2005.

39. Рыжков В.В., Кузнецова О.Б., Кулакова Е.В. Профилактика заболеваемости и

смертности женского населения.- Ставрополь, 1997.

40. Рыжков В.В., Рогов В.М. Акушерские кровотечения.- Ставрополь, 2001.

41. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и

гинекологии – М., 2007./ под. Ред. Акад. В.И. Кулакова.

42. Савельева Г.М. Плацентарная недостаточность . – М., 1991.

43. Сепсис в начале 21 века / под.ред. акад. В.С. Савельева, проф. Б.Р. Гельфанда.

44. Серов В.Н. и соавт. Репродуктивные потери.- М., 1997.

45. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Руководство по практическому

акушерству. – М., 1997.

46. Сидельникова В.М. Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным

невынашиванием. Методические пособия и клинические протоколы. М.,

«Медпресс-информ», 2011.

47. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология.- М. МИА, 1998.

48. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии / под.ред. акад. Г.М.

Савельевой.- М. МИА., 2006.

49. Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. Справочник гинеколога-эндокринолога. М.,

Практическая медицина, 2010г.

50. Уварова Е.В. Детская и подростковая гинекология: руководство,-

«Литтерра»,2009. (Серия «Библиотека врача-специалиста»). 19

51. Хачатурян А.Р., Марютина Л.В. Кольпоскопия. Основы алгоритмов диагностики и

тактика ведения заболеваний шейки матки. Методические рекомендации. СПб.

2011.

52. Чернуха Е.А. Родовой блок.-М., 1999.

53. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных.-М.,

1999.

54. Шифман Е.М. Преэклампсия, эклампсия, HELLP- синдром.- Петрозаводск, 2002.

55. Периодические журналы: «Акушерство и гинекология», «Вестник Российской

Ассоциации акушеров-гинекологов», «Журнал акушерства и женских болезней»,

«Русский медицинский журнал», «Status Praesens».

56. Информационные письма и приказы МЗРФ и МЗСК.

**Рекомендуемая дополнительная литература:**

57. Деревянко И.М., Деревянко Т.И., Рыжков В.В. Аномалии пола и половых органов.-

Ставрополь,1997.

58. Деревянко И.М., Деревянко Т.И., Рыжков В.В. Этюды детской урологии,

урогинекологии и хирургической сексологии.- Ставрополь, 1998.

59. Пушкарь Д.Ю., Гумин Л.М. Тазовые расстройства у женщин.- М. Медпресс-информ,

2006.

60. Семенов Г.М., Петришин В.Л., Ковшова М.В.- Хирургический шов – СПб: «Питер»,

2008.

61. Судебно-медицинская экспертиза вреда здоровью /под ред. проф. В.А. Клевно-М:

«ГЭОТАР-Медиа»., 2009.

62. ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», 2011.

63. ФЗ «Об охране репродуктивного здоровья населения Российской Федерации»,

2011.

Дляобеспеченияосвоениявсехразделовпрограммынеобходимо:

* Наличиеинформационно-телекоммуникационныхсредствдоступакинтернет-ресурсуцентрадистанционногообучениядляосвоениячастипрограммы,предусматривающейиспользованиедистанционныхобразовательныхтехнологий
* Аудиториидляпроведенияпрактическихзанятий
* Лекционныйзалдлячтениялекций
* **Перечень оборудования, необходимого для проведения аудиторных занятий по дисциплине.**
* 1. Технические средства обучения – мультимедийная система (проектор, экран), видеокамера, видеоплеер, телевизор, компьютеры – 3 (в том числе 2 ноутбука).
* 2. Мультимедийные наглядные материалы (электронные учебники – 10, лекции и видеоролики по актуальным разделам акушерства и гинекологии – в достаточном количестве).
* 3. Другие учебные материалы: ситуационные задачи, тестовые задания – в достаточном количестве, таблицы – 135, стенды – 2, микро и макропрепараты – нет.
* 3. Рентгенограммы и другое диагностическое оборудование – кольпоскоп, УЗИ – аппарат, кардиотокограф.
* **Перечень оборудования, необходимого для проведения аудиторных занятий по дисциплине.**
* 1. Технические средства обучения – мультимедийная система (проектор, экран), видеокамера, видеоплеер, телевизор, компьютеры – 3 (в том числе 2 ноутбука).
* 2. Мультимедийные наглядные материалы (электронные учебники – 10, лекции и видеоролики по актуальным разделам акушерства и гинекологии – в достаточном количестве).
* 3. Другие учебные материалы: ситуационные задачи, тестовые задания – в достаточном количестве, таблицы – 135, стенды – 2.
* 3. Рентгенограммы и другое диагностическое оборудование – кольпоскоп, УЗИ – аппарат, кардиотокограф (Областной перинатальный центр).
* **Образовательные технологии в интерактивной форме, используемые в процессе преподавания дисциплины:**
* В соответствии с требованиями ФГОС ВПО реализация компетентного подхода должна предусматривать широкое использование в учебном процессе активных и интерактивных форм проведения занятий (компьютерных симуляций, разбор конкретных ситуаций) в сочетании с внеаудиторной работой с целью формирования и развития профессиональных навыков обучающихся. В рамках учебных курсов должны быть предусмотрены встречи с представителями российских и зарубежных компаний, государственных и общественных организаций, мастер-классы экспертов и специалистов, телемосты по актуальным вопросам акушерства. Удельный вес занятий, проводимых в интерактивных формах, определяется главной целью программы, особенностью контингента обучающихся и содержанием конкретных дисциплин и в целом в учебном процессе они должны составлять не менее 10% аудиторных занятий. Занятия лекционного типа не могут составлять более 30% аудиторных занятий. Кафедрами предусмотрены симуляционные занятия с использованием фантомов в межкафедральном центре практических навыков АГМУ.