

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет
имени Н.Н. Бурденко»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра акушерства и гинекологии №2

«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор по ДПО

Профессор _____ О.С. Саурина

«_____» _____ 2019 г.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
«АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»**

**По теме: «Бесплодный брак»
(срок обучения – 36 академических часов, 36 зачетных единиц)**

ВОРОНЕЖ 2019

Программа составлена в соответствии с Единым квалификационным справочником должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 июля 2010 г. № 541н, Приказом Министерства образования и науки РФ от 01 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам», Приказом Минобрнауки России от 19 ноября 2013 г. №1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры» с опорой на федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 14.00.01 Акушерство и гинекология (уровень подготовки кадров высшей квалификации) – Приказ Минобрнауки России от 25.08.2014 № 1044, приказа Минобрнауки России от 9 января 2014 г. №2 «Об утверждении Порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ».

Программа обсуждена на заседании кафедры « 30 » августа 2019 г., протокол № 1.

Заведующая кафедрой _____ Е.В. Енькова

Разработчики программы:

Заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №2 _____ Е.В. Енькова

Рецензенты:

Ф.И.О: Коротких Ирина Николаевна

ученая степень: доктор медицинских наук

ученое звание: профессор

должность: заведующая кафедрой акушерство и гинекологии №1

Ф.И.О: Фролов Михаил Вадимович

ученая степень: доктор медицинских наук

ученое звание: профессор

должность: профессор кафедры акушерства и гинекологии №1

Программа одобрена на заседании ЦМК по дополнительному профессиональному образованию

от 30.08.2019 года, протокол № 1

Утверждено на ученом совете ИДПО

от 30.08.2019 года, протокол № 1

Проректор по ДПО О.С. Саурина _____

ОПИСЬ КОМПЛЕКТА ДОКУМЕНТОВ

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации со сроком освоения 36 академических часов по специальности «Акушерство и гинекология» по теме «Бесплодный брак»

№ п/п	Наименование документа
1.	Титульный лист
2.	Опись комплекта документов
3.	Пояснительная записка
4.	Планируемые результаты обучения
5	Требования к итоговой аттестации
6	Учебный план дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Акушерство и гинекология» по теме «Бесплодный брак» ДОТ форма обучения
7	Календарный учебный график дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Акушерство и гинекология» по теме «Бесплодный брак» ДОТ форма обучения
8	Рабочие программы учебных модулей, специальных дисциплин (МСП).
8.1.	МСП 1. «Этиология и патогенез женского бесплодия»
8.2	МСП 2. «Диагностика, лечение бесплодия. Ведение беременности после бесплодного брака»
9.	Оценочные материалы для итоговой аттестации
10.	Организационно-педагогические условия реализации программы

3. ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Дополнительная профессиональная образовательная программа повышения квалификации врачей **«Бесплодный брак»** является учебно-методическим нормативным документом, регламентирующим содержание, организационно-методические формы и трудоемкость обучения.

Актуальность программы «Бесплодный брак» обусловлена необходимостью постоянного совершенствования профессиональных компетенций врачей акушеров-гинекологов по вопросам обследования, диспансеризации, маршрутизации гинекологических больных страдающих бесплодием, направления на ВРТ, ante- и интранатальной охраны плода.

Цель преподавания учебной дисциплины – повышение рождаемости и улучшение репродуктивного здоровья женщины в различные периоды ее жизни путем приобретения новых знаний по вопросам охраны здоровья матери и ребенка и современных организационных и лечебно-диагностических технологий (ВРТ), повышение квалификации специалиста по эндокринологии в гинекологии по всем разделам учебной программы, расширение и углубление теоретических знаний, усовершенствование практических навыков и умений, необходимых для самостоятельного применения в лечебно-профилактической работе по специальности в соответствии с занимаемой должностью и профилем учреждения.

Задачи:

1. Овладеть необходимым уровнем знаний по физиологии и патологии репродуктивной системы женщины.
2. Приобрести достаточный объем практических навыков и умений, овладеть лечебно-диагностическими навыками для оказания профессиональной медицинской помощи в полном объеме гинекологическим пациенткам с бесплодием.
3. Научиться самостоятельно принимать решения в сложных вопросах профессиональной деятельности, принимать решения о лечении ВРТ.
4. Приобщение к научному подходу, необходимости анализа собственного опыта и информации.

Категории обучающихся: врачи акушеры-гинекологи.

Объем программы: 36 аудиторных часов трудоемкости, в том числе 36 зачетных единиц.

Документ, выдаваемый после завершения обучения - удостоверение о повышении квалификации.

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации врачей акушеров гинекологов со сроком освоения 36 академических часов по специальности «Акушерство и гинекология» по теме **«Бесплодный брак»** включает в себя учебный план, рабочие программы модулей, обеспечивающие реализацию модульной технологии обучения.

Содержание программы представлено как единое целое, с максимальной полнотой охватывающее вопросы теории и практики по теме **«Бесплодный брак»**. В рабочих программах модули подразделяются на темы, темы – на элементы. Таким образом, содержание программы представлено как систематизированный перечень наименований тем, элементов и других структурных единиц модуля программы.

Учебный план определяет состав изучаемых модулей с указанием их трудоемкости, объема, последовательности и сроков изучения, устанавливает формы организации учебного процесса и их соотношение (лекции, семинарские и практические занятия, симуляционный курс), конкретизирует формы контроля знаний и умений обучающихся.

Для реализации дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей акушеров гинекологов, эндокринологов со сроком освоения 36 академических часов по специальности «Акушерство и гинекология» по теме **«Бесплодный брак»** кафедра хирургических дисциплин ИДПО располагает:

- 1) учебно-методической документацией и материалами по всем разделам программы;
- 2) учебно-методической литературой для внеаудиторной работы обучающихся;
- 3) материально-технической базой, обеспечивающей организацию всех видов дисциплинарной подготовки;
- 4) электронным курсом **«Бесплодный брак»** на платформе moodle (<http://moodle.vsmaburdenko.ru/>).

В процессе обучения врачей акушеров гинекологов, обязательным является определение базисных знаний, умений и навыков обучающихся перед началом обучения. По окончании изучения каждого модуля проводится этапный (рубежный) контроль. При этом используются различные формы контроля: решение ситуационных задач, тестовый контроль, собеседование. Теоретическая подготовка предусматривает обязательное изучение модулей в рамках дистанционного обучения (ДОТ), а также самостоятельное изучение литературы по программе.

По окончании обучения проводится итоговая аттестация в форме проведения экзамена. Цель итоговой аттестации – выявление теоретической и практической подготовки обучающегося в соответствии с содержанием дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей акушеров гинекологов, эндокринологов со сроком освоения 36 академических часов по

специальности «Акушерство и гинекология» по теме «**Бесплодный брак**». В конце программы приводится общий список рекомендованной литературы, Интернет-ресурсы.

4. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ

4.1 КВАЛИФИКАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВРАЧА– СПЕЦИАЛИСТА АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА (из приказа МЗ и СР РФ от 23 июля 2010 г. № 541н)

Должностные обязанности.

Оказывает квалифицированную медицинскую помощь по специальности "Акушерство и гинекология", используя современные методы диагностики, лечения, профилактики и реабилитации. Определяет тактику ведения больного в соответствии с установленными стандартами. На основании сбора анамнеза, клинического наблюдения и результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований устанавливает (или подтверждает) диагноз. Самостоятельно проводит или организует необходимые диагностические, лечебные, реабилитационные и профилактические процедуры и мероприятия. Осуществляет экспертизу временной нетрудоспособности. Ведет медицинскую документацию в установленном порядке. Руководит работой подчиненного ему среднего и младшего медицинского персонала.

4.2. Квалификационные требования

(Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»)

- Высшее профессиональное образование по специальности "Лечебное дело", "Педиатрия", послевузовское профессиональное образование (интернатура или ординатура) и сертификат специалиста по специальности "Акушерство и гинекология", без предъявления требований к стажу работы.

4.3 Характеристика профессиональных компетенций врача-акушера-гинеколога, подлежащих совершенствованию в результате освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Акушерство и гинекология» на тему «Бесплодный брак» 36 часов

У обучающегося совершенствуются следующие *универсальные компетенции* (далее – УК):

- способность и готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- способность и готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2).

У обучающегося совершенствуются следующие *профессиональные компетенции* (далее – ПК):

- способность и готовность к определению у пациентов гинекологического профиля патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем. (ПК-1);
- способность и готовность к ведению и лечению пациентов гинекологического профиля, нуждающихся в оказании специализированной медицинской помощи. (ПК-2);
- способность и готовность к организации акушерско-гинекологической помощи, на основе принципов взаимодействия различных структур, оказывающих помощь и поддержку пациенткам с патологией органов репродуктивной системы во все возрастные периоды жизни (ПК-3);

4.3.1 Характеристика новых профессиональных компетенций врача акушера-гинеколога, формирующихся в результате освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей «Бесплодный брак» 36 часов.

- способность и готовность выполнять основные диагностические и лечебные мероприятия в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 N 572н (ред. от 12.01.2016) "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)" (Зарегистрировано в Минюсте России 02.04.2013 N 27960) (ПК-4).

Перечень знаний, умений врача акушера-гинеколога, обеспечивающих формирование профессиональных компетенций

Должен знать:

- теоретические основы охраны здоровья: Конституцию РФ, законы и нормативно-правовые акты в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

- нормативные правовые документы, регламентирующие деятельность учреждений здравоохранения;
- организацию акушерско-гинекологической службы, структуру, штаты и оснащение учреждений здравоохранения акушерского и гинекологического профиля;
- основы оказания и стандарты амбулаторной и стационарной помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями;
- факторы, влияющие на репродуктивное здоровье, и критерии его характеризующие;
- современные методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных по профилю акушерство и гинекология;
- теоретические аспекты всех нозологий как по профилю «Акушерство и гинекология», так и других самостоятельных клинических дисциплин; их этиологию, патогенез, клиническую симптоматику и особенности течения;
- общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма, используемые в акушерстве и гинекологии;
- принципы комплексного лечения заболеваний в акушерстве и гинекологии;
- правила оформления медицинской документации;
- принципы планирования деятельности и отчетности акушерско-гинекологической службы; методы и порядок контроля ее деятельности;
- теоретические основы, принципы и методы диспансеризации и лекарственного обеспечения;

Должен уметь:

- получить объективную информацию о гинекологическом заболевании;
- выявить специфические признаки гинекологического заболевания;
- провести физикальное обследование гинекологической больной (осмотр, пальпация молочных желез, лимфатических узлов, живота, осмотр шейки матки в зеркалах, бимануальное и ректовагинальное исследование) и интерпретировать полученные данные;
- интерпретировать данные инструментальных (УЗИ, эндоскопия, рентгенологическое обследование) и лабораторных методов обследования гинекологических больных;
- провести оценку тестов функциональной диагностики;
- на основании сбора анамнеза, клинического обследования и результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования установить (подтвердить) диагноз у пациенток гинекологического профиля;
- определить тактику ведения пациенток с гинекологическими заболеваниями;
- провести дифференциальную диагностику имеющегося заболевания с другой патологией;

- определить показания к госпитализации гинекологических больных;
- решить вопрос о временной нетрудоспособности пациентки.

Специалист акушер-гинеколог должен владеть навыками:

- взятия мазков на флору из влагалища, цервикального канала и уретры, на онкоцитологическое исследование;
- проведения расширенной кольпоскопии;
- зондирования полости матки;
- аспирационной и Пайпель-биопсией эндометрия;
- удаления полипа слизистой цервикального канала;
- раздельного диагностического выскабливания цервикального канала и полости матки;
- введения и удаления ВМС;
- медицинского аборта;
- проведения гистероскопии;
- проведения гистеросальпингографии;
- пункции лимфатических узлов, образований;
- проведения ножевой биопсии шейки матки;

5. ТРЕБОВАНИЯ К ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

1. Итоговая аттестация по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации врачей по специальности «Акушерство и гинекология» сроком освоения 36 академических часов по теме **«Бесплодный брак»** проводится в форме заочного экзамена (ДОТ) и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача – акушера гинеколога в соответствии с требованиями квалификационных характеристик и профессиональных стандартов.

2. Обучающийся допускается к итоговой аттестации после изучения учебных модулей в объеме, предусмотренном учебным планом дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Акушерство и гинекология» со сроком освоения 36 академических часов по теме **«Бесплодный брак»**. Итоговая аттестация сдается в ДОТ и проходит в соответствии с Положением об итоговой аттестации ВГМУ им. Н.Н. Бурденко.

3. Лица, освоившие дополнительную профессиональную программу повышения квалификации врачей по специальности «Акушерство и гинекология» со сроком освоения 36 академических часов по теме **«Бесплодный брак»** и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают документ установленного образца - Удостоверение о повышении квалификации.

**6. Учебный план дополнительной профессиональной программы
повышения квалификации врачей–специалистов по специальности «Акушерство
и гинекология» со сроком освоения 36 академических часов по теме «Бесплодный
брак»**

Цель: систематизация и углубление профессиональных знаний, умений, навыков, методик, обеспечивающих совершенствование ПК врача-специалиста.

Категория обучающихся: врачи акушеры гинекологи.

Трудоемкость обучения: 36 академических часов (1 неделя или 0,4 месяца).

Форма обучения: ДОТ без отрыва от работы.

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад.часов/зач. единиц)	В том числе		
			Дистанционное обучение		
			лекции	ПЗ, СЗ	Форма контроля
Специальные дисциплины (МСП)					
МФ№1	Этиология и патогенез женского бесплодия	16	12	4	Промежуточный контроль (тестирование)
1.1.	Нейрогуморальная регуляция менструального цикла	2	2	-	Текущий контроль тестирование
1.2.	Овуляторная дисфункция	2	2	-	Текущий контроль тестирование
1.3.	Гиперпролактинемия, как фактор женского бесплодия	1	1	-	Текущий контроль тестирование
1.4.	СПКЯ, инсулинорезистентность	1	1	-	Текущий контроль тестирование
1.5.	Дисфункциональные маточные кровотечения	2	1	1	Текущий контроль тестирование

Режим занятий: 6 академических часов в день.

1.6.	Мужской фактор бесплодного брака	2	2	-	Текущий контроль тестирование
1.7.	Трубный и и маточный фактор бесплодия	3	1	2	Текущий контроль тестирование
1.8.	Дифференциальный диагноз причин женского бесплодия	3	2	1	Текущий контроль тестирование
МСП №2	Диагностика, лечение бесплодия. Ведение беременности после бесплодного брака	16	10	6	Промежуточн ый контроль (решение ситуационных задач)
2.1.	Расстройства овуляции и их диагностика	4	2	2	Текущий контроль решение ситуационных задач
2.2.	Методы восстановления овуляторной функции яичников	2	2	-	Текущий контроль решение ситуационных задач
2.3.	Вспомогательные репродуктивные технологии	2	2	-	Текущий контроль решение ситуационных задач
2.4.	Ожирение и репродуктивная система, лечение	4	2	2	Текущий контроль решение ситуационных задач
2.5.	СПКЯ и расстройства менструально- овариального цикла, лечение	4	2	2	Текущий контроль решение ситуационных задач
Итоговая аттестация		4	-	4	Экзамен
Всего		36	22	14	

7. КАЛЕНДАРНЫЙ УЧЕБНЫЙ ГРАФИК

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации по специальности «Акушерство и гинекология» со сроком освоения 36 академических часов по теме «Бесплодный брак»

Учебные модули	0,4 месяца	
	1 - 6	
	недель	дней
	ДОТ	
МСП 1. «Этиология и патогенез женского бесплодия»	0,5	3
МСП 2. «Диагностика, лечение бесплодия. Ведение беременности после бесплодного брака»	0,5	3
Итоговая аттестация	4 часа	

8. РАБОЧИЕ ПРОГРАММЫ УЧЕБНЫХ МОДУЛЕЙ

8.1 РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ 1

«Этиология и патогенез женского бесплодия»

Пояснительная записка

Актуальность модуля обусловлена необходимостью изучения специальных методов исследования и лечения при заболеваниях репродуктивной системы связанных с бесплодием.

Цель: углубленное изучение теоретических основ репродуктивной эндокринологии и совершенствование практических умений и навыков, обеспечивающих улучшение профессиональных компетенций врача – специалиста, необходимых для оценки состояния, диагностики, диф. диагностики выбора и проведения лечения при женском бесплодии.

Задачи:

1. Углубление знаний и совершенствование практических умений по физиологии и патофизиологии женской репродуктивной системы.
2. Углубление знаний и совершенствование практических умений в диагностике и терапии женского бесплодия.
3. Углубление знаний и совершенствование практических умений в диагностике и терапии ановуляторных состояний.

По окончании изучения учебного модуля 1 обучающийся должен знать:

Общие знания:

- основы нормальной и топографической анатомии репродуктивной системы, необходимые для выполнения манипуляций;
- основы нормальной и патологической физиологии репродуктивной системы;
- основы лабораторных и функциональных методов исследования для диагностики и мониторинга патологии репродуктивной системы.

Специальные знания:

- механизмы развития и классификацию женского бесплодия;
- клиническую фармакологию и использование эстрогенов и прогестинов, клиническую фармакологию и комбинации гормональных препаратов.
- этиологию возникновения ановуляторных состояний.
- методы объективной оценки и особенности различных форм женского бесплодия.

По окончании изучения учебного модуля 1 обучающийся должен уметь:

- осуществлять дифференцированную терапию различных форм женского бесплодия.
- проводить дифференцированную терапию при различных формах бесплодия.

• По окончании изучения учебного модуля 1 обучающийся должен владеть навыками:

- мониторинга основных физиологических параметров (УЗИ и лаб. диагностика) у пациентов с бесплодием;
- подбора стероидной терапии с титровкой дозы.

По окончании изучения модуля 1 у обучающегося совершенствуются следующие компетенции:

- способность и готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- способность и готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2).
- способность и готовность к определению у пациентов гинекологического профиля патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем. (ПК-1);
- способность и готовность к ведению и лечению пациентов гинекологического профиля, нуждающихся в оказании специализированной скорой медицинской помощи. (ПК-2);

- способность и готовность к оказанию медицинской помощи пациентам гинекологического профиля в чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации. (ПК-3).
- **По окончании изучения модуля 1 у обучающегося формируются следующие компетенции:**
 - способность и готовность выполнять основные диагностические и лечебные мероприятия в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 N 572н (ред. от 12.01.2016) "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)" (Зарегистрировано в Минюсте России 02.04.2013 N 27960) (ПК-4).

Перечень знаний, умений врача – специалиста, обеспечивающих формирование профессиональных компетенций (см. п. 4).

Трудоемкость освоения: 16 академических часа или 16 зачетных единицы.

Учебно-тематический план учебного модуля МСП 1 ДОТ форма

Код модул я	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад.час ов/зач. единиц)	В том числе		
			ДОТ обучение		
			лекци и	ПЗ, СЗ	Форма контроля
Специальные дисциплины (МСП)					
1.1.	Нейрогуморальная регуляция менструального цикла	2	2	-	Текущий контроль тестирование
1.2.	Овуляторная дисфункция	2	2	-	Текущий контроль тестирование
1.3.	Гиперпролактинемия, как фактор женского бесплодия	1	1	-	Текущий контроль тестирование
1.4.	СПКЯ, инсулинорезестентно сть	1	1	-	Текущий контроль тестирование
1.5.	Дисфункциональные маточные кровотечения	2	1	1	Текущий контроль
1.6.	Мужской фактор бесплодного брака	2	-	-	Текущий контроль тестирование
1.7.	Трубный и и маточный фактор бесплодия	3	1	2	Текущий контроль тестирование
1.8.	Дифференциальный диагноз причин женского бесплодия	3	2	1	Текущий контроль тестирование
	ИТОГО	16	12	4	Промежуточ ный контроль (тестировани е)

Содержание учебного модуля МСП 1 «Этиология и патогенез женского бесплодия»

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
МСП №1	«Этиология и патогенез женского бесплодия»
1.1.	Нейрогуморальная регуляция менструального цикла
1.1.1	Гипоталамо-гипофизарная регуляция
1.1.2	Гормоны вырабатываемые в гипофизе и гипоталамусе
1.2.	Овуляторная дисфункция
1.2.1	Классификация по МКБ
1.3.	Гиперпролактинемия, как фактор женского бесплодия
1.3.1	Функциональная гиперпролактинемия
1.3.2	Опухолевая гиперпролактинемия
1.4.	СПКЯ, инсулинорезистентность
1.4.1	Определение инсулинорезистентности
1.4.2	Лабораторная диагностика нарушения углеводного обмена
1.5.	Дисфункциональные маточные кровотечения
1.5.1	Классификация PALM COEN
1.6.	Мужской фактор бесплодного брака
1.6.1	Оценка спермограммы
1.7.	Трубный и маточный фактор бесплодия
1.7.1	Методы диагностики проходимости маточных труб
1.8.	Дифференциальный диагноз причин женского бесплодия

Примеры контрольно-оценочных материалов по результатам освоения учебного модуля 1:

1. Тестовый контроль.

Выберите один, наиболее правильный ответ.

1. 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

д) эстрогендефицитное состояние

2. Взаимодействие гипоталамуса, гипофиза и яичников в регуляции менструального цикла заключается в следующем:

а) одно звено (вышележащее) стимулирует функцию другого звена (нижележащего)

б) нижележащее звено тормозит или регулирует функцию вышележащего

в) функция звеньев синхронна

г) выключение одного звена нарушает всю систему в целом

д) верно все перечисленное

3. В клубочковой зоне коры надпочечника образуется:

а) глюкокортикоиды

б) альдостерон

в) норадреналин

г) андрогены

д) все перечисленное

4. Малые дозы эстрагенов:

а) стимулируют продукцию ФСГ

б) подавляют продукцию ФСГ

в) усиливают продукцию ЛГ

г) подавляют продукцию ЛГ

д) не влияют на выработку ФСГ

5. Основное действие эстрогенов на организм:

а) блокируют рецепторы к окситоцину

б) прекращают (ослабляют) пролиферативные процессы в эндометрии

в) вызывают секреторные преобразования в эндометрии

г) верно все перечисленное

д) все перечисленное неверно

6. Гестагены обладают следующим действием:

а) снижают содержание холестерина в крови

б) определяют развитие первичных и вторичных половых признаков

в) повышают тонус матки

г) верно все перечисленное

д) все перечисленное неверно

7. Первичная альгоменорея обусловлена:

а) инфантилизмом

б) ретродевиацией матки

в) высокой продукцией простагландинов

г) всем перечисленным

д) ничем из перечисленного

8. При предменструальном синдроме во вторую фазу менструального цикла, как правило, отмечается:

а) гиперэстрогения

б) повышение секреции АКТГ

в) повышение уровня серотонина

г) верно а) и б)

д) все перечисленное

9. Обмен эстрогенов протекает по схеме:

а) эстрадиол – эстрон – эстриол – нестероидные продукты

б) эстрадиол – эстриол – эстрон – нестероидные продукты

- в) эстрон – эстрадиол – эстриол – нестероидные продукты
- г) все перечисленное неверно

10. Действие больших доз экзогенных эстрогенов на яичник:

- а) увеличивается выработка яичником эстрогенов
- б) увеличивается выработка яичником прогестерона
- в) происходит атрофия яичниковой ткани**
- г) верно а) и б)
- д) все перечисленное неверно

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. У больных с синдромом Шихана на фоне снижения уровня ТТГ наблюдаются следующие проявления гипотиреозидизма:

- а) безразличие к окружающей обстановке
- б) зябкость
- в) снижение общего тонуса организма
- г) все перечисленные**
- д) ничего из перечисленного

13. При лечении больной с любой формой дисгенезии гонад, как правило, исключается восстановление:

- а) менструальной функции

- б) половой функции
- в) генеративной функции**
- г) всех перечисленных функций
- д) ничего из перечисленного

14. 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

15. Применение комбинированных оральных контрацептивов может быть рекомендовано всем перечисленным ниже женщинам, кроме:

- а) тех, у которых имеется наследственно обусловленная предрасположенность к развитию рака яичников
- б) желающих предохраняться от беременности сразу после аборта
- в) тех, у которых в анамнезе была внематочная беременность или кесарево сечение
- г) больных с артериальной гипертензией**
- д) больных с альгоменореей

16. Ановуляторные дисфункциональные маточные кровотечения необходимо дифференцировать:

- а) с беременностью (прогрессирующей)
- б) с начавшимся самопроизвольным выкидышем
- в) с подслизистой миомой матки
- г) верно б) и в)**
- д) со всем перечисленным

17. В цепи биосинтеза стероидов первым биологически активным гормоном является:

- а) андростендион
- б) эстрадиол
- в) эстриол
- г) тестостерон
- д) прогестерон**

18. В яичнике андрогены служат субстратом для образования;

- а) прогестерона
- б) эстрогенов**
- в) прогестерона и эстрогенов
- г) всего перечисленного
- д) ничего из перечисленного

19. Главным эстрогенным гормоном в организме женщины в период постменопаузы является:

- а) эстрадиол
- б) эстрон**
- в) эстриол
- г) эстрадиол-дипропионат
- д) прогестерон

20. Задержка полового развития – это отсутствие:

- а) вторичных половых признаков к 14 г., а менструации к 16 г.**
- б) вторичных половых признаков к 12 г., а менструации к 16 г.
- в) вторичных половых признаков к 14 г., а менструации к 18 г.
- г) вторичных половых признаков к 12 г., а менструации к 18 г.

д) все перечисленное неверно

Правильные ответы выделены жирным шрифтом

Литература к учебному модулю МСП 1«Этиология и патогенез женского бесплодия»

Основная:

1. Гинекологическая эндокринология. Клинические лекции. Авторы: Марияна Геворкян, Лидия Тумилович, Игорь Манухин. Издательство: ГЭОТАР-Медиа Серия: Библиотека врача-специалиста, 2014.
2. Гинекология. Учебник. Редакторы: Виктор Радзинский, Александр Фукс: Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1000 с.
3. Барнаулов О.Д. Фитотерапия при женском бесплодии. Издательство: Н-Л, 2011. - 336 с.
4. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению под ред.: Сухих Г. Т., Назаренко Т. А. Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 784 с.
5. Блют Эдвард И. Ультразвуковая диагностика. Практическое решение клинических проблем. Том 3. УЗИ в акушерстве. Перевод: Плешков Ф. И., Рындин А. А., Тихоненко И. В. Издательство: Медицинская литература, 2010. -192 с
6. Гинекологическая эндокринология. Клинические лекции: руководство для врачей. - 3-е изд., переработанное. / И.Б. Манухин, Л.Г. Тумилович, М.А. Геворкян. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2013. - 272 с.
7. Гинекология. Клинические лекции: учебное пособие / под ред. О.В. Макарова. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2010. - 352 с.
8. Гинекология. Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, И.Б. Манухина. 2013.- 704 с. Серия «Национальные руководства».
9. Гинекология. Руководство для врачей. Под ред. Серов В.Н., Кира Е.Ф.- : Литтерра, 2009. - 840 с.
10. Гинекология. Руководство к практическим занятиям: учебное пособие /Под ред. В.Е. Радзинского. 3-е изд., переработ . и доп. 2013. - 552 с.
11. Гинекология: учебник /под ред.: В. Е. Радзинского, А. М. Фукса. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 1000 с.
12. Гинекология: учебник. Баисова Б.И. и др. / Под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. 4-е изд., переработ . и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.- 432 с.: ил [электронный ресурс]
13. Гурьева В.А. Постовариоэктомический синдром и гипергомоцистеинемия /В.А.Гурьева. – Барнаул, 2012. – 114 с.

14. Дзигуа М.В. Медицинская помощь женщине с гинекологическими заболеваниями в различные периоды жизни. Издательство: ГЭОТАР - Медиа, 2012.- 360 с.
15. Женская консультация: руководство + CD. Радзинский В.Е., Ордиянц И.М., Оразмурадов А.А. и др. /Под ред. В.Е. Радзинского. - 3-е изд., исправл. и доп. Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2010 г. 128 с.
- 16.

Дополнительная:

1. Потин В.В., Боровик Н.В., Тиселько А.В. Сахарный диабет и репродуктивная система женщины. Пособие для врачей. Издательство: Н-Л, 2008. -40 с.
2. Потин В.В., Логинов А.Б., Крихели И.О. Щитовидная железа и репродуктивная система женщины. Пособие для врачей. Издательство: Н-Л, 2008. -48 с.
3. Репродуктивная эндокринология: руководство. Кроненберг Г.М., Мелмед Ш., Полонски К.С., Ларсен П.Р. Перевод с англ. / Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 416 с.
4. Рис М., Охлер М.К., Мур Дж: Диагностика и лечение в гинекологии. Проблемный подход. Под ред. В.Н. Прилепской. Издательство: ГЭОТАР - Медиа, 2010.- 320 с.

8. РАБОЧИЕ ПРОГРАММЫ УЧЕБНЫХ МОДУЛЕЙ

8.2. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ 2

«Диагностика, лечение бесплодия. Ведение беременности после бесплодного брака»

Пояснительная записка

Актуальность модуля обусловлена необходимостью изучения специальных методов исследования и лечения при заболеваниях репродуктивной системы связанных с бесплодием.

Цель: углубленное изучение теоретических основ репродуктивной эндокринологии и совершенствование практических умений и навыков, обеспечивающих улучшение профессиональных компетенций врача – специалиста, необходимых для оценки состояния, диагностики, диф. диагностики выбора и проведения лечения при заболеваниях репродуктивной системы, связанных с бесплодием.

Задачи:

1. Углубление знаний по правовым аспектам оказания специализированной медицинской помощи в РФ по методам ВРТ (ЭКО).

2. Углубление знаний и совершенствование практических умений по оценке этиологии и проведении терапии при ановуляторных состояниях.
3. Углубление знаний и совершенствование практических умений в лечении пациенток с бесплодием и СПКЯ. Методы индукции овуляции.

По окончании изучения учебного модуля 2 обучающийся должен знать:

Общие знания:

- основы нормальной и патологической физиологии, необходимые для выполнения диагностики и лечения репродуктивной патологии;
- основы нормальной и патологической эндокринологии для диагностики и мониторинга;
- законодательство РФ в сфере ВРТ (107 Н приказ МЗ);
- основы МКБ-10.

Специальные знания:

- механизмы и классификацию патологии овуляции;
- клиническую фармакологию и использование стероидных гормонов, клиническую фармакологию и комбинации гормональных препаратов.
- Показания к методам ВРТ.
- методы объективной оценки и особенности метаболического синдрома.

По окончании изучения учебного модуля 2 обучающийся должен уметь:

- осуществлять дифференцированную терапию различных форм патологии овуляции.
- проводить дифференцированную терапию при различных формах ановуляции.
- проводить терапию метаболического синдрома, СПКЯ.

По окончании изучения учебного модуля 2 обучающийся должен владеть навыками:

- оценки овариального резерва, профилактики гиперстимуляции яичников при проведении суперстимуляции, подготовки эндометрия для переноса эмбриона.
- фармакологической особенностью больных с бесплодием и методами ВРТ.
- ведения беременности после ВРТ.

По окончании изучения модуля 2 у обучающегося совершенствуются следующие компетенции:

- способность и готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- способность и готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2).
- способность и готовность к определению у пациентов гинекологического профиля патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10);
- способность и готовность к ведению и лечению пациентов гинекологического профиля, нуждающихся в оказании специализированной медицинской помощи. (ПК-2);

- способность и готовность к оказанию медицинской помощи пациентам гинекологического профиля в чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации. (ПК-3).
- **По окончании изучения модуля 2 у обучающегося формируются следующие компетенции:**
- - способность и готовность выполнять основные диагностические и лечебные мероприятия в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 N 572н (ред. от 12.01.2016) "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)" (Зарегистрировано в Минюсте России 02.04.2013 N 27960) (ПК-4).

Перечень знаний, умений врача – специалиста, обеспечивающих формирование профессиональных компетенций (см. п. 4).

Трудоемкость освоения: 16 академических часов или 16 зачетных единиц.

Учебно-тематический план учебного модуля МСП 2 ДОТ форма

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад.часов/зач. единиц)	В том числе			
			ДОТ обучение			
			лекции	ПЗ, СЗ	Симуляционное обучение	Форма контроля
Специальные дисциплины (МСП)						
2.1.	Расстройства овуляции и их диагностика	4	2	2	-	Текущий контроль решение ситуационных задач
2.2.	Методы восстановления овуляторной функции яичников	2	2	-	-	Текущий контроль решение ситуационных задач

2.3.	Вспомогательные репродуктивные технологии	2	2	-	-	Текущий контроль решение ситуационных задач
2.4.	Ожирение и репродуктивная система, лечение	4	2	2	-	Текущий контроль решение ситуационных задач
2.5.	СПКЯ и расстройства менструально-овариального цикла, лечение	4	2	2	-	Текущий контроль решение ситуационных задач
	Итого	16	10	6		Промежуточный контроль решение ситуационных задач

Содержание учебного модуля МСП 2 «Диагностика, лечение бесплодия. Ведение беременности после бесплодного брака»

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
МСП №2	Диагностика, лечение бесплодия. Ведение беременности после бесплодного брака
2.1.	Расстройства овуляции и их диагностика
2.1.1.	Оценка уровня прогестерона и функции желтого тела
2.2.	Методы восстановления овуляторной функции яичников
2.2.1.	Прямая и непрямая стимуляция овуляции
2.3.	Вспомогательные репродуктивные технологии
2.3.1.	107 н приказ о ВРТ
2.4.	Ожирение и репродуктивная система, лечение
2.4.1	Лабораторная диагностика нарушения жирового обмена
2.5.	СПКЯ и расстройства менструально-овариального цикла, лечение
2.5.1	Формы и типы СПКЯ, методы диагностики

**Форма контроля: решение ситуационных задач.
Ситуационные задачи.**

Ситуационная задача N1

На специализированный прием в центр «Брак и семья» обратилась женщина 34 лет с жалобами на отсутствие беременности в течение 3-х лет регулярной половой жизни без предохранения в повторном браке, нерегулярный менструальный цикл.

ИЗ АНАМНЕЗА: менархе в 12 лет. Роды одних в первом браке 10 лет назад. Гинекологический анамнез отягощен. Дважды оперирована лапароскопически по поводу серозных кист правого и левого яичников, 5 лет и 3 года назад соответственно. В течение последнего года отмечает нерегулярные скудные менструации с задержками до 3 месяцев. Супруг здоров. Спермограмма в норме.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: матка anteversio, anteflexio, плотная, не увеличена, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Своды свободные. ПРИ УЗИ органов малого таза на 60-й день цикла: матка 48×40×35 мм, структура миометрия однородная, М-эхо 5 мм. Правый яичник 15×13×10 мм, фолликулярный аппарат не выражен, левый яичник 18×15×10 мм аналогичной структуры. Гормональное исследование: ФСГ 25 мЕД/л, ЛГ 12 мЕД/л, эстрадиол 150 пмоль/л, АМГ 0,1 нг/мл.

Вопрос 1.

Какой диагноз наиболее вероятен?

Варианты ответа:

- А. СПКЯ, ановуляторное бесплодие.
- Б. Общий инфантилизм, дисгенезия гонад.
- В. Климактерический синдром.
- Г. Посткастрационный синдром.
- Д. Синдром истощения яичников.**

Вопрос 2.

Какое лечение необходимо данной пациентке для восстановления менструального цикла?

Варианты ответа:

- А. КОК на 12 месяцев.
- Б. АГнРГ на 3–4 месяца.
- В. Менопаузальная гормональная терапия эстроген-гестагенными препаратами.**
- Г. Стимуляция овуляции кломифена цитратом.
- Д. Гестагены в непрерывном режиме на 6–9 месяцев.

Вопрос 3.

Какой метод позволит преодолеть бесплодие у данной пациентки?

Варианты ответа:

- А. Искусственная инсеминация спермой мужа.
- Б. Стимуляция овуляции кломифена цитратом 3 цикла.
- В. ЭКО.
- Г. ЭКО+ИКСИ.
- Д. ЭКО с донорской яйцеклеткой.**

Ситуационная задача N 2

В кабинет планирования семьи обратилась женщина 18 лет за рекомендациями по предупреждению нежелательной беременности.

ИЗ АНАМНЕЗА: менархе 13 лет, менструальная функция не нарушена. Не замужем. Постоянного полового партнера нет. Половая жизнь не регулярная. Соматический и гинекологический анамнез не отягощен.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ: при осмотре в зеркалах на шейке матки вокруг наружного зева венчик гиперемии, слизистая влагалища бледно-розовая, выделения жидкие сероватого цвета с неприятным запахом. При бимануальном обследовании тело матки не увеличено, подвижное, безболезненное, придатки с обеих сторон без особенностей. Своды глубокие. При микроскопии отделяемого: из цервикального канала - лейкоциты 30–40 в поле зрения, флора кокковая обильная; из влагалища - лейкоциты 8–10 в поле зрения, эпителий более 20, флора кокковая, обнаружены «ключевые клетки». Уровень pH 4,8.

Вопрос 1.

Какой диагноз наиболее вероятен?

Варианты ответа:

А. Острая свежая гонорея.

Б. Неспецифический вагинит.

В. Бактериальный вагиноз. Цервицит.

Г. Хронический цервицит.

Д. Вульвовагинальный кандидоз.

Вопрос 2.

Какое лечение назначить данной пациентке?

Варианты ответа:

А. Антибактериальные препараты группы фторхинолонов внутрь, курсом на 7 дней.

Б. Метронидазол местно во влагалище в виде свечей (500 мг) или геля 0,75% -5,0 г на 5 дней.

В. Флуконазол внутрь однократно 150 мг.

Г. Комбинированный курс антибактериальной и противовоспалительной терапии, иммуномодуляторов и ферментных препаратов. Физиотерапевтическое лечение.

Д. Радиоволновая эксцизия шейки матки.

Вопрос 3.

Какой метод контрацепции является наиболее приемлемым у данной пациентки?

А. Презерватив.

Б. Внутриматочная спираль «Сиргум-Т».

В. Комбинированные эстроген-гестагенные микродозированные монофазные контрацептивы (Логест, Новинет).

Г. Посткоитальную контрацепцию (Постинор, Эскапел).

Д. Календарный ритм-метод.

Ситуационная задача N 3

Пациентка 25 лет обратилась на прием к гинекологу для получения рекомендаций по контрацепции.

ИЗ АНАМНЕЗА: менструации с 13 лет, нерегулярные через 25–40 дней, по 6–7 дней, обильные, болезненные, принимает спазматон для купирования боли. Замужем. Были одни роды 3 года назад. Ближайшие 2–3 года беременность не планирует, хочет надежную контрацепцию. Соматически здорова. При гинекологическом обследовании и УЗИ патологии не выявлено.

Вопрос 1.

Нужно ли провести дополнительное обследование для выбора метода контрацепции?

Варианты ответа:

А. Нет.

Б. Гормональное обследование: ФСГ, ЛГ, эстрадиол, тестостерон, прогестерон.

В. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, УЗИ органов брюшной полости.

Г. Микроскопическое и микробиологическое исследование отделяемого цервикального канала, уретры, влагалища.

Д. Полное комплексное обследование на ИППП.

Вопрос 2. Какой метод контрацепции рекомендовать данной пациентке?

Варианты ответа:

А. Презерватив.

Б. Календарный ритм-метод.

В. Внутриматочную спираль с серебром.

Г. Комбинированные эстроген-гестагенные низкодозированные монофазные контрацептивы (Ярина, Регулон).

Д. Посткоитальную контрацепцию (Постинор, Эскапел).

Вопрос 3.

Какой положительный неконтрацептивный эффект выбранного метода можно ожидать у данной пациентки?

Варианты ответа:

А. Снижение риска вагинита и бактериального вагиноза.

Б. Снижение риска тромбоэмболических осложнений.

В. Нормализация менструального цикла.

Г. Повышение либидо.

Д. Снижение риска рака молочной железы.

Форма контроля: решение ситуационных задач.

Ситуационные задачи.

ЗАДАЧА №4

Пациентка Д., 49 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на «приливы», повторяющиеся 10–12 раз в сутки, раздражительность, плаксивость. Иногда

описанные жалобы сопровождается головная боль, головокружение, тошнота, боли в области сердца, приступы тахикардии.

Анамнез жизни: страдала хроническим тонзиллитом, перенесла скарлатину.

Гинекологический анамнез: Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет, установились сразу, по 4-5 дней, через 28 дней, умеренные. В последние два года менструации стали реже, задержка до 2-3х месяцев. Последняя менструация началась полтора месяца назад. Половая жизнь с 18 лет. Было две беременности: первая закончилась искусственным абортом с повторным выскабливанием матки по поводу остатков плодного яйца, вторая - родами в срок, осложнившимися гипотоническим кровотечением. Гинеколога не посещала в течение последних 10 лет.

Данные объективного обследования: общее состояние удовлетворительное. Пациентка правильного телосложения, повышенного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Периферические лимфатические узлы доступные пальпации не увеличены. Пульс 78 в минуту, АД 130/80 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичные, звучные. Дыхание в легких везикулярное. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления без особенностей.

Осмотр при помощи влагалищных зеркал: шейка матки без видимой патологии.

При влагалищном исследовании: шейка матки сформирована, наружный зев закрыт, тело матки в обычном положении, несколько меньше нормы, подвижное, безболезненное. Придатки не определяются, своды влагалища глубокие.

Ультразвуковое исследование: Тело матки отклонено кзади, размеры 45х32х40 мм. М-эхо 4 мм. Яичники с обеих сторон уменьшены в размерах, в них визуализируются единичные фолликулы. Свободная жидкость не определяется.

1. Поставьте диагноз.
2. Классификация описанной патологии.
3. С какими функциональными изменениями связаны симптомы данного заболевания?
4. Лечение данного заболевания.
5. Принципы гормонотерапии описанной патологии.

Эталон ответа:

Климактерический синдром, средне-тяжелая форма.

Классификация: по степени тяжести - легкая (до 10 приливов), среднетяжелая (10-20), тяжелая (более 20). По формам - типичная и атипичная (климактерическая миокардодистрофия, «бронхиальная астма»)

Симптомы заболевания связаны с повышенным выбросом ЛГ, АКТГ и ТТГ при сохраняющемся высоком уровне ФСГ, пролактина и тиреоидных гормонов.

Лечение: немедикаментозное, медикаментозное, гормональное.

Особенности МГТ - раннее начало (пременопауза и ранняя постменопауза), натуральные гормоны (фемостон, прогинова).

Показания: климактерические расстройства, атрофические изменения в урогенитальном тракте, профилактика остеопороза в группах риска, преждевременная менопауза

Задача № 5

Больная В., 27 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на раздражительность, плаксивость, сильные головные боли, периодические боли в области сердца и сердцебиение, иногда возникающую тошноту и даже рвоту. Все эти явления возникают незадолго до очередных менструаций. Кроме того, имеет место снижение памяти, метеоризм и резкое нагрубание молочных желез. Все симптомы исчезают накануне или в первые дни менструации. Из перенесенных заболеваний отмечает паротит, гепатит А.

Менархе с 13 лет, установились сразу через 27 дней, по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Последние 3 недели назад. Половая жизнь с 21 года. Было 2 беременности, первая закончилась медабортом на сроке 10 нед, вторая - самопроизвольным аборт при сроке 8-9 нед, осложнился повторным выскабливанием по поводу остатков плодного яйца и воспалением придатков матки.

История настоящего заболевания: считает себя больной около 2,5 лет, когда перенесла сотрясение головного мозга средней тяжести. Длительно лечилась в стационаре. Вскоре после выписки из больницы стала замечать появление перечисленных выше симптомов, которые за последние 7 мес. резко усилились. В эти дни женщина теряет трудоспособность.

Объективное исследование: общее состояние удовлетворительное, кожа и видимые слизистые обычной окраски, телосложение нормостеническое. Пульс ритмичный, 76 уд мин, АД 130/80мм рт.ст. Патологии со стороны внутренних органов не выявлено. Гинекологическое исследование: наружные половые органы развиты правильно, лобковое оволосение по женскому типу, обильное. При осмотре в зеркалах шейка матки конической формы, наружный зев щелевидный, слизистая влагалища и шейки матки чистая, симптом зрачка отриц. Бимануально: тело матки находится в нормальном положении, подвижное, мягковатой консистенции и безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются, выделения белого цвета. Молодой врач ж/к патологии в состоянии женщины не обнаружил и лечение ей не назначила.

1. Поставьте диагноз.
2. Какая степень тяжести заболевания?
3. Какое обследование Вы назначите пациентке?
4. Какое лечение Вы назначите пациентке и как длительно?
5. Что может произойти у этой пациентки в климактерическом периоде.

Эталон ответа:

1. Предменструальный синдром, тяжелая степень

2. ЭКГ, гормон скрининг, краниография.
3. Валериана, пустырник, физио, санаторно-курортное лечение, гормонотерапия (КОК).
4. Раннее начало и тяжелое течение климактерического синдрома

Задача 6

Пациентка М., 14 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на слабость, головокружение, обильные кровянистые выделения из половых путей в течение 6 дней. Менструации с 13 лет, нерегулярные (через 6-8 недель), обильные, со сгустками, по 8-10 дней, безболезненные.

При осмотре: кожные покровы бледные. Пульс 94 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 100/70 мм рт. ст. Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, девственная плева цела. Выделения из половых путей кровянистые, обильные. При ректоабдоминальном исследовании патологии не обнаружено.

В анализе крови гемоглобин 90 г/л.

Диагноз. Тактика.

Ответ: Специальное гинекологическое исследование, мазки из уретры и цервикального канала на гонорею, посев из влагалища на гонококки, микрофлору; обследование на ИППП; общий анализ крови; УЗИ органов малого таза.

Задача 7

Пациентка Л., 28 лет, обратилась в приемный покой гинекологического отделения с жалобами на длительные кровянистые выделения из половых путей после задержки очередной менструации на 3 месяца. Тест на хорионический гонадотропин отрицательный. При бимануальном исследовании и осмотре с помощью зеркал патологических изменений не обнаружено.

Проведено лечебно-диагностическое выскабливание полости матки под контролем гистероскопии. Результат гистологического исследования соскоба: эндометрий поздней фазы пролиферации.

Диагноз. Тактика.

Ответ: Анамнез, общий осмотр, исследование органов и систем, специальное гинекологическое исследование, общий анализ крови, общий анализ мочи, коагулограмма, мазок на гонорею, мазок на онкоцитологию, УЗИ органов малого таза, по показаниям – гистероскопия, отдельное диагностическое выскабливание матки.

Задача 8

Пациентка М., 34 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей.

Менструации с 13 лет, через 28 дней, по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Имела 2 родов без особенностей. Гинекологические заболевания отрицает. Последняя менструация началась 3 недели назад и не заканчивается до сих пор - кровянистые выделения периодически усиливаются или уменьшаются.

При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки чистая. Выделения кровянистые, обильные. При бимануальном исследовании патологии не обнаружено.

Диагноз. План лечения.

Ответ: Гистероскопия, с морфологическим исследованием эндометрия.

Задача 9

У пациентки Ч., 43 лет, после 2-месячной задержки менструации наблюдаются обильные кровянистые выделения из половых путей, продолжающиеся 10 дней. Последние 2 года менструальный цикл нарушен: интервал между менструациями составляет 2-3 месяца. Гинекологические заболевания отрицает.

При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки чистая. Выделения кровянистые, обильные. При бимануальном исследовании патологии не обнаружено.

Диагноз. План лечения.

Ответ: Необходимые анамнестические данные: были менструации раньше, живет половой жизнью, перенесенные заболевания, репродуктивная функция (роды, аборты), потеря массы тела, стрессовая ситуация.

План обследования: тесты функциональной диагностики, гормональные пробы, УЗИ органов малого таза, исследование глазного дна и полей зрения, рентгенография черепа и турецкого седла, гормональный про-филь (ФСГ, ЛГ, пролактин, тестостерон, кортизол, эстрогены, прогестерон, Т3, Т4, ТТГ), консультации специалистов (невропатолог, окулист, эндокринолог), по показаниям – гистероскопия, выскабливание матки, лапароскопия.

Задача 10

У пациентки Р., 33 лет, 24-й день менструального цикла. Реакция влагалищного мазка IV типа, симптом «зрачка» +++, симптом кристаллизации шейечной слизи резко выражен.

Какие процессы могут наблюдаться в яичнике и в матке?

Ответ: Специальные методы исследования – осмотр шейки матки в зеркалах, влагалищное и бимануальное исследование. Дополнительные методы исследования – мазки на онкоцитологию, кольпоскопия (простая и расширенная), УЗИ органов малого таза, раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки, гистероскопия.

Задача 11

У пациентки Т., 36 лет, 28-дневный менструальный цикл. При обследовании по тестам функциональной диагностики на 18 день менструального цикла выявлено: симптом «зрачка» +++; КПИ - 65%.

Дайте характеристику менструального цикла.

Ответ: Мазки на онкоцитологию, кольпоскопия, биопсия шейки матки с последующим гистологическим исследованием биоптата.

Задача 12

Пациентка К., 50 лет, обратилась к врачу акушеру-гинекологу с жалобами на «приливы жара» до 12 раз в сутки, потливость, сердцебиение, головную боль, головокружение, артериальную гипертензию, раздражительность, бессонницу, немотивированные страхи. Отмечает, что последний год менструации нерегулярные, через 2-3 месяца, скудные, безболезненные. Гинекологические заболевания отрицает.

При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки чистая, слизистая влагалища истончена, выделения светлые, скудные. При бимануальном исследовании патологии не обнаружено.

Предварительный диагноз. План обследования и лечения.

Лапароскопия с хромогидротубацией.

Задача 13

Пациентка И., 38 лет, обратилась на прием к врачу женской консультации с жалобами на сухость и зуд во влагалище, боли при половом контакте. Считает себя больной в течение 3 лет, когда перенесла лапаротомию, гистерэктомию с двусторонним удалением придатков матки по поводу разлитого перитонита, метроэндометрита, двусторонних гнойных tubo-овариальных образований. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная, дезинтоксикационная, десенсибилизирующая, общеукрепляющая терапия. Швы зажили первичным натяжением, выписана на 15 суток. Через 2 недели после операции появились «приливы», которые имели место в течение 8 месяцев, затем прекратились. Медикаментозное лечение не получала.

При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища истончена, с просвечивающейся сосудистой сетью, выделения светлые, скудные. При бимануальном исследовании: влагалище рожавшей. Шейка, тело матки и придатки отсутствуют, параметрии не изменены.

Диагноз, план лечения.

Ответ: Гистероскопия на 5-7-й день менструального цикла или метросальпингография.

Литература к учебному модулю МСП 2

Основная:

1. Клиническая фармакология: учебник /Под ред. В. Г. Кукеса. - 4-е изд., переработ . и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.
2. Клинические аспекты лечения бесплодия в браке /К. В. Краснопольская, Т. А. Назаренко; Московский областной НИИ акушерства и гинекологии (М.). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2013. - 376 с.
3. Клинические лекции по акушерству и гинекологии: учебное пособие. В 2-х томах. Том 1. Акушерство. Давыдова А.И. /Под ред. А.Н. Стрижакова. Издательство: Медицина. 2010. - 496 с.
4. Коган М. И., Перехов А. Я. Женские сексуальные дисфункции.: Практическая Медицина.- 2011.- 208 с.
5. Клинические лекции: руководство. 2-е изд., исправл. и доп. (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - ГЭОТАР-Медиа, 2010.
6. Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. Гинекологическая эндокринология.: М.- 2011.- 145 с.
7. Клинические лекции. Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2012. -280 с.
8. Медицинская лабораторная диагностика: программы и алгоритмы : руководство для врачей / под ред. А. И. Карпищенко. - 3-е изд., переработ . и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 696 с. : ил.
9. Кельвин Дж. Хобел. Гинекологическая эндокринология. / Пер. с англ. под ред. Э.К. Айламазяна. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012 с.
10. Недержание мочи у женщин: руководство. Неймарк А.И., Раздорская М.В. - 2013. - 128 с.
11. Остеопороз / Л.И. Беневоленская, Н.В. Торопцова -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011
12. Подзолкова Н.М., Кузнецова И.В., Глазкова О.Л. Клиническая гинекология - М.: МИА, 2009. - 616 с.
13. Подзолкова Н.М., Кузнецова И.В., Коренная В.В. Гормональная терапия в пери- и постменопаузе. Руководство для врачей. Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2012 - 112 с.
14. Тумилович Л. Г., Геворкян М. А. Справочник гинеколога-эндокринолога. –М.: Практическая медицина, 2010.
15. Уварова Е.В. Детская и подростковая гинекология. - М.: Литтерра, 2009- 384 с. Эндокринные синдромы. Диагностика и лечение /А. В. Древаль. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 416 с.

Дополнительная:

- 1.Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской, В. Е. Радзинского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 1056 с. [электронный ресурс]
- 2.Силантьева Е.С., Кондрина Е.Ф., Пономаренко Г.Н. Физиотерапия в репродуктивной гинекологии. - ВМА, 2008.- 192 с.
- 3.Стругацкий В.М., Маланова Т.Б., Арсланян К.Н. Физиотерапия в практике акушера-гинеколога. Клинические аспекты и рецептура - 2 изд..- МедПресс, 2008 – с.272
- 4.Сухих, Т. А. Назаренко Г. Т. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению. - М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010
- 5.Схемы лечения. Акушерство и гинекология /под ред. В. Н. Серова, Г.Т. Сухих; ред.-сост. Е. Г. Хилькевич. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: Литтерра, 2013, 384 с.

9. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Тестовые вопросы по дополнительной профессиональной программы повышения квалификации со сроком освоения 36 академических часов по специальности «Акушерство и гинекология» по теме «Бесплодный брак»

Выберите один, наиболее правильный ответ.

1. 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
 - д) эстрогендефицитное состояние
2. Взаимодействие гипоталамуса, гипофиза и яичников в регуляции менструального цикла заключается в следующем:
 - а) одно звено (вышележащее) стимулирует функцию другого звена (нижележащего)**

- б) нижележащее звено тормозит или регулирует функцию вышележащего
- в) функция звеньев синхронна
- г) выключение одного звена нарушает всю систему в целом
- д) верно все перечисленное**

3. В клубочковой зоне коры надпочечника образуется:

- а) глюкокортикоиды
- б) альдостерон**
- в) норадреналин
- г) андрогены
- д) все перечисленное

4. Малые дозы эстрагенов:

- а) стимулируют продукцию ФСГ**
- б) подавляют продукцию ФСГ
- в) усиливают продукцию ЛГ
- г) подавляют продукцию ЛГ
- д) не влияют на выработку ФСГ

5. Основное действие эстрогенов на организм:

- а) блокируют рецепторы к окситоцину
- б) прекращают (ослабляют) пролиферативные процессы в эндометрии
- в) вызывают секреторные преобразования в эндометрии
- г) верно все перечисленное
- д) все перечисленное неверно**

6. Гестагены обладают следующим действием:

- а) снижают содержание холестерина в крови

- б) определяют развитие первичных и вторичных половых признаков
- в) повышают тонус матки
- г) верно все перечисленное
- д) все перечисленное неверно**

7. Первичная альгоменорея обусловлена:

- а) инфантилизмом
- б) ретродевиацией матки
- в) высокой продукцией простагландинов
- г) всем перечисленным**
- д) ничем из перечисленного

8. При предменструальном синдроме во вторую фазу менструального цикла, как правило, отмечается:

- а) гиперэстрогения
- б) повышение секреции АКТГ
- в) повышение уровня серотонина
- г) верно а) и б)
- д) все перечисленное**

9. Обмен эстрогенов протекает по схеме:

- а) эстрадиол – эстрон – эстриол – нестероидные продукты**
- б) эстрадиол – эстриол – эстрон – нестероидные продукты
- в) эстрон – эстрадиол – эстриол – нестероидные продукты
- г) все перечисленное неверно

10. Действие больших доз экзогенных эстрогенов на яичник:

- а) увеличивается выработка яичником эстрогенов

б) увеличивается выработка яичником прогестерона

в) происходит атрофия яичниковой ткани

г) верно а) и б)

д) все перечисленное неверно

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. У больных с синдромом Шихана на фоне снижения уровня ТТГ наблюдаются следующие проявления гипотиреозидизма:

а) безразличие к окружающей обстановке

б) зябкость

в) снижение общего тонуса организма

г) все перечисленные

д) ничего из перечисленного

13. При лечении больной с любой формой дисгенезии гонад, как правило, исключается восстановление:

а) менструальной функции

б) половой функции

в) генеративной функции

г) всех перечисленных функций

д) ничего из перечисленного

14. 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

15. 4. Применение комбинированных оральных контрацептивов может быть рекомендовано всем перечисленным ниже женщинам, кроме:

- а) тех, у которых имеется наследственно обусловленная предрасположенность к развитию рака яичников
- б) желающих предохраняться от беременности сразу после аборта
- в) тех, у которых в анамнезе была внематочная беременность или кесарево сечение
- г) больных с артериальной гипертензией
- д) больных с альгоменореей

16. Ановуляторные дисфункциональные маточные кровотечения необходимо дифференцировать:

- а) с беременностью (прогрессирующей)
- б) с начавшимся самопроизвольным выкидышем
- в) с подслизистой миомой матки
- г) верно б) и в)**
- д) со всем перечисленным

17. В цепи биосинтеза стероидов первым биологически активным гормоном является:

- а) андростендион
- б) эстрадиол**

- в) эстриол
- г) тестостерон
- д) прогестерон**

18. В яичнике андрогены служат субстратом для образования;

- а) прогестерона
- б) эстрогенов**
- в) прогестерона и эстрогенов
- г) всего перечисленного
- д) ничего из перечисленного

19. Главным эстрогенным гормоном в организме женщины в период постменопаузы является:

- а) эстрадиол
- б) эстрон**
- в) эстриол
- г) эстрадиол-дипропионат
- д) прогестерон

20. Задержка полового развития – это отсутствие:

- а) вторичных половых признаков к 14 г., а менструации к 16 г.**
- б) вторичных половых признаков к 12 г., а менструации к 16 г.
- в) вторичных половых признаков к 14 г., а менструации к 18 г.
- г) вторичных половых признаков к 12 г., а менструации к 18 г.
- д) все перечисленное неверно

21. У больных с аменореей при болезни Иценко – Кушинга имеет место гиперпродукция гормона аденогипофиза:

- а) соматотропного
- б) тиреотропного
- в) аденокортикотропного**
- г) фолликулостимулирующего
- д) лютеинизирующего

22. К гипергонадотропной аменорее относится:

- а) синдром истощения яичников
- б) синдром резистентных яичников
- в) синдром дисгенезии яичников
- г) верно а) и в)
- д) все перечисленное**

24. Показаниями к заместительной терапии женскими половыми гормонами являются:

- 1) гипофункция яичников
- 2) ложный мужской гермафродитизм у больных с женским гражданским полом
- 3) синдром Шерешевского – Тернера
- 4) гипопизарный нанизм
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные**
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

25. Для СПКЯ характерно:

- 1) гирсутизм
- 2) олигоменорея
- 3) бесплодие

4) двустороннее увеличение яичников

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

26. У больных с климактерическим синдромом в постменопаузе, как правило, наблюдается повышение уровня:

1) АКТГ

2) кортизола

3) ЛГ

4) ФСГ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) всего перечисленного

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

27. Для гипофункции коры надпочечников характерно:

1) повышение либидо

2) гирсутизм

3) гипертрихоз

4) гипертензия

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

28. При остеопорозе у больных с климактерическим синдромом рекомендуется применять:

- 1) чистые эстрогены
- 2) комбинацию эстрогенов с андрогенами
- 3) гестагены
- 4) андрогены

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

29. Высокая продукция простагландинов в молочной железе вызывает:

- 1) отек
- 2) венозный стаз
- 3) пролиферацию эпителия
- 4) пролиферацию стромы

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

30. Препараты, тормозящие синтез простагландинов:

- 1) напросин
- 2) индометацин

3) аспирин

4) бутадион

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

31. В яичнике происходит биосинтез:

1) эстрогенов

2) гестагенов

3) андрогенов

4) окситоцина

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) всего перечисленного

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

32. Гестагены секретируются:

1) лютеиновыми клетками желтого тела

2) клетками зернистого слоя фолликула

3) клетками наружной соединительнотканной оболочки фолликула

4) клетками ворот яичника

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленными клетками

г) верно 4

д) никакими из перечисленных клеток

33. Физиологическая аменорея – это отсутствие менструации:

- 1) у девочек до 10- 12 лет
- 2) во время беременности
- 3) в период лактации
- 4) в старческом возрасте

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) верно все перечисленное

г) верно 4

д) все перечисленное неверно

34. С целью снижения массы тела у больных с аменореей показано:

- 1) ограничение в диете количества жиров и углеводов
- 2) ограничение в диете жидкости и поваренной соли
- 3) лечебная физкультура
- 4) циклическая гормонотерапия

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

35. Клинические признаки акромегалии:

- 1) укрупнение черт лица
- 2) увеличение кистей и стоп, пальцев кистей и стоп
- 3) утолщение голосовых связок, низкий голос
- 4) макроглоссия

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные**
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

36. При маточной форме аменореи имеет место:

- 1) нормальное соматическое и половое развитие
- 2) патологический процесс в эндометрии
- 3) неизменная функция системы гипоталамус – гипофиз – яичники
- 4) положительная гормональная проба с эстрогенами и прогестероном

- а) верно 1, 2, 3**
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

37. Женщины с дисфункциональным маточным кровотечением составляют группу риска:

- 1) по невынашиванию и перенашиванию беременности
- 2) по развитию аномалий родовой деятельности
- 3) по развитию опухолей гениталий
- 4) по развитию опухолей молочных желез

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) по всему перечисленному**
- г) верно 4
- д) ни по чему из перечисленного

38. Показаниями к назначению эстрогенов с лечебной целью являются:

- 1) миома матки
- 2) эндометриоз
- 3) рак матки
- 4) фиброзно-кистозная мастопатия
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного**

39. Звенья патогенеза при аменорее военного времени:

- 1) повышается секреция АКТГ
- 2) блокируется секреция люлиберина
- 3) тормозится секреция ЛГ
- 4) в матке отсутствуют циклические процессы
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные**
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

40. У больных с тестикулярной феминизацией (при полном синдроме) имеет место:

- 1) первичная аменорея
- 2) нормальное развитие молочных желез
- 3) отсутствие матки

4) ложный мужской гермафродитизм

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

41. У больных с дисфункциональным маточным кровотечением на фоне персистенции зрелого фолликула, как правило, отмечаются следующие клинические проявления:

1) задержка менструации по 4-8 недель

2) обильное кровотечение после предшествующей задержки менструации

3) вторичная аменорея

4) схваткообразные боли внизу живота на фоне кровотечения

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

42. Действие гестагенов на организм:

1) усиливают отделение желудочного сока

2) увеличивают протромбиновый индекс

3) тормозят отделение желчи

4) уменьшают экскрецию аминокислот

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) верно все перечисленное

г) верно 4

д) все перечисленное неверно

43. Показаниями для проведения теста на толерантность к глюкозе являются наличие у пациента:

а) индекс массы тела «30»

б) дисальгоменорея

в) дислипидемии

г) уровня глюкозы в крови натощак более 10 ммоль/л

д) частые отеки

44. Противопоказания к назначению прогестагенов:

а) миома матки

б) кистозная мастопатия

в) альгодисменорея

г) все перечисленные выше заболевания

д) ни одно из перечисленных выше заболеваний

45. Высокая эффективность метода лактационной аменореи при соблюдении всех правил наблюдается:

а) в течение 3-х месяцев после родов

б) в течение 6-ти месяцев после родов

в) в течение 9-ти месяцев после родов

г) в течение 12-ти месяцев после родов

д) в течение 15 месяцев после родов

46. Механизм действия при вазэктомии:

а) блокирование проходимости семявыносящего протока

б) изменение выработки гормонов яичниками

- в) спермицидное действие
- г) верно все перечисленное
- д) ничего из перечисленного неверно

47. Противопоказания к приему КОК (III категория приемлемости):

- а) гипертоническая болезнь III стадии**
- б) вегетососудистая дистония по гипотоническому типу
- в) женщин с внематочной беременностью в анамнезе
- г) женщин с анемией легкой степени
- д) альгодисменорея
- е) ничего из перечисленного неверно

48. Противопоказания к приему КОК (II категория приемлемости):

- а) маточные кровотечения неясной этиологии в анамнезе
- б) пороки клапанов сердца без осложнений**
- в) прием противосудорожных препаратов
- г) мигрень с очаговой симптоматикой
- д) железодефицитная анемия
- е) ничего из перечисленного неверно

49. Противопоказания к приему КОК (IV категория приемлемости):

- а) гипертоническая болезнь III стадии
- б) туберкулез
- в) прием Гризеофульвина (*фарм. действие - противогрибковое, фунгистатическое*)
- г) хирургическое лечение с длительной иммобилизацией
- д) цирроз печени легкой степени
- е) ничего из перечисленного неверно**

Ответы на тестовые задания: выделены жирным шрифтом

Ситуационные задачи к итоговой аттестации по дополнительной профессиональной программы повышения квалификации со сроком освоения 36 академических часов по специальности «Акушерство и гинекология» по теме «Бесплодие в браке»

Ситуационная задача N 1

На прием гинеколога обратилась пациентка 32 лет с жалобами на невозможность забеременеть в течение 7 лет.

ИЗ АНАМНЕЗА: было 2 беременности, одна из которых завершилась медицинским абортom, осложнившимся эндометритом на фоне остатков плодного яйца и повторным выскабливанием полости матки; вторая беременность трубная, проведена операция правосторонней тубэктомии.

Менструальный цикл регулярный, по 3-4 дня через 26-28 дней. Муж обследован, спермограмма-норма.

ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ:

влагалище, шейка матки без особенностей, тело матки плотное, не увеличено, ограничено в подвижности, несколько отклонено вправо, безболезненное. Справа придатки не определяются, левые придатки несколько тяжистые, безболезненные, своды свободные, выделения слизистые.

Вопрос 1.

Какой диагноз наиболее вероятен?

Варианты ответа:

А. Первичное бесплодие, идиопатическое.

Б. Вторичное бесплодие, трубно-перитонеальный фактор.

В. Хронический двусторонний сальпингоофорит. Первичное бесплодие.

Г. Абсолютное вторичное бесплодие.

Д. Первичное бесплодие, хроническая ановуляция.

Вопрос 2. Необходимый достаточный объем обследований для уточнения диагноза?

Варианты ответа:

А. Микроскопия и бактериологическое исследование отделяемого вульвы и влагалища, УЗИ органов малого таза.

Б. Микроскопия и бактериологическое исследование отделяемого вульвы и влагалища, УЗИ органов малого таза, гистероскопия.

В. Микроскопия и бактериологическое исследование отделяемого вульвы и влагалища, обследование на ИППП, УЗИ органов малого таза и соногистеросальпингография, лапароскопия.

Г. Обследование на ИППП, МРТ, лапароскопия.

Д. Микроскопия отделяемого вульвы и влагалища, тесты функциональной диагностики, УЗИ-мониторинг созревания фолликула, гормональные исследования.

Вопрос 3. Какое лечение назначить данной пациентке?

Варианты ответа:

А. Системные антибактериальные препараты, ферментные лекарственные средства (вобэнзим, дистрептаза), физиотерапевтические методы лечения.

Б. Комбинированные эстроген-гестагенные контрацептивы на 3 месяца.

В. Десенсибилизирующая терапия, глюкокортикоиды.

Г. Лечебная лапароскопия, сальпингоовариолизис.

Д. ЭКО.

Ситуационная задача N 2

Пациентка 28 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на отсутствие беременности в течение 6 лет.

ИЗ АНАМНЕЗА: менархе в 14 лет. Менструации по 4-5 дней через 45–60 дней, нерегулярные, безболезненные. Спермограмма мужа в пределах нормы.

ОБЪЕКТИВНО: рост 164 см, вес 90 кг. Гирсутое число по шкале

Ферримана-Голлвея равно 9. Молочные железы развиты, мягкие безболезненные.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: наружные половые органы развиты правильно, оволосенение по женскому типу. При бимануальном исследовании матка несколько уменьшена в размерах, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки из-за выраженного отложения жира на передней брюшной стенке четко не пальпируются, область их безболезненна, своды свободны. Базальная температура монофазная.

Вопрос 1.

Какова наиболее вероятная причина бесплодия?

Варианты ответа:

А. Хроническая ановуляция.

Б. Иммунологический фактор.

В. Трубно-перитонеальный фактор.

Г. Инфантилизм, гипоплазия матки.

Д. Метаболические нарушения.

Вопрос 2.

Необходимый объем обследований для уточнения диагноза?

Варианты ответа:

А. МРТ органов малого таза, головного мозга.

Б. Трансвагинальное УЗИ, соногистерография.

В. УЗИ-мониторинг созревания фолликулов, уровень эстрадиола, прогестерона, пролактина, ТТГ, МРТ гипофиза.

Г. Гистероскопия, диагностическая лапароскопия.

Д. УЗИ органов малого таза, уровень тестостерона, кортизола, ЛГ/ФСГ, АМГ, ДГЭА-С, 17-ОНП, биохимический анализ крови.

Вопрос 3.

Какой метод лечения бесплодия назначить данной пациентке?

Варианты ответа:

А. Натуральные эстрогены (прогинова, дивигель).

Б. КОК с антиандрогенным действием.

В. Снижение веса (диета, физическая нагрузка, статины), бигуаниды, стимуляция овуляции (медикаментозная, хирургическая).

Г. Гистерорезектоскопия.

Д. ЭКО.

Ситуационная задача N 3

Пациентка 35 лет обратилась на прием в женскую консультацию с жалобами на обильные, длительные и болезненные менструации, отсутствие беременности в течение 3 лет.

ИЗ АНАМНЕЗА: одни роды 10 лет назад, последние 6 месяцев беспокоят обильные менструации. На прием к гинекологу не обращалась 2 года.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: шейка матки чистая; тело матки увеличено до 6–7 недель беременности, плотное, безболезненное, придатки с обеих сторон не изменены; выделения слизистые.

ПРИ УЗИ: тело матки 65×56×50 мм, в миометрии передней стенки определяется округлое образование средней эхогенности с четкими контурами 15 мм в диаметре, деформирующее полость матки. В толще миометрия задней стенки округлое образование 9×11 мм. Структура и размеры яичников без особенностей.

Вопрос 1.

Какой диагноз наиболее вероятен?

Варианты ответа:

А. Множественная узловатая интерстициальная миома матки, быстрый рост. Вторичное бесплодие.

Б. Полип эндометрия. Вторичное бесплодие.

В. Миома матки с субмукозным ростом узла. Вторичное бесплодие.

Г. Миома матки больших размеров. Первичное бесплодие.

Д. Аномальное маточное кровотечение: аденомиоз. Вторичное бесплодие.

Вопрос 2.

Какой метод исследования имеет первоочередное значение для постановки диагноза?

Варианты ответа:

А. Гистероскопия.

Б. Гормональное исследование: ЛГ, ФСГ, пролактин, прогестерон.

В. КТ.

Г. Метросальпингография.

Д. Лапароскопия.

Вопрос 3.

Какой метод лечения необходимо выбрать для данной пациентки?

А. А ГнРГ на 3 месяца.

Б. ЭКО.

В. Гистерорезектоскопия, миомэктомия.

Г. Лапаротомия, консервативная миомэктомия после медикаментозной предоперационной подготовки.

Д. Лапаротомия, экстирпация матки без придатков.

Ситуационная задача N 4

Пациентка 27 лет предъявляет жалобы на отсутствие беременности в течение 5 лет.

ИЗ АНАМНЕЗА: менархе в 11 лет, менструации регулярные по 5–6 дней, через 28–29 дней, болезненные, особенно последний год. Принимает спазмалгон, баралгин в первые 2 дня. Замужем. Отмечает болезненность при половой жизни. По поводу бесплодия 2 года назад была обследована: гормональных нарушений не было выявлено, спермограмма мужа в норме, тесты на ИППП отрицательные, посткоитальный тест в норме.

ПРИ БИМАНУАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ: тело матки плотное, не увеличено, в положении retroflexio, малоподвижное. Придатки с обеих сторон не пальпируются. В области заднего свода влагалища определяется болезненное неподвижное плотное бугристое образование 3,5×2,5 см.

ПРИ РЕКТАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ: на глубине 7–8 см по передней стенке прямой кишки определяется бугристое плотное, резко болезненное образование. Слизистая кишки над образованием смещается.

Вопрос 1.

Какой диагноз наиболее вероятен?

Варианты ответа:

А. Инфантилизм. Ретропозиция матки. Первичное бесплодие.

Б. Наружный генитальный эндометриоз: ретроцервикальный. Первичное бесплодие.

В. Хронический сальпингоофорит, гидросальпинкс. Первичное бесплодие.

Г. Эндометриома яичника. Первичное бесплодие.

Д. Внутренний эндометриоз. Первичное бесплодие.

Вопрос 2.

Необходимый объем обследований для уточнения причины бесплодия?

Варианты ответа:

А. УЗИ органов малого таза, соногистеросальпингография.

Б. УЗИ органов малого таза, гормональное исследование, гистероскопия.

В. УЗИ органов малого таза, МРТ органов малого таза, ректороманоскопия, лапароскопия.

Г. УЗИ органов малого таза, гистероскопия, колоноскопия.

Д. Диагностическая лапароскопия.

Вопрос 3.

Какое лечение назначить данной пациентке?

А. Хирургическое: иссечение очагов эндометриоза.

Б. КОК на 12 месяцев.

В. Гестагенные препараты во вторую фазу менструального цикла на 6 месяцев.

Г. АГнРГ 4 месяца.

Д. Сочетанное гормональное лечение (а-ГнРГ) и хирургическое иссечение очагов эндометриоза, последующее ЭКО.

Ситуационная задача N 5

Пациентка 30 лет состоит на учете по бесплодию в центре планирования семьи в течение 2 лет.

ИЗ АНАМНЕЗА: менструальная функция не нарушена, гинекологические заболевания отрицает, операций не было. Замужем 5 лет. Беременностей не было. Обследована: менструальный цикл двухфазный, при МСГ трубы проходимы, при УЗИ патологии гениталий не выявлено. Спермограмма мужа в норме. При проведении посткоитального теста: через 6 часов подвижные сперматозоиды не определяются.

Вопрос 1.

Какой фактор бесплодия наиболее вероятен?

Варианты ответа:

А. Трубно-перитонеальный.

Б. Эндокринный.

В. Маточный.

Г. Мужской.

Д. Иммунологический.

Вопрос 2.

Какие дополнительные исследования провести с целью подтверждения причины бесплодия?

Варианты ответа:

А. Диагностическую лапароскопию.

Б. Гистероскопию.

В. MAR-тест, пробу Курцрока-Миллера.

Г. Гормональное обследование: ФСГ, ЛГ, пролактин, ТТГ, тестостерон, уровень АМГ.

Д. КТ гипофиза с контрастированием.

Вопрос 3.

Какое лечение назначить данной пациентке?

Варианты ответа:

- А. ЭКО.
- Б. Бигуаниды, стимуляция овуляции (медикаментозная, хирургическая).
- В. Гистерорезектоскопия.
- Г. Искусственная инсеминация спермой мужа.**
- Д. Искусственная инсеминация спермой донора

Правильные ответы на тестовые задачи: выделены жирным шрифтом

10. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ И НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ ДОКУМЕНТЫ В СООТВЕТСТВИИ С ПРОФИЛЕМ СПЕЦИАЛЬНОСТИ

Последипломное образование врачей – специалистов проводится согласно нормативной базе РФ:

1. Закона РФ от 29.12.2012 N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации".
2. Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05.12.2011 № 1475-н «Об утверждении федеральных государственных требований к структуре основной профессиональной образовательной программе послевузовского профессионального образования (ординатура)».
3. Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16.04.2012 № 362-н «Об утверждении порядка организации и проведения практической подготовки по основным образовательным программам среднего, высшего и послевузовского медицинского и фармацевтического образования и дополнительным профессиональным образовательным программам».
4. Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 5 декабря 2011 г. N 1476н г. Москва "Об утверждении федеральных государственных требований к структуре основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования (интернатура)".
5. Инструктивного письма Минобразования России от 19.05.2000 № 14-52-357/ин/13 «О порядке формирования основных образовательных программ высшего учебного заведения на основе государственных образовательных стандартов»;
6. Приказа Минобрнауки России от 06.05.2005г. №137 «Об использовании дистанционных образовательных технологий»;
7. Письма Минобрнауки России от 23.03.2006 г. №03-344, Рособрнадзора от 17.04.2006 г. № 02-55-77ин/ак.
8. Постановления Российской Федерации от 14 февраля 2008 г. №71 «Об

утверждении типового положения об образовательном учреждении высшего профессионального образования (высшем учебном заведении)»;

9. Приказа Рособрнадзора от 25.04.2008 № 885 «Об утверждении показателей деятельности и критериев государственной аккредитации высших учебных заведений».

ОСНОВНАЯ ЛИТЕРАТУРА

освоению дополнительной профессиональной образовательной программы
повышения квалификации врачей «Акушерство и гинекология»

Основная литература

1. Айламазян, Э.К. Гинекология: учеб. / Э.К. Айламазян. –СПб: СпецЛит, 2013. – 415 с.

Дополнительная литература

1. Дуда, В.И. Акушерство: учеб. / В.И. Дуда. – Ростов/Д: Феникс, 2011. – 708 с.
2. Гинекология: учеб. / под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 432 с.
3. Гордеева Г.Д. акушерство и гинекология: мед.атл/Г.Д.Гордеева, Г.К.Степановская.-М.: Эксмо, 2010.-400с.
4. Акушерство и гинекология: клинические рек. Вып.2/гл.ред.В.И.Кулаков.- М.:ГЭОТАР- Медиа, 2008.-539с.
5. Макаров, И. О. Кардиотокография при беременности и в родах [Текст] : учеб. пособие для системы послевуз. и доп. проф. обр. врачей / И. О. Макаров, Е. В. Юдина.- М. : МЕДпресс-информ, 2012. - 112с.
6. Макаров, И.О. Задержка роста плода. Врачебная тактика [Текст] : учеб. пособие для системы послевуз. и доп. проф.образования врачей / И. О. Макаров, Е. В. Юдина, Е. И. Боровкова. - М. :МЕДпресс-информ, 2014. - 56 с.
7. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного [Текст] : рук. /Г. М. Савельева, А. Г. Конопляников, М. А. Курцер, О. Б. Панина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 144 с.
8. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии : краткое руководство / под ред. В.Н. Серова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 256 с.
9. Оперативная гинекология/В.И.Краснопольский, С.Н.Буянова, Н.А.Щукина, А.А.Попов.-2е изд., перераб.-М.: Медпресс-информ, 2013.-320с.

Законодательные и нормативно-правовые документы

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

ФЗ «Об охране репродуктивного здоровья населения Российской Федерации», 2011.

МЕДИЦИНСКИЕ РЕСУРСЫ ИНТЕРНЕТА

1. <http://www.rlsnet.ru> Справочник лекарств и товаров аптечного ассортимента
2. <http://www.vidal.ru> Справочник лекарственных средств
3. <http://med-lib.ru> Большая медицинская библиотека
4. <http://rsra.rusanesth.com> Русское общество регионарной анестезии
5. <http://www.univadis.ru> Информационно-образовательный портал для врачей
6. Электронно-библиотечная система "Консультант врача" - <http://www.rosmedlib.ru/>
7. База данных "MedlineWithFulltext" на платформе EBSCOHOST <http://www.search.ebscohost.com/>
8. Электронно-библиотечная система «Book-up» - <http://www.books-up.ru/>
9. Электронно-библиотечная система издательства «Лань» - <http://www.e.lanbook.com/>
10. Электронно-библиотечная система «Айбукс» - <http://www.ibooks.ru/>
11. Электронная библиотека ВГМУ им. Н.Н. Бурденко – <http://www.lib.vrnngmu.ru/>
12. Интернет-сайты, рекомендованные для непрерывного медицинского образования:
13. Портал непрерывного и медицинского образования врачей <https://edu.rosminzdrav.ru/>
14. Координационный совет по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования <http://www.sovetnmo.ru/>
15. Всероссийская Образовательная Интернет-Программа для Врачей – <http://internist.ru/>
16. Международный медицинский портал для врачей <http://www.univadis.ru/>
17. Медицинский видеопортал <http://www.med-edu.ru/>
18. Медицинский информационно-образовательный портал для врачей <https://mirvracha.ru/>
19. Клинические лекции по акушерству и гинекологии: учебное пособие. В 2-х томах. Том 1. Акушерство. [Электронный ресурс] Давыдова А.И. / Под ред. А.Н. Стрижакова. Издательство: Медицина. 2010. - 496 с. – режим доступа: www.studentlibrary.ru/book/ISBN5225033695.html
20. Клинические лекции по акушерству и гинекологии: учебное пособие. В 2-х томах. Том 2. Гинекология. [Электронный ресурс] Давыдова А.И. / Под ред. А.Н. Стрижакова. Издательство: Медицина. 2010. - 440 с. – режим доступа: www.studentlibrary.ru/book/ISBN5225033687.html
21. Схемы лечения. Акушерство и гинекология [Электронный ресурс] / под ред. В. Н. Серова, Г. Т. Сухих; ред.-сост. Е. Г. Хилькевич. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Литтерра, 2013. - 384 с. (Серия "Схемы лечения"). – режим

доступа: [www.studentlibrary.ru/ book/ISBN9785423500740. html](http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423500740.html)

22.Акушерство: руководство[Электронный ресурс] / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - 2013. - 608 с. Серия "Национальные руководства"). – режим доступа: [www.studentlibrary.ru/ book/ISBN9785970423349. html](http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970423349.html)

23.Гинекология. Национальное руководство. [Электронный ресурс]Краткое издание / Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, И.Б. Манухина. 2013. - 704 с. Серия "Национальные руководства"— режим доступа: [www.studentlibrary.ru/ book/ISBN9785970426623. html](http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426623.html)

КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

№ п/п	Наименование модулей (дисциплин, модулей, разделов, тем)	Фамилия, имя, отчество,	Ученая степень, ученое звание	Основное место работы, должность	Место работы и должность по совместител ьству
МСП 1	Этиология и патогенез женского бесплодия	Енькова Елена Владимировна	д.м.н., профессор	ВГМУ им. Н.Н. Бурденко	ВГМУ им. Н.Н. Бурденко
МСП 2	Диагностика, лечения бесплодия. Ведение беременности после бесплодного брака	Енькова Елена Владимировна	д.м.н., профессор	ВГМУ им. Н.Н. Бурденко	ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

Материально-техническое обеспечение образовательного процесса

Кафедра хирургических дисциплин ИДПО ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава располагает материально-технической базой, соответствующей действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивающей проведение всех видов учебной подготовки обучающихся, предусмотренных учебным планом.

Перечень помещений, закрепленных за кафедрой хирургических дисциплин ИДПО.

Наименование специальных помещений и помещений для самостоятельной работы
г. Воронеж , Плехановская 66, БУЗ ВО ГКБ№3, актовый

зал
г. Воронеж ул. Московский проспект 11 ООО компания «НМТ» актовый зал
г. Воронеж ул. Студенческая 12а ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н.Бурденко МЗ РФ УВК учебная комната № 3
г. Воронеж ул. Студенческая 12а ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н.Бурденко МЗ РФ УВК учебная комната № 4
г. Воронеж ул. Студенческая 12а ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н.Бурденко МЗ РФ УВК учебная комната № 6

Материально-техническое оснащение кафедры хирургических дисциплин ИДПО

№	Наименование кафедры	Наименование оборудования	Марка	Количество	Год выпуска
1	Хирургических дисциплин ИДПО	Компьютер	OLDI Office pro170	1	2010
2		Компьютер	OLDI Office №110	1	2009
3		Компьютер	в компл. ПО Win8, Intel Pentium	1	2013
4		Компьютер	ATX AE31SVGADuron	1	2002
5		Компьютер	P4- 3.2/1024/Монитор LCD	2	2007
6		Ноутбук	Aser Ext. 5630	1	2009
7		Ноутбук	Aser Ext. 5220	1	2008
8		Принтер	Samsung ML-1210	1	2003
9		Принтер	Canon LBP 3010	1	2010
10		МФУ лазерный	Samsung SCX 4220	2	2009
11		МФУ лазерный	Canon A4	2	2007
12		Сканер	HP 3800	1	2007
13		Сканер	Epson	1	2003
14		Проектор	XD 420U	1	2008
15		Проектор	INFOCUS IN116a	1	2014
16		Стол ученический	---	3	2009
17		Стол ученический	---	14	2001
18		Стул аудиторный	---	25	2012

19		Стул ученический	---	13	2009
20		Стул ученический	---	13	2007
21	УВК	Дефибриллятор	ZOLL модель Series в комплекте с принадлежностями	1	2010
22		Манекен-тренажёр взрослого пациента СЛР	Resusci Anne«Laerdal»	4	2016

Информационные и учебно-методические условия

Учебная, учебно-методическая литература и иные библиотечно-информационные ресурсы ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко обеспечивают учебный процесс, гарантируют возможность качественного освоения обучающимися дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Акушерство и гинекология».

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко обеспечивает каждого обучающегося основной учебной и учебно-методической литературой, методическими пособиями, необходимыми для организации образовательного процесса по всем модулям программы.

Научная библиотека ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко располагает 702316 экземпляров учебной, научной и художественной литературы (700 экз., электронных источников) в том числе 288537 экземпляров учебно-методической литературы. Библиотека получает более 100 наименования периодических изданий. В библиотеке работает ЭБС (электронная библиотечная система). Обучающиеся также могут использовать возможности других научных библиотек г. Воронежа.

Основное внимание в учебном процессе должно быть уделено практическим занятиям. Приоритетным следует считать анализ/обсуждение клинических ситуаций, современных методов, средств, форм и технологий в современной скорой медицинской помощи. Предпочтение следует отдавать активным методам обучения (разбор практических ситуаций, дискуссия, ролевые игры). В процессе обучения необходимо освещение специфических вопросов диагностики и лечения. Этические и психологические вопросы должны быть интегрированы во все разделы программы. с целью проведения оценки знаний следует использовать различные методики, например, тестовые задания, содержащие вопросы с несколькими вариантами ответов, прямые вопросы и ситуационные задачи, а также опросники для оценки профессиональных навыков.

Общие требования к организации образовательного процесса

Образовательные технологии, применяемые при реализации Программы:

1) Традиционные образовательные технологии (ориентируются на организацию образовательного процесса, предполагающую прямую трансляцию знаний от преподавателя к слушателю – преимущественно на основе объяснительно-иллюстративных методов обучения):

информационная лекция – последовательное изложение материала в дисциплинарной логике, осуществляемое преимущественно вербальными средствами (монолог преподавателя);

семинар – эвристическая беседа преподавателя и слушателей, обсуждение заранее подготовленных сообщений, проектов по каждому вопросу плана занятия с единым для всех перечнем рекомендуемой обязательной и дополнительной литературы;

практическое занятие – занятие, посвященное освоению конкретных умений и навыков по предложенному алгоритму.

2) Технологии проблемного обучения (организация образовательного процесса, которая предполагает постановку проблемных вопросов, создание учебных проблемных ситуаций для стимулирования активной познавательной деятельности слушателей):

проблемная лекция – изложение материала, предполагающее постановку проблемных и дискуссионных вопросов, освещение различных научных подходов, авторские комментарии, связанные с различными моделями интерпретации изучаемого материала;

практическое занятие на основе кейс-метода («метод кейсов», «кейс-стади») – обучение в контексте моделируемой ситуации, воспроизводящей реальные условия научной, производственной, общественной деятельности. Слушатели должны проанализировать ситуацию, разобраться в сути проблем, предложить возможные решения и выбрать лучшее из них. Кейсы базируются на реальном фактическом материале или же приближены к реальной ситуации.

3) Игровые технологии (организация образовательного процесса, основанная на реконструкции моделей поведения в рамках предложенных сценарных условий):

деловая игра – моделирование различных ситуаций, связанных с выработкой и принятием совместных решений, обсуждением вопросов в режиме «мозгового штурма», реконструкцией функционального взаимодействия в коллективе и т.п.

4) Интерактивные технологии (организация образовательного процесса, которая предполагает активное и нелинейное взаимодействие всех участников, достижение на этой основе лично значимого для них образовательного результата):

лекция «обратной связи» – лекция-беседа, лекция-дискуссия;

семинар-дискуссия – коллективное обсуждение какого-либо спорного вопроса, проблемы, выявление мнений в группе.

5) информационно-коммуникационные образовательные технологии (организация образовательного процесса, основанная на применении специализированных программных сред и технических средств работы с

информацией):

лекция-визуализация – изложение содержания сопровождается презентацией (демонстрацией учебных материалов, представленных в различных знаковых системах, в т.ч. иллюстративных, графических, аудио- и видеоматериалов);

В процессе обучения также используются инновационные методы – методы, основанные на использовании современных достижений науки и информационных технологий в образовании. Они направлены на повышение качества подготовки путем развития у слушателей творческих способностей и самостоятельности. Они предполагают применение информационных образовательных технологий, а также учебно-методических материалов, соответствующих современному мировому уровню, в процессе преподавания дисциплины:

- использование медиаресурсов, энциклопедий, электронных библиотек и Интернет;
- консультирование слушателей с использованием электронной почты;
- практические занятия с использованием электронного дистанционного обучения - размещение учебно-методического материала для проведения занятий в системе Moodle.