

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

Кафедра хирургических дисциплин ИДПО

«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор по ДПО

Профессор _____ О.С. Саурина

« _____ » _____ 2018 г

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

**По теме: «Клиническое акушерство и антенатальная охрана плода»
(срок обучения –216 академических часов)**

ВОРОНЕЖ 2018

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 « ____ » _____ 2018 г., протокол № ____.

Заведующий кафедрой _____ В.Н. Эктов

Разработчики программы:

Профессор кафедры хирургических дисциплин ИДПО _____ 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 №2

Программа одобрена на заседании ЦМК по дополнительному профессиональному образованию

от __24.12.2018__года, протокол № 3

Утверждено на ученом совете ИДПО

от __25.12.2018__года, протокол № __4

Проректор по ДПО О. С. Саурина _____

ОПИСЬ КОМПЛЕКТА ДОКУМЕНТОВ

дополнительной профессиональной программы
повышения квалификации врачей со сроком освоения 216 академических часов
по специальности «Акушерство и гинекология»
по теме «Клиническое акушерство и антенатальная охрана плода»

№ 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 «Клиническое акушерство и антенатальная охрана плода» очная форма обучения с применением ДОТ
7	Календарный учебный график дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Акушерство и гинекология» по теме «Клиническое акушерство и антенатальная охрана плода», очная форма обучения с применением ДОТ
8	Рабочие программы учебных модулей (фундаментальных дисциплин (МФ), специальных дисциплин (МСП), смежных дисциплин (МСМ))
8.1.	МФ 1. «Социальная гигиена и организация акушерско-гинекологической помощи»
8.2.	МСП 2. «Физиологическое и патологическое акушерство»
8.3.	МСП 3. «Патология репродуктивной системы. Гинекология»
8.4.	МСМ 4. «Смежные дисциплины»
8.5.	МСП 5. «Симуляционное обучение»
9.	Оценочные материалы для итоговой аттестации
10.	Организационно-педагогические условия реализации программы

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Актуальность программы «Клиническое акушерство и антенатальная охрана плода». В Российской Федерации произошли существенные изменения в законодательстве в сфере здравоохранения, изменились принципы организации акушерско-гинекологической помощи с приоритетом на репродуктивный потенциал и охрану репродуктивного здоровья семьи. Осуществлен переход на оказание помощи по медицинским стандартам диагностики и лечения беременных и гинекологических больных. Разработаны и внедрены критерии качества оказания помощи женщинам и детям, проводится модернизация акушерско-гинекологической службы, внедряются новые организационные и лечебно-диагностические технологии.

Цель программы - снижение уровня репродуктивных потерь и улучшение репродуктивного здоровья женщины путем приобретения новых знаний по вопросам охраны здоровья матери и ребенка и современных организационных и лечебно-диагностических технологий.

Задачи:

1. Овладеть необходимым уровнем знаний по физиологии и патологии в акушерстве и гинекологии.
2. Приобрести достаточный объем практических навыков и умений, овладеть лечебно-диагностическими навыками для оказания профессиональной медицинской помощи в полном объеме пациенткам акушера гинеколога.
3. Научиться самостоятельно принимать решения в сложных вопросах профессиональной деятельности.
4. Приобщение к научному подходу, необходимости анализа собственного опыта и информации.
5. Совершенствовать знания и умения в области адекватных лечебных и диагностических манипуляций, в акушерстве и гинекологии.

Категории обучающихся: врачи акушеры-гинекологи.

Объем программы: 216 аудиторных часов трудоемкости, в том числе 216 зачетных единиц.

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

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации врачей акушеров гинекологов со сроком освоения 216 академических часов по специальности «Акушерство и гинекология» по теме **«Клиническое акушерство и антенатальная охрана плода»** включает в себя учебный план, рабочие программы модулей, обеспечивающие реализацию модульной технологии обучения.

В структуру дополнительной профессиональной образовательной программы повышения квалификации врачей по специальности «Клиническое акушерство и антенатальная охрана плода» включен перечень основной и дополнительной литературы, законодательных и нормативно-правовых документов.

Содержание программы представлено как единое целое, с максимальной полнотой охватывающее вопросы теории и практики по теме **«Клиническое акушерство и антенатальная охрана плода»**. 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, ДОТ), конкретизирует формы контроля знаний и умений обучающихся.

Для реализации дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей акушеров гинекологов, эндокринологов со сроком освоения 216 академических часов по специальности «Акушерство и гинекология» по теме **«Клиническое акушерство и антенатальная охрана плода»** 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:

- учебные аудитории и кабинеты, оснащенные материалами и оборудованием для проведения учебного процесса на базе БУЗ ВО БСМП №1, БУЗ ВО ГКБ №3, ООО компания «НМТ»;
- кабинеты, оснащенные манекенами и симуляторами для отработки практических навыков и решения ситуационных задач на базе Учебной Виртуальной Клиники (УВК).

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, 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 216 академических часов по специальности «Акушерство и гинекология» по теме **«Клиническое акушерство и антенатальная охрана плода»**. 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 «Клиническое акушерство и антенатальная охрана плода» 216 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 акушерского и 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 «Клиническое акушерство и антенатальная охрана плода» 216 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

Врач акушер-гинеколог должен знать:

1. Федеральную и региональную нормативно-правовую базу по вопросам охраны здоровья матери и ребенка и репродуктивного здоровья женщины в различные периоды ее жизни;
2. Основы законодательства и Федеральные законы в области здравоохранения, касающиеся вопросов охраны семьи, здоровья матери и ребенка;
3. Основные вопросы организации служб планирования семьи, пренатальной диагностики патологических состояний плода, медико-генетического консультирования семейных пар;

4. Закономерности роста и развития органов репродуктивной системы девочки, девушки, женщины;
5. Возрастные анатомо-физиологические особенности женского организма.
6. Основы детской гинекологии и ювенильного акушерства;
7. Технологии «безопасного» аборта;
8. «Норму беременности» и «норму родов»;
9. Современные принципы ведения беременности и родов у женщин с высокой степенью риска;
10. Современные способы подготовки беременных к родам;
11. Показания к оперативному родоразрешению беременных при различных состояниях и заболеваниях;
12. Периоперационную профилактику гнойно-септических заболеваний в акушерстве и гинекологии;
13. Алгоритмы оказания помощи беременным, роженицам и родильницам при основных видах акушерской патологии: гестозы, кровотечения, сепсис и др.;
14. Вопросы оперативного акушерства в современных условиях (показания к операции кесарева сечения, акушерских щипцов, вакуум-экстракции плода, плодоразрушающим операциям);
15. Современные принципы лечения и реабилитации гинекологических больных;
16. Показания к традиционным и альтернативным хирургическим доступам при выполнении плановых и экстренных операций в акушерстве и гинекологии;
17. Принципы реанимации и интенсивной терапии новорожденных;
18. Биологические и средовые факторы, формирующие здоровье семьи;
19. Принципы разработки, внедрения и реализации оздоровительных технологий в деятельности детских, родовспомогательных и образовательных учреждений;
20. Основы вспомогательных репродуктивных технологий;
21. Симптомокомплекс острого живота.

Врач акушер-гинеколог должен уметь:

1. Организовать работу по изучению материнской, перинатальной и младенческой заболеваемости и смертности, проводить анализ структуры и причин репродуктивных потерь на уровне учреждения, города, региона;

2. Вносить предложения, направленные на профилактику и устранение причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности;
3. Проводить мониторинг состояния здоровья женского населения, проводить профилактику абортот и их осложнений;
4. Проводить анализ причин гинекологической заболеваемости и намечать пути их устранения;
5. Правильно оценивать данные анамнеза, течения беременности, медицинские и социальные показания и противопоказания к сохранению беременности;
6. Выявлять факторы риска материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, проводить профилактику возможных осложнений;
7. Правильно выбирать и оценивать методы обследования матери и плода, состояние фето-плацентарной системы;
8. Составлять индивидуальный план ведения беременности и родов с учетом акушерской и экстрагенитальной патологии;
9. Определять степень «зрелости» шейки матки и готовности организма к родам.
10. Составлять программы интенсивной терапии при критических состояниях в акушерстве и гинекологии (гестозы, кровотечения, сепсис и др.);
11. Проводить дифференциальную диагностику осложнений беременности, родов и послеродового периода;
12. Знать современные тенденции в вопросах планирования семьи, контрацепции, медико-генетического консультирования;
13. Знать стандарты и уметь оценивать результаты современных методов обследования гинекологических больных (гормональный профиль, эндоскопические и лучевые методы исследования, тесты функциональной диагностики);
14. Проводить дифференциальную диагностику гинекологических заболеваний;
15. Осуществлять дифференциальную диагностику гинекологических и экстрагенитальных заболеваний;
16. Давать полную интерпретацию симптомов «острого живота»;
17. Знать принципы отбора больных и применяемые современные вспомогательные репродуктивные технологии;
18. Проводить раннюю диагностику и лечение заболеваний молочной железы.

19. Выбирать оптимальный хирургический доступ для производства акушерско-гинекологических операций.

Врач акушер-гинеколог должен владеть:

Техникой:

1. Расширенной кольпоскопии, биопсии шейки матки, Пайпель-биопсии эндометрия;
2. Операций на шейке матки (коагуляция, эксцизия, ампутация);
3. Экстренных операций в гинекологической практике в полном объеме;
4. Современных методов диагностики и оперативного лечения эктопической беременности;
5. Вагиноскопии. Гистеро-резектоскопии и лапароскопией в объеме операции на матке и ее придатках;
6. Самостоятельно выполнять гистерэктомию влагалищным и лапаротомным доступами;
7. Реконструктивно-пластических операций при опущениях и выпадениях половых органов (передняя и задняя кольпография с леваторопластикой, манчестерская операция, операции с использованием эндопротезов);
8. Операцией хирургической стерилизации маточных труб традиционными и эндоскопическими доступами;
9. Проведения кардиотокографии, амниоскопии;
10. Наложения типичных акушерских щипцов;
11. Вакуум-экстракции плода;
12. Плодоразрушающими операциями (краниотомия, краниоклазия);
13. Бимануальной компрессии матки;
14. Баллонной тампонады матки;
15. Ушивания разрывов промежности и шейки матки 2 и 3 степени;
16. Операции кесарева сечения в нижнем маточном сегменте в различных модификациях;
17. Классического (корпорального) кесарева сечения;
18. Освоить технику гемостатического шва по Б.Линч, Перейра;

19. Освоить технику перевязки внутренних подвздошных артерий или восходящих ветвей маточных артерий.
20. Освоить технику вагиноскопии у девочек.
21. Приемами пальпаторного исследования молочной железы.
22. «Безопасного» аборта.
23. Всеми хирургическими доступами для выполнения акушерско-гинекологических операций.

По окончании обучения обучения врач должен владеть специальными профессиональными навыками (СПН)

1. Основные принципы оказания помощи беременным и гинекологическим больным высокой степени риска в соответствии с существующими стандартами и технологиями в женской консультации.
2. Основные принципы оказания помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным высокой степени риска в соответствии с существующими стандартами и технологиями в акушерском стационаре (перинатальном центре).
3. Основные принципы оказания помощи гинекологическим больным высокой степени риска в соответствии с существующими стандартами и технологиями в стационаре (перинатальном центре).
4. Клиническая интерпретация результатов лабораторного и функционального обследования больного (на основании клинических протоколов): а) анализ крови (общий анализ крови, основных биохимических исследований крови), б) анализ мочи (общий анализ мочи, пробы Зимницкого, пробы Нечипоренко), в) анализ данных ультразвуковых методов исследования органов малого таза.
5. Основные принципы формулировки клинического диагноза с учетом МКБ-10 и современных клинических классификаций.
6. Оформление медицинской документации, ведение истории болезни в стационаре (с учетом требований контроля качества оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология).
7. Основные принципы проведения профилактических осмотров населения и диспансеризация больных с учетом здоровьесберегающих подходов и методов).
8. Выполнение врачебных диагностических и лечебных манипуляций:

а) гемотрансфузий, б) инфузионной терапии.

9. Выполнение реанимационных мероприятий и оказание неотложной помощи: а) искусственного дыхания, б) закрытого массажа сердца, в) наложения жгутов, г) промывание желудка.

5. ТРЕБОВАНИЯ К ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

1. Итоговая аттестация по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации врачей по специальности «Акушерство и гинекология» сроком освоения 216 академических часов по теме **«Клиническое акушерство и антенатальная охрана плода»** проводится в форме очного экзамена 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 216 академических часов по теме **«Клиническое акушерство и антенатальная охрана плода»**. Итоговая аттестация сдается лично обучающимся 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 216 академических часов по теме **«Клиническое акушерство и антенатальная охрана плода»**, и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают документ установленного образца - Удостоверение о повышении квалификации.

6. УЧЕБНЫЙ ПЛАН

Дополнительной профессиональной образовательной программы повышения квалификации врачей по специальности «Акушерство и гинекология»
По теме: **«Клиническое акушерство и антенатальная охрана плода»**

Цель: систематизация и углубление профессиональных знаний, умений, навыков, методик, обеспечивающих совершенствование ПК врача – акушера гинеколога

Категория обучающихся: врачи акушеры-гинекологи

Срок обучения: 216 часов (6 недель, 1,5 месяца)

Режим занятий: 6 академических часов в день

Форма обучения: очная форма с применением ДОТ

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. единиц)	В том числе						
			Очное обучение				Дистанц. обучение		
			лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	Форма контроля	Лекции	ПЗ, СЗ (ЭОР)	Форма контроля
Фундаментальные дисциплины (МФ)									
МФ 1	Социальная гигиена и организация акушерско-гинекологической помощи	18	-	-	-	-	18	-	Промежуточный контроль (тесты)
1.1	ОМС в современной медицине и в практике акушера-гинеколога	6	-	-	-	-	6	-	Текущий контроль (тесты)
1.2	Законодательство в здравоохранении. Приказы и протоколы	6	-	-	-	-	6	-	Текущий контроль (тесты)
1.3	Современные принципы организации акушерско-гинекологической помощи	6	-	-	-	-	6	-	Текущий контроль (тесты)
Специальные дисциплины (МСП)									
МСП 2	Физиологическое и патологическое акушерство	66	-	36	-	Промежуточный контроль (тестовый)	30	-	Промежуточный контроль (устный)
Раздел 1. Физиологическое акушерство.									
2.1	Методы исследования в акушерстве.	2	-	-	-	-	2	-	Текущий контроль (тесты)
2.1.2	Норма беременности.	2	-	-	-	-	2	-	Текущий контроль (тесты)

2.1.3	Физиология родов и послеродового периода.	2	-	-	-	-	2	-	Текущий контроль (тесты)
2.1.4	Методы подготовки беременной к родам.	2	-	-	-	-	2	-	Текущий контроль (тесты)
Раздел 2. Клиническое акушерство и антенатальная охрана плода.									
2.2.1	Антенатальная охрана здоровья плода и иммунобиологические взаимоотношения матери и плода.	2	-	-	-	-	2	-	Текущий контроль (устный)
2.2.2	Многоплодная беременность.	2	-	-	-	-	2	-	Текущий контроль (устный)
2.2.3	Беременность и экстрагенитальные заболевания. Анте- и интранатальная охрана плода.	2	-	-	-	-	2	-	Текущий контроль (устный)
2.2.4	Антенатально повреждающие факторы. Фетоплацентарная недостаточность.	2	-	2	-	-	-	-	Текущий контроль (устный)
2.2.5	ЗВУР. Гипоксия плода и асфиксия новорожденного. Перинатальная охрана плода и новорожденного.	2	-	2	-	-	-	-	Текущий контроль (устный)
2.2.6	Реанимация и интенсивная терапия новорожденных.	2	-	-	-	-	2	-	Текущий контроль (устный)
Раздел 3. Патологическое и оперативное акушерство									
2.3.1	Современные технологии прерывания беременности в разные сроки.	4	-	4	-	-	-	-	Текущий контроль (устный)

2.3.2	Невынашивание беременности.	6	-	6	-	-	-	Текущий контроль (устный)
2.3.3	Неправильные положения плода (косое, поперечное, асинклитические вставления головки, высокое прямое и др.).	2	-	-	-	-	2	Текущий контроль (устный)
2.3.4	Многоводие. Крупный плод.	2	-	2	-	-	-	Текущий контроль (устный)
2.3.5	Тазовые предлежания плода.	2	-	-	-	-	2	Текущий контроль (устный)
2.3.6	Аномалии родовой деятельности.	2	-	-	-	-	2	Текущий контроль (устный)
2.3.7	Узкий таз в современном акушерстве.	1	-	-	-	-	1	Текущий контроль (устный)
2.3.8	Агрессия в акушерстве. Акушерский травматизм матери и плода.	2	-	-	-	-	2	Текущий контроль (устный)
2.3.9	Преэклампсия	4	-	4	-	-	-	Текущий контроль (устный)
2.3.10	Сепсис	2	-	-	-	-	2	Текущий контроль (устный)
2.3.11	Кровотечения во время беременности и родов.	4	-	4	-	-	-	Текущий контроль (устный)
2.3.12	Массивные акушерские кровотечения. Геморрагический шок.	4	-	4	-	-	-	Текущий контроль (устный)
2.3.13	Акушерские операции.	1	-	-	-	-	1	Текущий контроль (устный)
2.3.14	Кесарево сечение в современном акушерстве.	6	-	6	-	-	-	Текущий контроль (устный)

2.3.15	Осложнения при акушерских операциях.	1	-	-	-	-	1	-	Текущий контроль (устный)
2.3.16	Анестезиологические пособия в акушерстве. Реанимация и интенсивная терапия.	1	-	-	-	-	1	-	Текущий контроль (устный)
2.3.17	Патология послеродового периода.	2	-	2	-	-	-	-	Текущий контроль (устный)
МСП 3	Патология репродуктивной системы. Гинекология.	60	-	30	-	Промежуточный контроль (тестирование)	30	-	Текущий контроль (устный)
Раздел 1. Консервативная гинекология									
3.1.1	Современные методы исследования в акушерстве и гинекологии.	4	-	-	-	Текущий контроль (тестовый)	4	-	Текущий контроль (устный)
3.1.2	Основы детской гинекологии.	4	-	-	-	Текущий контроль (тестовый)	4	-	Текущий контроль (устный)
3.1.3	Нейрогуморальная регуляция репродуктивной системы. Расстройства менструальной функции.	4	-	-	-	Текущий контроль (тестовый)	4	-	Текущий контроль (устный)
3.1.4	Нейроэндокринные гинекологические синдромы.	4	-	4	-	Текущий контроль (тестовый)		-	-
3.1.5	Воспалительные заболевания женских половых органов.	2	-	2	-	Текущий контроль (тестовый)	-	-	-
3.1.6	Бесплодный брак. Планирование семьи.	4	-	4	-	Текущий контроль (тестовый)	-	-	-
3.1.7	Проблемы пери- и постменопаузы. МГТ.	2	-	2	-	Текущий контроль (тестовый)	-	-	-
3.1.8	Дисгормональные заболевания молочных желез.	2	-	2	-	Текущий контроль (тестовый)	-	-	-
3.1.9	Контрацепция. Технологии безопасного аборта.	2	-	2	-	Текущий контроль (тестовый)	-	-	-

Раздел 2. Оперативная гинекология									
3.2.1	Оперативные вмешательства в гинекологической практике.	2	-	2	-	Текущий контроль (тестовый)	-	-	-
3.2.2.	Хирургическая и диагностическая лапароскопия, гистероскопия	2	-	2	-	Текущий контроль (тестовый)	-	-	-
3.2.3	Острый живот в гинекологии	6	-	6	-	Текущий контроль (тестовый)	-	-	-
3.2.4	Шок и терминальные состояния в гинекологии.	4	-	4	-	Текущий контроль (тестовый)	-	-	-
3.2.5	Миома матки	4	-	-	-	-	4	-	Текущий контроль (устный)
3.2.6	Генитальный эндометриоз.	4	-	-	-	-	4	-	Текущий контроль (устный)
3.2.7	Аномалии развития и положения половых органов.	2	-	-	-	-	2	-	Текущий контроль (устный)
Раздел 3. Онкогинекология									
3.3.1	Предраковые заболевания и рак шейки матки.	2	-	-	-	Текущий контроль (тестовый)	2	-	-
3.3.2	Предраковые заболевания и рак тела матки	2	-	-	-	Текущий контроль (тестовый)	2	-	-
3.3.3	Опухоли яичников	2	-	-	-	Текущий контроль (тестовый)	2	-	-
3.3.4	Трофобластическая болезнь	2	-	-	-	Текущий контроль (тестовый)	2	-	-
МСП 4	Смежные дисциплины	36	-	18	-	Промежуточный контроль (тестирование)	18	-	Промежуточный контроль (устный)
Раздел 1. Урогинекология.									
4.1.1	Повреждения органов мочевыделительной системы при акушерских и гинекологических операциях.	18	-	6	-	Текущий контроль (собеседование)	12	-	Текущий контроль (устный)
Раздел 2. ВРТ.									
4.2.1	Классификация ВРТ. Правовое обеспечение.	18	-	12	-	Текущий контроль (собеседование)	6	-	-

МСП 5	Симуляционное обучение	30	-	30		Промежуточный контроль (отработка практических навыков)	-	-	Промежуточный контроль (отработка практических навыков)
5.1	Разбор клинических ситуаций.	10	-	10		Текущий контроль (решение кейсов, практические навыки)	-	-	-
5.2	Технологии и тактика овладения практическими навыками неотложной помощи на симуляторах	10	-	10	-	Текущий контроль (решение кейсов, практические навыки)	-	-	Текущий контроль (собеседование)
5.3	Отработка практических навыков на манекенах	10	-	10	-	Текущий контроль (тестирование, решение кейсов, практические навыки)	-	-	-
Итоговая аттестация		6	-	6	-	экзамен	-	-	-
Всего		216		84	30		96		

7. КАЛЕНДАРНЫЙ УЧЕБНЫЙ ГРАФИК

Дополнительной профессиональной образовательной программы повышения квалификации врачей по специальности «Акушерство и гинекология» по теме: «Клиническое акушерство и антенатальная охрана плода»

Учебные модули	1 месяц								2 месяц			
	1 - 7		8 - 14		15 - 21		22 - 28		29-35		36-42	
	1 неделя		2 неделя		3 неделя		4 неделя		5 неделя		6 неделя	
	Очно	Дист.	Очно	Дист.	Очно	Дист.	Очно	Дист.	Очно	Дист.	Очно	Дист.
МФ 1. Социальная гигиена и организация акушерско-гинекологической помощи.	-	-	3	18	-	-						
МСП 2. Физиологическое и патологическое акушерство.	-	-	3	18	4	24	2	12	2	12		
МСП 3. Патология репродуктивной системы. Гинекология.					3	18	1	6	2	12	4	24
МСП 4. Смежные дисциплины.									3	18	3	18
МСП 5. Симуляционный цикл.											5	30
Итоговая аттестация											6	

8. РАБОЧИЕ ПРОГРАММЫ УЧЕБНЫХ МОДУЛЕЙ

8.1 РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ 1

«Социальная гигиена и организация акушерско-гинекологической помощи». Пояснительная записка

Актуальность модуля обусловлена необходимостью изучения организации акушерско гинекологической службы согласно новой законодательной базы.

Цель: углубленное изучение правовой базы обеспечивающей улучшение качества оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология.

Задачи:

1. Углубление знаний и совершенствование практических умений в вопросах организации специализированной медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология.
2. Углубление знаний и совершенствование практических умений в организации ОМС.
3. Углубление знаний и совершенствование практических умений в изучении законодательства в здравоохранении. Приказы и протоколы.
4. Углубление знаний в вопросах материнской и младенческой смертности и пути ее снижения.

По окончании изучения учебного модуля 1 обучающийся должен знать:

Общие знания:

- организацию акушерско-гинекологической службы, структуру, штаты и оснащение учреждений здравоохранения акушерского и гинекологического профиля;
- основы национальной безопасности Российской Федерации;
- основы оказания и стандарты амбулаторной и стационарной помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями в системе ОМС;

Специальные знания:

- основы оказания и стандарты амбулаторной и стационарной акушерской помощи беременным, роженицам и родильницам;
- основы организации лечебно-профилактической помощи в больницах и амбулаторно-поликлинических учреждениях, скорой и неотложной медицинской помощи, службы медицины катастроф, санитарно-эпидемиологической службы, организационно-экономические основы деятельности учреждений здравоохранения и

медицинских работников в условиях бюджетно-страховой медицины; основы социальной гигиены,

организации и экономики здравоохранения, медицинской этики и деонтологии.

По окончании изучения учебного модуля № 1 обучающийся должен уметь:

- Организовать помощь пациенткам, имеющим полис ОМС;
- Организовать работу с представителями медицинских страховых организаций;
- Уметь анализировать возврат счета на оплату тарифа ОМС;
- Знать основы приказа 572Н, на основании которого осуществляется работа акушерско-гинекологической службы.

По окончании изучения учебного модуля 1 обучающийся должен владеть навыками:

- Проводить медико-социальную экспертизу;
- Анализировать судебно-медицинскую экспертизу;
- Соблюдать права и обязанности медицинских работников;
- Участвовать в профессиональной подготовке медицинских работников;
- Разбираться в финансовом обеспечении охраны здоровья граждан в РФ.

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).

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

Трудоёмкость освоения: 18 академических часа или 18 зачетных единиц.

Учебно-тематический план учебного модуля МСП 1 дистанционная форма обучения

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. единиц)	В том числе						
			Очное обучение				Дистанц. обучение		
			лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	Форма контроля	Лекции	ПЗ, СЗ (ЭОР)	Форма контроля
Фундаментальные дисциплины (МФ)									
МФ 1	Социальная гигиена и организация акушерско-гинекологической помощи	18	-	-	-	-	18	-	Промежуточный контроль (тестовый)
1.1	ОСМ в современной медицине и в практике акушера-гинеколога	6	-	-	-	-	6	-	Текущий контроль (тестовый)
1.2	Законодательство в здравоохранении. Приказы и протоколы	6	-	-	-	-	6	-	Текущий контроль (тестовый)
1.3	Современные принципы организации акушерско-гинекологической помощи	6	-	-	-	-	6	-	Текущий контроль (тестовый)
	Итого	18					18		Промежуточный контроль (тестовый)

Содержание учебного модуля МСП 1
Социальная гигиена и организация акушерско-гинекологической помощи

Код	Наименование разделов, тем, элементов и т.д.
1	Раздел 1. Социальная гигиена и организация акушерско-гинекологической помощи
1.1.1	Тема 1. «Законодательство в здравоохранении»
1.1.1.1	Элемент 1. Основы охраны здоровья граждан в РФ.
1.1.1.1.1	Подэлемент 1 Соблюдение прав человека и гражданина в сфере охраны здоровья.
1.1.1.1.2	Подэлемент 2. Приоритет профилактических мероприятий в сфере охраны здоровья граждан.
1.1.1.1.3	Подэлемент 3. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение.
1.1.1.1.4	Подэлемент 4. Медицинская помощь при стихийных бедствиях и чрезвычайных ситуациях.

1.1.1.1.5	Подэлемент 5. Стандартизация медицинской помощи.
1.1.1.1.6	Подэлемент 6. Охрана здоровья матери и ребенка. Вопросы семьи и охраны репродуктивного здоровья.
1.1.1.1.7	Подэлемент 7. Применение вспомогательных репродуктивных технологий. Искусственное прерывание беременности, медицинская стерилизация.
1.1.1.1.8	Подэлемент 8. Медико-социальная экспертиза.
1.1.1.1.9	Подэлемент 9. Судебно-медицинская экспертиза.
1.1.1.1.10	Подэлемент 10. Права и обязанности медицинских работников.
1.1.1.1.11	Подэлемент 11. Подготовка медицинских работников.
1.1.1.1.12	Подэлемент 12. Финансовое обеспечение охраны здоровья граждан в РФ.
1.1.1.1.2	Элемент 2. Медицинское страхование граждан в РФ.
1.1.1.1.2.1	Подэлемент 1. Программа государственных гарантий оказания медицинской помощи гражданам РФ.
1.1.1.1.2.2	Подэлемент 2. Добровольное медицинское страхование.
1.1.1.1.2.3	Подэлемент 3. Организация сферы охраны здоровья граждан в РФ.
1.1.2	Тема 2. Современные принципы организации акушерско-гинекологической помощи.
1.1.2.1	Элемент 1. Организация акушерско-гинекологической помощи в сельской местности.
1.1.2.2	Элемент 2. Организация акушерско-гинекологической помощи в городе.
1.1.2.3	Элемент 3. Организация работы акушерско-гинекологической службы в амбулаторных условиях.
1.1.2.4	Элемент 4. Организация акушерско-гинекологической службы в стационарных условиях.
1.1.2.5	Элемент 5. Организация работы перинатального центра.
1.1.2.6	Элемент 6. Современные вспомогательные репродуктивные технологии.
1.1.3	Тема 3. Профилактика репродуктивных потерь
1.1.3.1	Элемент 1. Материнская смертность и пути ее снижения
1.1.3.2	Элемент 2. Профилактика перинатальной смертности
1.1.3.3	Элемент 3. Профилактика аборт
1.1.3.4	Элемент 4. Профилактика эктопической беременности
1.1.4	Тема 4. Стандартизация и контроль качества медицинской помощи
1.1.4.1	Элемент 1. Определение понятия
1.1.4.2	Элемент 2. Стандарты обследования беременных и гинекологических больных в амбулаторных условиях
1.1.4.3	Элемент 3. Стандарты обследования беременных и гинекологических больных в стационарных условиях
1.1.4.4	Элемент 4. Маршрутизация беременных и гинекологических больных высокой степени риска
1.1.4.5	Элемент 5. Ведомственный и вневедомственный контроль качества оказания помощи беременным и гинекологическим больным
1.1.4.6	Элемент 6. Управление качеством медицинской помощи

Формы и методы контроля знаний слушателей (по модулю): рубежный контроль, компьютерное тестирование

Задания для тестирования:

1. Санитарная норма площади на 1 материнскую койку в родильном доме составляет
 - а) 10 м²

- б) 3 м²
- в) 12 м²
- г) 7 м²

2. Организация специализированного акушерского стационара,

как правило, целесообразна для беременных с заболеваниями

- а) сердечно-сосудистой системы
- б) почек
- в) диабете и другой эндокринной патологии
- г) со всеми перечисленными
- д) ни с одним из перечисленных

3. Госпитализация беременных с вирусным гепатитом,

открытой формой туберкулеза, острой дизентерией осуществляется

- а) в специализированном акушерском стационаре (родильном доме)
- б) в специальных боксах
соответствующих отделений инфекционной больницы
- в) в неспециализированном родильном доме
- г) в наблюдательном акушерском отделении родильного дома

4. Совместное пребывание матери и новорожденного организуется

- а) в специализированном родильном доме
- б) в неспециализированном родильном доме
- в) в наблюдательном отделении родильного дома
- г) в послеоперационных палатах родильного дома

5. Первое прикладывание к груди матери здоровых новорожденных

проводится обычно

- а) сразу после рождения
- б) через 6 ч после рождения

- в) через 8 ч после рождения
- г) через 12 ч после рождения
- д) через 24 ч после рождения

6. Минимальный интервал между беременностями,

несоблюдение которого, как правило, увеличивает в 2 раза
показатели материнской и перинатальной смертности, составляет

- а) 5 лет
- б) 4 года
- в) 3 года
- г) 2 года
- д) 1 год

7. Новорожденного ребенка

при возникновении у него гнойно-воспалительного заболевания
переводят из родильного дома в детскую больницу, как правило,

- а) после стихания острых симптомов заболевания
- б) в день постановки диагноза
- в) по выздоровлении, для реабилитации
- г) после выписки матери из родильного дома
- д) после консультации врача детской больницы

8. В структуре причин материнской смертности,

как правило, первое место занимает

- а) поздний гестоз беременных
- б) экстрагенитальная патология
- в) кровотечения
- г) инфекция
- д) разрыв матки

9. К материнской смертности относится смертность женщины

- а) от медицинского аборта
- б) от внематочной беременности
- в) от деструктирующего пузырного заноса
- г) от всего перечисленного
- д) ничего из перечисленного

10. Основными качественными показателями деятельности

родильного дома (отделения) являются все перечисленные, кроме

- а) материнской смертности
- б) перинатальной смертности
- в) заболеваемости новорожденных
- г) средне-годовой занятости койки

11. Показатель материнской смертности рассчитывается следующим образом

- а)
$$\frac{\text{(число женщин, умерших в родах)}}{\text{(число родов)} \times 100\,000}$$
- б)
$$\frac{\text{(число женщин, умерших от осложнений беременности со срока 28 недель)}}{\text{(число родившихся живыми и мертвыми)} \times 100\,000}$$
- в)
$$\frac{\text{(число умерших беременных независимо от срока беременности, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности)}}{\text{(число родившихся живыми)} \times 100\,000}$$
- г)
$$\frac{\text{(число женщин, умерших во время беременности в сроке 28 недель и больше, в родах и в течение 2 недель послеродового периода)}}{\text{(число родившихся живыми и мертвыми)} \times 100\,000}$$

д) (число умерших беременных, независимо от срока беременности, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности)/
(число родившихся живыми и мертвыми)×100 000

12. Основным показателем эффективности работы женской консультации по планированию семьи является

- а) число женщин на участке
- б) абсолютное число женщин, направленных на аборт в течение года
- в) число осложнений после абортов
- г) число абортов на 1000 женщин фертильного возраста
- д) число самопроизвольных выкидышей на 1000 женщин фертильного возраста

13. Показатель эффективности диспансеризации гинекологических больных - это

- а) число пролеченных больных в стационаре
- б) число больных, направленных на санаторное лечение
- в) снижение гинекологической заболеваемости с временной утратой трудоспособности
- г) удельный вес снятых в течение года с диспансерного учета с выздоровлением из числа больных, состоявших на диспансерном учете в течение года
- д) правильно б) и в)

14. Стойкого снижения числа абортов удастся достичь, когда доля женщин фертильного возраста, использующих современные средства контрацепции (ВМС, гормональные контрацептивы) составляет

- а) 15-20%
- б) 25-30%
- в) 35-40%
- г) 45-50%
- д) 55-60%

15. Основной отчетный документ о деятельности родильного дома, направляемый в вышестоящие органы медицинской статистики, - это

- а) отчет лечебно-профилактического учреждения (ф. N 1)
- б) отчет по форме 32
- в) журнал учета санитарно-просветительной работы (ф. 038-о/у)
- г) статистический талон
для регистрации уточненных диагнозов (ф. 025-2/у)
- д) журнал госпитализации

16. Понятие перинатальная смертность означает

- а) смерть ребенка в родах
- б) потеря плода "вокруг родов" -
в антенатальном, интранатальном и раннем неонатальном периоде
- в) мертворождаемость
- г) антенатальная гибель плода

17. Показатель перинатальной смертности рассчитывается следующим образом

- а)
$$\frac{\text{число мертворожденных}}{(\text{число родов}) \times 1000}$$
- б)
$$\frac{\text{число умерших интранатально}}{(\text{число родившихся мертвыми}) \times 1000}$$
- в)
$$\frac{\text{число мертворожденных} + \text{число умерших в первые 168 ч после рождения}}{(\text{число родов}) \times 1000}$$

(число родившихся живыми и мертвыми)×1000

г) (число умерших в первые 7 суток после рождения)/

(число родов)×1000

д) (число мертворожденных +

число умерших в первые 168 ч после рождения)/

(число родившихся живыми)×1000

18. Специализированные приемы

целесообразно организовывать в женской консультации

с мощностью (на число участков)

а) 4

б) 5

в) не менее 6

г) 7

д) 8 и более

19. Основным показателем эффективности

профилактического гинекологического осмотра работающих женщин

является

а) число осмотренных женщин

б) число гинекологических больных, взятых на диспансерный учет

в) число женщин, направленных на лечение в санаторий

г) доля выявленных гинекологических больных

из числа осмотренных женщин

д) правильно а) и б)

20. Наибольший удельный вес в структуре перинатальной смертности,

как правило, имеет

а) антенатальная смертность

- б) интранатальная смертность
- в) ранняя неонатальная смертность
- г) постнеонатальная смертность

21. В структуре причин перинатальной смертности в России

первое место обычно занимает

- а) асфиксия
- б) родовая травма
- в) врожденный порок развития
- г) пневмония
- д) гемолитическая болезнь новорожденного

22. Летальность новорожденных при родовой травме

определяется следующим образом

- а) абсолютное число детей, умерших от родовой травмы
- б) $\frac{\text{число детей, умерших от родовой травмы}}{\text{число родившихся живыми}} \times 100$
- в) $\frac{\text{число умерших детей в первые 7 суток}}{\text{число родившихся живыми}} \times 1000$
- г) $\frac{\text{число детей, умерших от родовой травмы}}{\text{число детей, страдающих родовой травмой}} \times 100$

23. Роль смотровых гинекологических кабинетов поликлиник

состоит, как правило

- а) в диспансеризации гинекологических больных
- б) в обследовании и наблюдении беременных женщин
- в) в проведении периодических медицинских осмотров
- г) в охвате профилактическими осмотрами неработающих женщин
- д) правильно в) и г)

24. Основным критерием живорождения является

- а) масса плода 1000 г и более
- б) рост плода 35 см и более
- в) наличие сердцебиения
- г) наличие самостоятельного дыхания
- д) срок беременности 23 недель и более

25. Как правильно рассчитать показатель материнской летальности, например, от эклампсии?

- а) $(\text{число женщин, умерших от эклампсии}) / (\text{общее число женщин, умерших от всех причин}) \times 1000$
- б) $(\text{число женщин, умерших от эклампсии}) / (\text{общее число женщин, умерших от всех причин}) \times 100$
- в) $(\text{число женщин, умерших от эклампсии}) / (\text{общее число родов}) \times 10\,000$
- г) $(\text{число женщин, умерших от эклампсии}) / (\text{число родившихся живыми и мертвыми}) \times 100\,000$
- д) $(\text{число женщин, умерших от эклампсии}) / (\text{число родившихся живыми}) \times 100\,000$

26. На что чаще всего обращается внимание

при разборе материнской смертности, например, от разрыва матки?

- а) где произошел разрыв матки (в лечебном учреждении или вне его)
- б) разрыв матки произошел во время беременности или в родах
- в) своевременность госпитализации беременной в стационар при наличии предрасполагающих факторов
- г) имелись ли факторы, способствующие разрыву матки
- д) на все перечисленное

27. Наиболее ценным среди мероприятий

по снижению перинатальной смертности является

- а) своевременное решение вопроса
о возможности сохранения беременности
- б) проведение анализа причин перинатальной смертности
- в) осуществление диететики беременной
- г) своевременная диагностика хронической гипоксии плода
- д) улучшение санитарно-просветительной работы с беременными

28. Для обеспечения круглосуточной работы в стационаре родильного дома

одна должность врача акушера-гинеколога устанавливается обычно

- а) на 25 коек
- б) на 20 коек
- в) на 1000 родов
- г) на 15 коек

29. Должность врача терапевта в женской консультации устанавливается,

как правило, из расчета

- а) 80 тыс взрослого населения,
проживающего на обслуживаемой территории
- б) 80 тыс взрослых и детей, проживающих на обслуживаемой территории
- в) 60 тыс женщин, проживающих на обслуживаемой территории
- г) 60 тыс взрослого населения,
проживающего на обслуживаемой территории

30. Женская консультация является структурным подразделением

- 1) родильного дома
- 2) поликлиники
- 3) медсанчасти

4) санатория-профилактория

а) правильно 1, 2, 3

б) правильно 1, 2

в) все ответы правильны

г) правильно только 4

д) все ответы неправильны

31. Осмотр терапевтом женщин

при физиологически протекающей беременности проводится, как правило

1) при первой явке

2) в 32 недели беременности

3) в 36 недель беременности

4) перед родами

а) правильно 1, 2, 3

б) правильно 1, 2

в) все ответы правильны

г) правильно только 4

д) все ответы неправильны

32. Выделение групп повышенного риска среди беременных женщин

проводится чаще всего путем

1) лабораторного обследования

2) патронажа

3) сбора анамнеза

4) оценки пренатальных факторов риска (в баллах)

а) правильно 1, 2, 3

б) правильно 1, 3, 4

в) все ответы правильны

- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

33. Осмотр стоматологом женщин

при физиологически протекающей беременности должен проводиться

- 1) при первой явке
- 2) после первого осмотра по показаниям
- 3) в 32 недели беременности
- 4) перед родами

- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

34. Перевод беременной женщины на легкую и безвредную работу

обычно проводится на основании

- 1) индивидуальной карты беременности
- 2) обменной карты родильного дома, родильного отделения
- 3) справки, выданной юристом
- 4) справки Ф-084/у,

выданной акушером-гинекологом женской консультации

- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

35. Физиопсихопрофилактическая подготовка беременных к родам

обычно проводится

- 1) врачом акушером-гинекологом участка
 - 2) одним из врачей акушеров-гинекологов женской консультации
 - 3) специально подготовленной акушеркой
 - 4) врачом физиотерапевтом
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

36. Документами, фиксирующими преемственность

в работе женской консультации и детской поликлиники, обычно являются

- 1) списки беременных для дородового патронажа
 - 2) журнал передачи телефонограмм
об осложнениях в послеродовом периоде
у матери и новорожденного
 - 3) журналы, фиксирующие работу "школы матери"
и "школы здорового ребенка"
 - 4) журнал госпитализации беременных
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

37. Ранней явке беременных в женскую консультацию

для диспансерного наблюдения вероятнее всего способствует

- 1) санитарно-просветительная работа
врача акушера-гинеколога и акушерки
в женских консультациях, на производствах, ЗАГСх
 - 2) подворные обходы медицинского персонала ФАПов,
женских консультаций в сельской местности
 - 3) система полового воспитания учащихся школ,
техникумов, училищ, вузов
 - 4) привлечение к санитарно-просветительной работе
женсоветов предприятий
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны

38. Документ, по которому можно, вероятнее всего, проконтролировать
работу женской консультации по госпитализации беременных женщин

- 1) статистический талон уточнения диагноза
 - 2) выписка из стационара
 - 3) индивидуальная карта беременной
 - 4) журнал госпитализации
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны

39. К наиболее прогрессивным организационным формам

оздоровления беременных женщин относятся

- 1) дневные стационары
 - 2) стационары на дому
 - 3) санатории-профилактории
 - 4) санаторные отделения для беременных
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны

40. Документы, вероятнее всего, фиксирующие преемственность

в работе врача акушера-гинеколога женской консультации
и участкового терапевта

- 1) списки женщин с экстрагенитальной патологией,
нуждающихся в контрацепции
 - 2) списки женщин с экстрагенитальной патологией,
выписанных из роддома
 - 3) отчет-вкладыш N 3
 - 4) списки лиц, подлежащих периодическим осмотрам
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны

41. Организация работы женской консультации по планированию семьи

и снижению числа абортов, как правило, включает в себя

- 1) знание о числе женщин фертильного возраста на обслуживаемой территории
 - 2) выделение среди женщин групп риска по наступлению непланируемой беременности
 - 3) знание о методах и средствах контрацепции, умение их назначать
 - 4) знание об условиях труда женщин-работниц промышленных предприятий
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны

42. Понятие "планирование семьи",

вероятнее всего, означает виды деятельности, которые помогают семьям

- 1) избежать нежелательной беременности
 - 2) регулировать интервалы между беременностями
 - 3) производить на свет желанных детей
 - 4) повышать рождаемость
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны

43. В женской консультации

целесообразна организация специализированных приемов по следующим заболеваниям

- 1) бесплодию
- 2) невынашиванию
- 3) гинекологическим заболеваниям у детей и подростков
- 4) сахарному диабету беременных
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

44. Диспансерному наблюдению в женской консультации

обычно подлежат больные

- 1) с бесплодием
и нейроэндокринными нарушениями генеративной функции
- 2) с воспалительными заболеваниями женских половых органов
- 3) с доброкачественными опухолями половой сферы
- 4) с трихомониазом
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

45. Система специализированной гинекологической помощи при бесплодии,

как правило, включает этапы

- 1) обследование женщины в женской консультации
- 2) обследование и лечение супружеской пары
в консультации "Брак и семья"

3) стационарное обследование и лечение
в гинекологическом (урологическом) отделении больницы,
профильного НИИ

4) проведение периодических медицинских осмотров

а) правильно 1, 2, 3

б) правильно 1, 2

в) все ответы правильны

г) правильно только 4

д) все ответы неправильны

46. Под профилактическим гинекологическим осмотром

обычно подразумевается медицинский осмотр

1) контингента женщин, работающих во вредных условиях производства

2) декретированных контингентов рабочих и служащих
при поступлении на работу

3) больных, состоящих на диспансерном учете

4) женщин с целью выявления
гинекологических и онкологических заболеваний

а) правильно 1, 2, 3

б) правильно 1, 2

в) все ответы правильны

г) правильно только 4

д) все ответы неправильны

47. Система гинекологической помощи детям и подросткам

включает следующие основные этапы

1) работу в дошкольных и школьных учреждениях

2) организацию специализированных кабинетов гинекологов

детского и юношеского возраста

3) организацию специализированных стационаров

с консультативным кабинетом при них

4) организацию выездных бригад медицинской помощи

а) правильно 1, 2, 3

б) правильно 1, 2

в) все ответы правильны

г) правильно только 4

д) все ответы неправильны

48. Под периодическими медицинскими осмотрами женщин,

как правило, подразумевается осмотр

1) декретированных контингентов рабочих и служащих

при поступлении на работу

2) рабочих и служащих, имеющих в процессе труда дело

с вредными факторами производства

4) беременных, состоящих на диспансерном учете

а) правильно 1, 2, 3

б) правильно 1, 2

в) все ответы правильны

г) правильно только 4

д) все ответы неправильны

49. Работа врача акушера-гинеколога медсанчасти строится, как правило

1) в зависимости от характера производства предприятия

2) по территориальному принципу

3) по принципу участковости

- 4) по цеховому принципу
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

50. Дополнительной специфической обязанностью врача акушера-гинеколога медсанчасти или промышленного отделения женской консультации

обычно является

- 1) изучение условий труда женщин
- 2) контроль за выполнением комплексного плана улучшения условий, охрана труда и санитарно-оздоровительных мероприятий
- 3) углубленный анализ гинекологических заболеваний с временной утратой трудоспособности и разработка мероприятий по ее профилактике
- 4) охрана труда женщин-работниц
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

Эталоны ответов:

1 - г 10 - г 19 - г 08 - г 37 - в 46 - г
 2 - г 11 - в 20 - в 29 - г 38 - г 47 - а
 3 - б 12 - г 21 - а 30 - б 39 - в 48 - б
 4 - б 13 - г 22 - г 31 - б 40 - б 49 - г
 5 - а 14 - в 23 - г 32 - б 41 - а 50 - а
 6 - г 15 - б 24 - г 33 - б 42 - а
 7 - б 16 - б 25 - д 34 - г 43 - б

8 - в 17 - в 26 - д 35 - а 44 - а
9 - г 18 - д 27 - г 36 - а 45 - а

Литература к учебному модулю МСП 1 Социальная гигиена и организация акушерско-гинекологической помощи.

Основная:

Законодательные и нормативно-правовые документы

1. ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», 2011.
2. ФЗ «Об охране репродуктивного здоровья населения Российской Федерации», 2011.
3. Бубнова М.Г., Бутина Е.К., Выгодин В.А. и др. Основы доказательной медицины.- учебное пособие ММА им. Сеченова ФГУ. М., 2010-115с.
4. Гринхальх Т. Основы доказательной медицины. - М., 2006.
5. Приказ МЗ РФ от 01.11.2012 №572н «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

Дополнительная:

6. Дзигуа М.В. Медицинская помощь женщине с гинекологическими заболеваниями в различные периоды жизни. Издательство: ГЭОТАР - Медиа, 2012.- 360 с.
7. Женская консультация: руководство + CD. Радзинский В.Е., Ордянец 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.
8. Гинекология. Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, И.Б. Манухина. 2013.- 704 с. Серия «Национальные руководства».

8.2 РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ 2 «Физиологическое и патологическое акушерство».

Пояснительная записка

Актуальность модуля обусловлена необходимостью изучения физиологического и патологического акушерства, специальных методов исследования и лечения в акушерской практике.

Цель: углубленное изучение теоретических основ физиологического и патологического акушерства, совершенствование практических умений и навыков,

обеспечивающих улучшение профессиональных компетенций врача – специалиста, необходимых для оценки состояния плода и материм, диагностики, диф. диагностики выбора и проведения лечения в акушерской практике.

Задачи:

1. Углубление знаний и совершенствование практических умений в физиологическом и патологическом акушерстве, диагностике и терапии патологии беременности.
2. Углубление знаний и совершенствование практических умений в диагностике и терапии у беременных женщин.
3. Углубление знаний и совершенствование практических умений в диагностике и терапии жизнеугрожающих состояниях в акушерской практике.

По окончании изучения учебного модуля 2 обучающийся должен знать:

Общие знания:

- принципы врачебной этики и деонтологии, основы законодательства и правовые документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения,
- организацию акушерской и гинекологической помощи в стране, организационную работу скорой и неотложной помощи,
- показатели и структуру материнской, перинатальной и младенческой смертности в стране, регионе, своем ЛПУ, мероприятия по их снижению,
- структуру гинекологической заболеваемости,
- структуру амбулаторной и стационарной акушерско-гинекологической помощи,
- отраслевые стандарты объемов обследования и лечения в акушерстве, гинекологии и перинатологии,
- законодательство по охране труда женщин,
- правовые вопросы деятельности врача акушера-гинеколога,

Специальные знания:

- основы топографической анатомии,
- основные вопросы нормальной и патологической физиологии,
- основные вопросы физиологического и патологического течения беременности и родового акта,
- причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления, влияние производственных факторов на состояние репродуктивной системы,
- регуляцию, физиологию и патологию репродуктивной функции женщины, виды ее нарушений,
- экстрагенитальную патологию при беременности,
- возрастные периоды развития женщины, основные анатомические и функциональные изменения органов репродуктивной системы в возрастном аспекте,
- основы перинатологии и раннего периода новорожденности,
- физиологию и патологию беременности, родов и послеродового периода, группы риска,

- клиническую симптоматику и терапию неотложных состояний, в том числе в акушерстве, гинекологии и перинатологии, их профилактику,
- физиологию и патологию системы гемостаза, профилактику и терапию шока и кровопотери, коррекцию нарушений свертывающей системы крови, показания и противопоказания к переливанию крови и ее компонентов, общие и специальные методы исследования,
- основы иммунологии и генетики в акушерстве и гинекологии, принципы, приемы и методы обезболивания родов,
- основы интенсивной терапии и реанимации, основы инфузионной терапии, характеристику препаратов крови и кровезаменителей, основы фармакотерапии,
- основы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных,
- методы реабилитации, основы патогенетического подхода при проведении терапии, основы физиотерапии и лечебной физкультуры, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению,
- общие и специальные методы исследования в акушерстве и гинекологии (в том числе и УЗИ),
- основы применения эндоскопии и рентгенодиагностики для обследования и лечения акушерских и гинекологических больных, вопросы асептики и антисептики в акушерстве и гинекологии,
- эфферентные методы лечения в акушерстве (классификация по принципам действия), детоксикацию, рекоррекцию, иммунокоррекцию, показания к их применению,
- основы фармакотерапии в акушерстве и гинекологии, влияние лекарственных препаратов на плод и новорожденного,
- основы физиотерапии и лечебной физкультуры в акушерстве и гинекологии, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению,
- основы рационального питания и принципы диетотерапии, новые современные методы профилактики и лечения акушерской и гинекологической патологии,
- принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных, профилактику осложнений,
- основы онкологической настороженности в целях профилактики и ранней диагностики злокачественных новообразований,
- этиологию, патогенез, клинические проявления, принципы лечения и профилактику воспалительных заболеваний органов малого таза,
- этиологию опухолей, морфологические проявления предопухолевых процессов, морфологическую классификацию опухолей, механизмы канцерогенеза на уровне клетки, органа, организма, принципы терапии, клиническую симптоматику доброкачественных и злокачественных опухолей, их клинику, принципы лечения и профилактики, клиническую симптоматику, диагностику предраковых заболеваний,
- методы планирования семьи,
- вопросы временной и стойкой нетрудоспособности, врачебно-трудовой экспертизы в акушерстве и гинекологии, организацию, проведение диспансеризации больных, анализ ее эффективности, медицинское страхование,
- особенности санэпидрежима в отделениях стационара, женской консультации, показания к госпитализации,

- оборудование и оснащение операционных и палат интенсивной терапии, технику безопасности при работе с аппаратурой, хирургический инструментарий, применяемый при различных акушерских и гинекологических операциях, принципы работы с мониторами,
- основы медицинской психологии, психические свойства личности, особенности психических процессов при острой септической инфекции в акушерстве, при выявлении злокачественной опухоли органов репродуктивной системы, определение понятий «этика», «деонтология», «медицинская деонтология», «ятрогенные заболевания», риск возникновения ятрогенных заболеваний в акушерстве.

По окончании изучения учебного модуля № 2 обучающийся должен уметь:

- выявить факторы риска развития осложнений беременности, родов и послеродового периода и провести профилактические мероприятия;
- провести физиологические и патологические роды (тазовое предлежание, поперечное положение плода, разгибательные и асинклитические вставления головки, крупный плод, многоплодие, многоводие, узкий таз, преждевременные и запоздалые роды);
- определить тактику ведения родов при экстрагенитальных заболеваниях;
- определить показания для оперативного родоразрешения (кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуумэкстракция плода);
- оказать неотложную помощь при тяжелой преэклампсии и эклампсии, разрыве матки, акушерском кровотечении, геморрагическом и септическом шоке;
- выполнить реанимационные мероприятия при асфиксии и родовой травме новорожденного;
- оформлять информированное согласие на все виды оказания акушерско-гинекологической помощи,
- получать информацию о заболевании, выявлять общие и специфические признаки заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи или интенсивной терапии,
- оценить тяжесть состояния беременной, роженицы, родильницы и больной, принять необходимые меры, определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, оказать необходимую срочную первую помощь.
- использовать методы диагностики акушерских кровотечений, оценки кровопотери и остановки кровотечения в соответствии с разработанными алгоритмами (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, предлежание плаценты, гипотоническое кровотечение).
- использовать методы диагностики тяжелой преэклампсии в соответствии с разработанными алгоритмами (преэклампсия тяжелой степени, эклампсия).
- диагностировать клинически и анатомически узкий таз и выбрать метод родоразрешения в соответствии с периодом родов.
- организовать лечебно-диагностический процесс и проведение профилактических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях, в дневном стационаре и на дому в объеме, предусмотренном квалификационной характеристикой врача акушера-гинеколога.

- определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, функциональных и др.), уметь интерпретировать их результаты.
- вести нормальные роды.
- оценивать состояние плода и новорожденного.
- диагностировать беременность, прогнозировать осложнения, вести беременность при сопутствующих экстрагенитальных заболеваниях.
- своевременно определить показания к операции кесарева сечения, уметь оценить противопоказания, выполнить оперативное родоразрешение.
- подготовить беременную женщину к оперативному родоразрешению.
- вести послеоперационный период после кесарева сечения.

По окончании изучения учебного модуля 2 обучающийся должен владеть навыками:

- обосновать методику обезболивания и наиболее целесообразный план операции, выполнить ее в необходимом объеме, разработать схему послеоперационного ведения больного и профилактику послеоперационных осложнений.
- определить показания и противопоказания к назначению лекарственных средств во время беременности.
- определить показания и противопоказания к назначению физиотерапевтических процедур, а также санаторно-курортного лечения.
- диагностировать, определять тактику ведения и профилактику гинекологических заболеваний,
- принципы скрининга, лечения и профилактики онкологических заболеваний среди гинекологических больных и беременных женщин.
- определять показания для углубленного обследования при подозрении на туберкулез женских гениталий среди гинекологических больных и беременных женщин.
- определять показания для углубленного обследования при подозрении на СПИД и другие иммунодефицитные состояния среди гинекологических больных и беременных женщин.
- проводить диспансеризацию населения и оценить ее эффективность, проводить санитарно-просветительную работу - оформить необходимую медицинскую документацию, составить отчет о своей работе, дать ее анализ
- выявить противопоказания к беременности и родам, оформить медицинскую документацию на прерывание беременности, провести реабилитацию после прерывания беременности.
- проводить санитарно-просветительную работу по пропаганде здорового образа жизни, предупреждению развития акушерской патологии и гинекологической заболеваемости.
- применять правила этики, деонтологии при проведении лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий, в том числе после операций удаления органов репродуктивной системы.

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 акушерского 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 акушерского профиля, нуждающихся в оказании специализированной медицинской помощи. (ПК-2);
- способность и готовность к оказанию медицинской помощи пациентам акушерского профиля в чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации. (ПК-3).
- 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 (см. п. 4)
Трудоемкость освоения: 66 акад. часов или 66 зач. ед.

Учебно-тематический план учебного модуля МСП 2
Очно-дистанционная форма обучения

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад. часов/зач. единиц)	В том числе						
			Очное обучение				Дистанц. обучение		
			лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	Форма контроля	Лекции	ПЗ, СЗ (ЭОР)	Форма контроля
Специальные дисциплины (МСП)									
МСП 2	Физиологическое и патологическое акушерство	66	-	36	-	Промежуточный контроль (тестирование)	30	-	Промежуточный контроль (тестирование)
Раздел 1. Физиологическое акушерство.									
2.1	Методы исследования в акушерстве.	2	-	-	-	-	2	-	Текущий контроль (тесты)
2.1.2	Норма беременности.	2	-	-	-	-	2	-	Текущий контроль (тесты)

2.1.3	Физиология родов и послеродового периода.	2	-	-	-	-	2	-	Текущий контроль (тесты)
2.1.4	Методы подготовки беременной к родам.	2	-	-	-	-	2	-	Промежуточный контроль (тесты)
Раздел 2. Клиническое акушерство и антенатальная охрана плода.									
2.2.1	Антенатальная охрана здоровья плода и иммунобиологические взаимоотношения матери и плода.	2	-	-	-	-	2	-	Текущий контроль (устный)
2.2.2	Многоплодная беременность.	2	-	-	-	-	2	-	Текущий контроль (устный)
2.2.3	Беременность и экстрагенитальные заболевания. Анте- и интранатальная охрана плода.	2	-	-	-	-	2	-	Текущий контроль (устный)
2.2.4	Антенатально повреждающие факторы. Фето-плацентарная недостаточность.	2	-	2	-	-	-	-	Текущий контроль (устный)
2.2.5	ЗВУР. Гипоксия плода и асфиксия новорожденного. Перинатальная охрана плода и новорожденного.	2	-	2	-	-	-	-	Текущий контроль (устный)
2.2.6	Реанимация и интенсивная терапия новорожденных.	2	-	-	-	-	2	-	Текущий контроль (устный)
Раздел 3. Патологическое и оперативное акушерство									
2.3.1	Современные технологии прерывания беременности в разные сроки.	4	-	4	-	-	-	-	Текущий контроль (устный)
2.3.2	Невынашивание беременности.	6	-	6	-	-	-	-	Текущий контроль (устный)

2.3.3	Неправильные положения плода (косое, поперечное, асинклитические вставления головки, высокое прямое и др.).	2	-	-	-	-	2	-	Текущий контроль (устный)
2.3.4	Многоводие. Крупный плод.	2	-	2	-	-	-	-	Текущий контроль (устный)
2.3.5	Тазовые предлежания плода.	2	-	-	-	-	2	-	Текущий контроль (устный)
2.3.6	Аномалии родовой деятельности.	2	-	-	-	-	2	-	Текущий контроль (устный)
2.3.7	Узкий таз в современном акушерстве.	1	-	-	-	-	1	-	Текущий контроль (устный)
2.3.8	Агрессия в акушерстве. Акушерский травматизм матери и плода.	2	-	-	-	-	2	-	Текущий контроль (устный)
2.3.9	Преэклампсия	4	-	4	-	-	-	-	Текущий контроль (устный)
2.3.10	Сепсис	2	-	-	-	-	2	-	Текущий контроль (устный)
2.3.11	Кровотечения во время беременности и родов.	4	-	4	-	-	-	-	Текущий контроль (устный)
2.3.12	Массивные акушерские кровотечения. Геморрагический шок.	4	-	4	-	-	-	-	Текущий контроль (устный)
2.3.13	Акушерские операции.	1	-	-	-	-	1	-	Текущий контроль (устный)
2.3.14	Кесарево сечение в современном акушерстве.	6	-	6	-	-	-	-	Текущий контроль (устный)
2.3.15	Осложнения при акушерских операциях.	1	-	-	-	-	1	-	Текущий контроль (устный)

2.3.16	Анестезиологические пособия в акушерстве. Реанимация и интенсивная терапия.	1	-	-	-	-	1	-	Текущий контроль (устный)
2.3.17	Патология послеродового периода.	2	-	2	-	-	-	-	Текущий контроль (устный)
	Всего	66		36			30		

Трудоемкость освоения: 66 акад. часов или 66 зач. ед.

Содержание учебного модуля МСП 2

Отформатировано: Шрифт: 14 пт, русский

2.1	Раздел 1. Физиологическое акушерство.
2.1.1	Тема 1. Методы исследования в акушерстве.
2.1.1.1	Элемент 1. Клинические и лабораторные методы исследования.
2.1.1.2	Элемент 2. Электрофизиологические методы исследования матери и плода.
2.1.1.3	Элемент 3. Рентгенологические методы исследования.
2.1.1.4	Элемент 4. Ультразвуковые методы исследования.
2.1.1.5	Элемент 5. Эндоскопические методы исследования.
2.1.1.6	Элемент 6. Скрининговые методы пренатальной диагностики.
2.1.1.7	Элемент 7. Инвазивные методы пренатальной диагностики.
2.1.1.8	Элемент 8. Морфологические методы исследования.
2.1.2	Тема 2. Норма беременности.
3.1.2.1	Элемент 1. Подготовка супружеских пар к планируемой беременности.
3.1.2.2	Элемент 2. Физиологические изменения в ЦНС во время беременности.
2.1.2.3	Элемент 3. Физиологические изменения в ССС во время беременности.
2.1.2.4	Элемент 4. Физиологические изменения в дыхательной системе во время беременности.
2.1.2.5	Элемент 5. Физиологические изменения в ЖКТ во время беременности.
2.1.2.6	Элемент 6. Физиологические изменения в нейроэндокринной системе во время беременности.
2.1.2.7	Элемент 7. Физиологические изменения в мочевыделительной системе во время беременности.
2.1.2.8	Элемент 8. Система гемостаза во время беременности.
2.1.2.9	Элемент 9. Изменения в иммунной системе во время беременности.
2.1.2.10	Элемент 10. Антенатальная диагностика состояния плода.
2.1.3	Тема 3. Физиология родов и послеродового периода.
2.1.3.1	Элемент 1. Физио-психопрофилактическая подготовка к родам.
2.1.3.2	Элемент 2. Понятие «нормальные роды»
2.1.3.3	Элемент 3. Контроль за состоянием матери и плода в родах.
2.1.3.4	Элемент 4. Обезболивание нормальных родов.
2.1.3.5	Элемент 5. Профилактика кровотечений.
2.1.3.6	Элемент 6. Оценка состояния новорожденного.
2.1.3.7	Элемент 7. Совместное пребывание матери и ребенка. Семейно-ориентированная беременность и роды.
2.1.3.8	Элемент 8. Наблюдение и уход за матерью и новорожденным.
2.1.3.9	Элемент 9. Профилактика ГСЗ у матери и новорожденного.
2.1.3.10	Элемент 10. Поддержка и поощрение грудного вскармливания.
2.1.4	Тема 4. Методы подготовки беременной к родам.

2.1.4.1	Элемент 1. Медикаментозные.
2.1.4.2	Элемент 2. Механические.
2.2	Раздел 2. Клиническое акушерство и антенатальная охрана плода.
2.2.1	Тема 1. Антенатальная охрана здоровья плода и иммунобиологические взаимоотношения матери и плода.
2.2.1.1	Элемент 1. Иммуногематологический конфликт по системе «резус».
2.2.1.2	Элемент 2. Иммуногематологический конфликт по ABO системе.
2.2.2	Тема 2. Многоплодная беременность.
2.2.2.1	Элемент 1. Факторы риска развития многоплодной беременности (наследственные, ЭКО).
2.2.2.2	Элемент 2. Особенности течения беременности.
2.2.2.3	Элемент 3. Методы и сроки родоразрешения.
2.2.3	Тема 3. Беременность и экстрагенитальные заболевания. Анте- и интранатальная охрана плода.
2.2.3.1	Элемент 1. Беременность и заболевания ССС.
2.2.3.2	Элемент 2. Беременность и заболевания ОД.
2.2.3.3	Элемент 3. Беременность и заболевания ЖКТ.
2.2.3.4	Элемент 4. Беременность и заболевания органов мочевого выделения.
2.2.3.5	Элемент 5. Эндокринная патология и беременность.
2.2.3.6	Элемент 6. Беременности и заболевания крови.
2.2.3.7	Элемент 7. Беременности и инфекционные и паразитарные заболевания.
2.2.4	Тема 4. Антенатально повреждающие факторы. Фето-плацентарная недостаточность.
2.2.4.1	Элемент 1. Основные причины и классификация.
2.2.4.2	Элемент 2. Влияние антенатально повреждающих факторов на плод.
2.2.4.3	Элемент 3. Диагностика ХФПН.
2.2.4.3.1	Подэлемент 1. Ультразвуковая фетометрия.
2.2.4.3.2	Подэлемент 2. Плацентография.
2.2.4.3.3	Подэлемент 3. Оценка количества околоплодных вод.
2.2.4.3.4	Подэлемент 4. Доплерометрия кровотока в сосудах матери и плода.
2.2.4.3.5	Подэлемент 5. Кардиотокография.
2.2.4.3.6	Подэлемент 6. Биохимический профиль плода.
2.2.4.4	Элемент 4. Профилактика и лечение ХФПН.
2.2.4.5	Элемент 5. Особенности течения беременности и родов. Методы родоразрешения.
2.2.5	Тема 5. ЗВУР. Гипоксия плода и асфиксия новорожденного. Перинатальная охрана плода и новорожденного.
2.2.5.1	Элемент 1. Причины внутриутробной гипоксии плода. Классификация.
2.2.5.2	Элемент 2. Особенности течения беременности и родов.
2.2.5.3	Элемент 3. Влияние антенатально повреждающих факторов на плод (инфекционных и неинфекционных).
2.2.5.4	Элемент 4. Диагностика внутриутробной гипоксии плода.
2.2.5.5	Элемент 5. Синдром задержки развития плода. Формы и степени.
2.2.5.6	Элемент 6. Врожденные пороки развития плода и их пренатальная диагностика (скрининговые методы).
2.2.5.7	Элемент 7. Внутриутробное инфицирование плода. Причины. Патогенез. Пренатальная диагностика.
2.2.5.8	Элемент 8. Причины родового травматизма плода и новорожденного. Классификация.
2.2.5.9	Элемент 9. Диагностика и дифференциальная диагностика родовых травм плода и новорожденного.
2.2.5.10	Элемент 10. Реанимация и интенсивная терапия новорожденных.
2.2.6	Тема 6. Реанимация и интенсивная терапия новорожденных.
2.2.6.1	Элемент 1. Оценка новорожденного по шкале Апгар.
2.2.6.2	Элемент 2. Принципы оказания помощи при асфиксии легкой степени.

2.2.6.3	Элемент 3. Принципы оказания помощи при асфиксии средней степени.
2.2.6.4	Элемент 4. Принципы оказания помощи при асфиксии тяжелой степени.
2.3	Раздел 3. Патологическое и оперативное акушерство.
2.3.1	Тема 1. Современные технологии прерывания беременности в разные сроки.
2.3.1.1	Элемент 1. Технологии безопасного прерывания беременности в 1 триместре.
2.3.1.2	Элемент 2. Технологии безопасного прерывания беременности в 2 триместре.
2.3.1.3	Элемент 3. Технологии безопасного прерывания беременности в 3 триместре.
2.3.2	Тема 2. Невынашивание беременности.
2.3.2.1	Элемент 1. Основные причины невынашивания беременности в разные сроки (генетические, инфекционно-воспалительные, эндокринные, иммунологические и др.)
2.3.2.2	Элемент 2. Синдром потери беременности.
2.3.2.4	Элемент 3. Преждевременные роды.
2.3.2.4	Элемент 4. Ведение преждевременных родов.
2.3.2.5	Элемент 5. Ведение недоношенной беременности при отхождении вод.
2.3.2.6	Элемент 6. Подготовка к беременности женщин с невынашиванием различного генеза в анамнезе.
2.3.3	Тема 3. Неправильные положения плода (косое, поперечное, асинклитические вставления головки, высокое прямое и др.).
2.3.3.1	Элемент 1. Причины.
2.3.3.2	Элемент 2. Диагностика.
2.3.3.3	Элемент 3. Принципы ведения беременности и родов.
2.3.3.4	Элемент 4. Показания к оперативному родоразрешению.
2.3.4	Тема 4. Многоводие. Крупный плод.
2.3.4.1	Элемент 1. Причины.
2.3.4.2	Элемент 2. Диагностика.
2.3.4.3	Элемент 3. Особенности ведения беременности и родов.
2.3.4.4	Элемент 4. Показания к оперативному родоразрешению.
2.3.5	Тема 5. Тазовые предлежания плода.
2.3.5.1	Элемент 1. Этиология.
2.3.5.2	Элемент 2. Диагностика.
2.3.5.3	Элемент 3. Ведение беременности.
2.3.5.4	Элемент 4. Ведение родов.
2.3.5.5	Элемент 5. Показания к оперативному родоразрешению.
2.3.6	Тема 6. Аномалии родовой деятельности.
2.3.6.1	Элемент 1. Основные причины, факторы риска.
2.3.6.1	Элемент 2. Классификация.
2.3.6.2.1	Подэлемент 1. Слабость родовой деятельности.
2.3.6.2.1	Подэлемент 2. Чрезмерно сильная родовая деятельность.
2.3.6.2.1	Подэлемент 3. Дiskoординированная родовая деятельность.
2.3.6.3	Элемент 3. Клиника, диагностика, лечение и профилактика аномалий родовой деятельности.
2.3.6.4	Элемент 4. Ведение родов.
2.3.6.4.1	Подэлемент 1. Лечение аномалий родовой деятельности.
2.3.6.4.2	Подэлемент 2. Показания к операции кесарева сечения.
2.3.6.5	Элемент 5. Обезболивание родов.
2.3.7	Тема 7. Узкий таз в современном акушерстве.
2.3.7.1	Элемент 1. Анатомически и клинически узкий таз.
2.3.7.1.1	Подэлемент 1. Классификация узких тазов.
2.3.7.1.2	Подэлемент 2. Диагностика узких тазов.
2.3.7.1.3	Подэлемент 3. Особенности биомеханизма родов при различных формах анатомически узкого таза.

2.3.7.1.4	Подэлемент 4. Ведение родов при узком тазе.
2.3.7.1.5	Подэлемент 5. Показания к плановому и экстренному кесареву сечению при узком тазе.
2.3.7.1.6	Подэлемент 6. Дифференциальная диагностика между клинически узким тазом и угрожающим разрывом матки.
2.3.7.2	Элемент 2. Роль женской консультации и стационара в диагностике узкого таза.
	Подэлемент 1. Профилактика крупного плода.
2.3.7.2.1	Подэлемент 2. Профилактика перенашивания беременности.
2.3.7.2.2	Подэлемент 3. Выявление и лечение фето-плацентарной недостаточности.
2.3.7.2.3	Подэлемент 4. Периоперационная профилактика ГСЗ.
2.3.7.2.4	Подэлемент 5. Профилактика осложнений в родах и послеродовом периоде.
2.3.7.2.5	Элемент 3. Основные меры предупреждения неблагоприятных исходов для плода.
2.3.7.3	Подэлемент 1. Ранняя диагностика узкого таза и степени его сужения.
	Подэлемент 2. Адекватная оценка клинического несоответствия размеров таза и головки плода.
2.3.7.3.1	Подэлемент 3. Выбор рациональной акушерской тактики. Своевременное оперативное родоразрешение.
2.3.7.3.2	Подэлемент 4. Оценка состояния новорожденного. Реанимационные мероприятия. Организация реанимационной помощи.
2.3.7.3.3	
2.3.7.3.4	
2.3.8	Тема 8. Агрессия в акушерстве. Акушерский травматизм матери и плода.
2.3.8.1	Элемент 1. Разрывы наружных половых органов.
2.3.8.1.1	Подэлемент 1. Классификация.
2.3.8.1.2	Подэлемент 2. Методики зашивания.
2.3.8.1.3	Подэлемент 3. Профилактика.
2.3.8.2	Элемент 2. Разрывы шейки матки и влагалища. Гематомы влагалища.
2.3.8.2.1	Подэлемент 1. Классификация.
2.3.8.2.2	Подэлемент 2. Методики зашивания.
2.3.8.2.3	Подэлемент 3. Профилактика.
2.3.8.3	Элемент 3. Разрыв матки.
2.3.8.3.1	Подэлемент 1. Классификация.
2.3.8.3.2	Подэлемент 2. Клиника. Диагностика.
2.3.8.3.3	Подэлемент 3. Тактика. Выбор методики операции.
2.3.8.4	Элемент 4. Выворот матки.
2.3.8.5	Элемент 5. Травмы смежных органов.
2.3.8.5.1	Подэлемент 1. Разрыв лонного сочленения.
2.3.8.5.2	Подэлемент 2. Травмы мочевого пузыря и мочеточников.
2.3.8.5.3	Подэлемент 3. Травмы прямой кишки.
2.3.8.6	Элемент 6. Травматические повреждения плода.
2.3.8.6.1	Подэлемент 1. Причины.
2.3.8.6.2	Подэлемент 2. Клиника. Диагностика.
2.3.8.6.3	Подэлемент 3. Профилактика акушерского травматизма.
2.3.9	Тема 9. Преэклампсия.
2.3.9.1	Элемент 1. Современные представления об этиопатогенезе.
2.3.9.2	Элемент 2. Классификация.
2.3.9.2.1	Подэлемент 1. Классификация по МКБ 10-го пересмотра.
2.3.9.2.2	Подэлемент 2. Российская классификация.
2.3.9.2.3	Подэлемент 3. Классификация американской ассоциации акушеров-гинекологов.
2.3.9.2.4	Подэлемент 4. Редко встречающиеся формы (HELLP-синдром, острый жировой гепатоз).
	Элемент 3. Клиника. Диагностика.
2.3.9.3	Элемент 4. Оценка тяжести.
2.3.9.4	Элемент 5. Дифференциальная диагностика.
2.3.9.5	Подэлемент 1. Гломерулонефрит.
2.3.9.5.1	Подэлемент 2. Пиелонефрит.
2.3.9.5.2	Подэлемент 3. Гипертоническая болезнь.

2.3.9.5.3	Элемент 6. Особенности ведения беременности.
2.3.9.6	Элемент 7. Особенности ведения родов и послеродового периода.
2.3.9.7	Элемент 8. Интенсивная терапия.
2.3.9.8	Элемент 9. Показания к досрочному родоразрешению, методы родоразрешения.
2.3.9.9	Элемент 10. Исходы для матери и плода.
	Элемент 11. Реабилитация.
2.3.9.10	
2.3.9.11	
2.3.10	Тема 10. Сенис.
2.3.10.1	Элемент 1. История вопроса.
2.3.10.2	Элемент 2. Этиология и патогенез.
2.3.10.3	Элемент 3. Классификация.
2.3.10.4	Элемент 4. Клиника. Диагностика.
2.3.10.5	Элемент 5. Принципы лечения.
2.3.10.6	Элемент 6. Перитонит после операции кесарево сечение.
2.3.10.6.1	Подэлемент 1. Причины.
2.3.10.6.2	Подэлемент 2. Особенности диагностики.
2.3.10.6.3	Подэлемент 3. Лечебная тактика.
2.3.10.6.4	Подэлемент 4. Возможность применения органосохраняющих операций.
2.3.10.7	Элемент 7. Реабилитация больных.
2.3.11	Тема 11. Кровотечения во время беременности и родов.
2.3.11.1	Элемент 1. Классификация.
2.3.11.2	Элемент 2. Кровотечения в первой половине беременности.
2.3.11.2.1	Подэлемент 1. Аборт.
2.3.11.2.2	Подэлемент 2. Пузырный занос.
2.3.11.2.3	Подэлемент 3. Шеечно-перешеечная беременность.
2.3.11.2.4	Подэлемент 4. Кровотечения при полипах, эрозиях, злокачественных новообразованиях шейки матки.
2.3.11.2.5	Подэлемент 5. Клиника.
2.3.11.2.6	Подэлемент 6. Диагностика.
2.3.11.2.7	Подэлемент 7. Профилактика.
2.3.11.2.8	Подэлемент 8. Реабилитация.
2.3.11.2.9	Подэлемент 9. Роль женской консультации в предупреждении патологии.
2.3.11.3	Элемент 3. Кровотечения во второй половине беременности.
2.3.11.3.1	Подэлемент 1. Предлежание плаценты.
2.3.11.3.2	Подэлемент 2. Преждевременная отслойка плаценты.
2.3.11.3.3	Подэлемент 3. Дифференциальная диагностика.
2.3.11.3.4	Подэлемент 4. Современные подходы к ведению беременности и родов.
2.3.11.3.5	Подэлемент 5. Лечение. Показания к оперативному родоразрешению.
2.3.11.3.6	Подэлемент 6. Профилактика.
2.3.11.3.7	Подэлемент 7. Роль женской консультации в предупреждении патологии.
2.3.11.4	Элемент 4. Кровотечения во время родов.
2.3.11.4.1	Подэлемент 1. Предлежание плаценты.
2.3.11.4.2	Подэлемент 2. Преждевременная отслойка плаценты.
2.3.11.4.3	Подэлемент 3. Клиника, диагностика, дифф. диагностика.
2.3.11.4.4	Подэлемент 4. Лечение. Показания к оперативному родоразрешению.
2.3.11.4.5	Подэлемент 5. Профилактика.
2.3.11.4.6	Подэлемент 6. Кровотечения, обусловленные нарушением механизма отделения и выделения последа.
2.3.11.5	Элемент 5. Кровотечения в раннем и позднем послеродовых периодах.
2.3.11.5.1	Подэлемент 1. Гипотоническое, атоническое маточное кровотечение.
2.3.11.5.2	Подэлемент 2. Коагулопатические кровотечения.
2.3.11.5.3	Подэлемент 3. Кровотечения, обусловленные травмой родовых путей.
2.3.11.5.4	Подэлемент 4. Выворот матки.
2.3.11.5.5	Подэлемент 5. Кровотечения, обусловленные задержкой частей последа в полости матки.

2.3.11.5.6	Подэлемент 6. Кровотечения в позднем послеродовом периоде.
2.3.12	Тема 12. Массивные акушерские кровотечения. Геморрагический шок.
2.3.12.1	Элемент 1. Геморрагический шок.
2.3.12.1.1	Подэлемент 1. Изменения в организме при острой кровопотере.
2.3.12.1.2	Подэлемент 2. Стадии геморрагического шока.
2.3.12.1.3	Подэлемент 3. Клиника. Диагностика.
2.3.12.1.4	Подэлемент 4. Методы остановки акушерских кровотечений (консервативные, хирургические: перевязка ВПА, наложение компрессионных швов на матку, гистерэктомия).
2.3.12.1.5	Подэлемент 5. Программы инфузионно-трансфузионной терапии.
2.3.12.1.6	Подэлемент 6. Полиорганная недостаточность.
2.3.12.1.7	Подэлемент 7. Профилактика полиорганной недостаточности (аутотрансфузия, интраоперационная реинфузия крови, применение методов экстракорпоральной детоксикации).
2.3.12.2	Элемент 2. Система гемостаза и ее роль в сохранении постоянства внутренней среды.
2.3.12.3	Элемент 3. Основные причины развития ДВС-синдрома в акушерстве.
2.3.12.3.1	Подэлемент 1. Гестоз.
2.3.12.3.2	Подэлемент 2. Шок любой этиологии.
2.3.12.3.3	Подэлемент 3. ЭОВ.
2.3.12.3.4	Подэлемент 4. Пузырный занос.
2.3.12.3.5	Подэлемент 5. Заоболочечное введение гипертонических растворов.
2.3.12.3.6	Подэлемент 6. Заболевания печени.
2.3.12.3.7	Подэлемент 7. Заболевания крови.
2.3.12.3.8	Подэлемент 8. Наследственные дефекты системы гемостаза.
2.3.12.4	Элемент 4. Патогенез. Стадии развития (гиперкоагуляция, гипокоагуляция, патологический фибринолиз).
2.3.12.5	Элемент 5. Формы проявления (молниеносная, острая, подострая, хроническая).
2.3.12.6	Элемент 6. Клиническая и лабораторная диагностика.
2.3.12.7	Элемент 7. Лечение.
2.3.12.8	Элемент 8. Профилактика.
2.3.12.9	Элемент 9. Реабилитация.
2.3.13	Тема 13. Акушерские операции.
2.3.13.1	Элемент 1. Прерывание беременности в ранних и поздних сроках. Показания и противопоказания.
2.3.13.1.1	Подэлемент 1. Методы консервативного прерывания беременности (медикаментозный аборт, интраамниальное и заоболочечное введение гипертонических растворов, внутривенная инфузия простагландинов и окситоцина).
2.3.13.1.2	Подэлемент 2. Методы хирургического прерывания беременности (вакуум-аспирация на малых сроках беременности, инструментальный аборт-дилатация и эвакуация содержимого полости матки, малое кесарево сечение).
2.3.13.1.3	Подэлемент 3. Подготовка шейки матки (антипрогестины, ламинарии, простагландины Е).
2.3.13.1.4	Подэлемент 4. Профилактика осложнений.
2.3.13.2	Элемент 2. Акушерские щипцы (типичные).
2.3.13.2.1	Подэлемент 1. Показания, противопоказания, условия.
2.3.13.2.2	Подэлемент 2. Профилактика осложнений.
2.3.13.3	Элемент 3. Вакуум-экстракция плода.
2.3.13.3.1	Подэлемент 1. Показания, противопоказания, условия.
2.3.13.3.2	Подэлемент 2. Профилактика осложнений.
2.3.13.4	Элемент 4. Экстракция плода за тазовый конец.
2.3.13.4.1	Подэлемент 1. Показания, противопоказания, условия.
2.3.13.4.2	Подэлемент 2. Профилактика осложнений.
	Элемент 5. Плодоразрушающие операции (краниотомия, краниоклазия,

2.3.13.5	эвисцерация, перфорация последующей головки).
2.3.13.5.1	Подэлемент 1. Показания, противопоказания, условия.
2.3.13.5.2	Подэлемент 2. Профилактика осложнений.
2.3.13.6	Элемент 6. Зашивание разрывов промежности 1,2,3 степени.
2.3.13.6.1	Подэлемент 1. Техника операции.
2.3.13.6.2	Подэлемент 2. Уход за швами.
2.3.13.7	Элемент 7. Ручное обследование полости матки.
2.3.13.7.1	Подэлемент 1. Показания, противопоказания, условия, техника выполнения.
2.3.13.7.2	Подэлемент 2. Профилактика осложнений.
2.3.13.8	Элемент 8. Ручное отделение плаценты и выделение последа.
2.3.13.8.1	Подэлемент 1. Показания, противопоказания, условия.
2.3.13.8.2	Подэлемент 2. Профилактика осложнений.
2.3.13.9	Элемент 9. Ручное вправление выворота матки.
2.3.13.9.1	Подэлемент 1. Техника выполнения операции.
2.3.13.9.2	Подэлемент 2. Особенности ведения в послеродовом периоде.
2.3.13.10	Элемент 10. Перевязка маточных и внутренних подвздошных артерий с целью остановки акушерских кровотечений.
2.3.13.10.1	Подэлемент 1. Показания, техника.
2.3.13.10.2	Подэлемент 2. Профилактика осложнений.
2.3.13.11	Элемент 11. Наложение компрессионных швов на матку (Б.Линч, Перейра).
2.3.13.11.1	Подэлемент 1. Показания, техника.
2.3.13.11.2	Подэлемент 2. Профилактика осложнений.
2.3.13.12	Элемент 12. Гистерэктомия (тотальная, субтотальная).
2.3.13.12.1	Подэлемент 1. Показания, техника.
2.3.13.12.2	Подэлемент 2. Профилактика осложнений.
2.3.14	Тема 14. Кесарево сечение в современном акушерстве.
2.3.14.1	Элемент 1. История вопроса.
2.3.14.2	Элемент 2. Показания и противопоказания к операции кесарева сечения во время беременности и в родах. Условия.
2.3.14.3	Элемент 3. Методики операции кесарева сечения.
2.3.14.3.1	Подэлемент 1. Корпоральное кесарево сечение.
2.3.14.3.2	Подэлемент 2. Истмико-корпоральное.
2.3.14.3.3	Подэлемент 3. В нижнем сегменте матки.
2.3.14.3.4	Подэлемент 4. Экстраперитонеальное кесарево сечение.
2.3.14.3.4	Подэлемент 5. Кесарево сечение по Старк.
2.3.14.4	Элемент 4. Новые методики восстановления целостности матки.
2.3.14.5	Элемент 5. Кровосберегающие технологии при операции кесарева сечения.
2.3.14.6	Элемент 6. Ведение родильниц в послеоперационном периоде.
2.3.14.7	Элемент 7. Показания для расширения объема операции (перевязка ВПА, консервативная миомэктомия, гистерэктомия).
2.3.14.8	Элемент 8. Программа инфузионной терапии при кровотечении во время и после операции кесарева сечения.
2.3.14.9	Элемент 9. Выбор метода анестезии.
2.3.14.10	Элемент 10. Осложнения при операции кесарева сечения (кровотечения, гематомы в области шва или передней брюшной стенки, повреждения соседних органов, ТЭЛА, ГСЗ).
2.3.14.11	Элемент 11. Профилактика осложнений.
2.3.14.12	Элемент 12. Влияние кесарева сечения на снижение частоты перинатальной смертности.
2.3.15	Тема 15. Осложнения при акушерских операциях.
2.3.15.1	Элемент 1. Кровотечения.
2.3.15.2	Элемент 2. ГСЗ.
2.3.15.3	Элемент 3. Тромбозы и эмболии.

2.3.15.4	Элемент 4. Осложнения анестезиологических пособий.
2.3.16	Тема 16. Анестезиологические пособия в акушерстве. Реанимация и интенсивная терапия.
2.3.16.1	Элемент 1. Обезболивание родов.
2.3.16.1.1	Подэлемент 1. Обезболивание с использованием наркотических и ненаркотических анальгетиков и спазмолитиков.
2.3.16.1.2	Подэлемент 2. Электроанальгезия.
2.3.16.1.3	Подэлемент 3. Аутоанальгезия ингаляционными анестетиками.
2.3.16.1.4	Подэлемент 4. Проводниковые методы анестезии (эпидуральная, перидуральная, спинномозговая).
2.3.16.2	Элемент 2. Обезболивание «малых» акушерских операций.
2.3.16.3	Элемент 3. Анестезия во время операции кесарева сечения (эндотрахеальный наркоз, перидуральная анестезия).
2.3.16.4	Элемент 4. Обезболивание при акушерских операциях (акушерские щипцы, плодоразрушающие операции, ручное обследование полости матки).
2.3.17	Тема 17. Патология послеродового периода.
2.3.17.1	Элемент 1. Нарушения лактации. Лактостаз.
2.3.17.2	Элемент 2. Трещины сосков. Профилактика и лечение.
2.3.17.3	Элемент 3. Лактационный мастит.
2.3.17.3.1	Подэлемент 1. Этиопатогенез.
2.3.17.3.2	Подэлемент 2. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика лактостаза и послеродового мастита.
2.3.17.3.3	Подэлемент 3. Лечение. Профилактика.
2.3.17.4	Элемент 4. Субинволюция матки. Причины. Диагностика.

Формы и методы контроля знаний слушателей (по модулю): рубежный контроль - компьютерное тестирование, собеседование, ситуационные задачи

Тесты:

Для выбора ответов на поставленные вопросы используйте приведенную ниже схему:

- А — если верно 1,2,3
- Б — если верно 1,3
- В — если верно 2,4
- Г — если верно только 4
- Д — если верно все

1. Показания к прерыванию беременности при тяжелом течении преэклампсии:

- 1. Фетоплацентарная недостаточность
- 2. Повышение уровня билирубина в крови до 40-80 мкмоль/л
- 3. Отсутствие эффекта от лечения преэклампсии в течение 1-2 суток
- 4. Олигурия

2. Патогенетические механизмы преэклампсии:

- 1. Снижение объема циркулирующей крови
- 2. Снижение объема циркулирующей плазмы
- 3. Повышение вязкости крови
- 4. Снижение объема циркулирующих эритроцитов

3. Для сочетанных форм преэклампсии характерно:

- 1. Раннее начало (в конце 2-го триместра беременности)
- 2. Преобладание симптомов экстрагенитального заболевания на фоне которого развилась преэклампсия
- 3. Нарушение маточно-плацентарного кровотока

4. Обязательное наличие триады Цангенмейстера

4. Основными причинами слабости родовой деятельности являются:

1. Ригидность шейки матки
2. Снижение уровня эндогенных простагландинов
3. Несоответствие между размерами головки плода и тазом матери
4. Длительный прелиминарный период

5. Повторнобеременная, первородящая, 28 лет. В анамнезе 2 самопроизвольных выкидыша. В родах 14 часов. Открытие шейки 6 см. Соразмерно головки плода и таза матери полная. Предлежание тазовое. Безводный промежуток 10 часов. На КТГ-гипоксия плода.

Схватки редкие, короткие, слабые. Показана следующая акушерская тактика:

1. Начать профилактическую антибактериальную терапию
2. Лечение гипоксии плода
3. Стимуляция родовой деятельности в/в введением окситоцина и/или простагландинов
4. Провести операцию кесарева сечения

6. В комплексных схемах для стимуляции родовой деятельности применяют:

1. Окситоцин, простагландины
2. АТФ, сигетин
3. Глюкозу
4. Аскорбиновую кислоту

7. Если предлежащая часть плода с началом родовой деятельности не прижата ко входу в малый таз, следует предположить наличие:

1. анатомически узкого таза
2. предлежания плаценты
3. клинически узкого таза
4. анэнцефалии плода

8. Абсолютными показаниями к операции кесарева сечения при живом плоде являются:

1. Тазовое предлежание плода
2. Передний вид лицевого вставления головки плода
3. Передне-теменное вставление головки плода
4. Лобное вставление головки плода

9. Для профилактики послеоперационных септических осложнений в послеоперационном периоде применяют:

1. Аспирационно-промывное дренирование полости матки
2. Антибактериальную терапию
3. Утеротоническую терапию
4. Физические факторы

10. Кесарево сечение показано при:

1. тазовом предлежании крупного плода
2. ножном предлежании плода в сочетании с плоским тазом у беременной
3. ножном предлежании плода в тазовом предлежании плода мужского пола у первородящей
4. тазовом предлежании плода и дородовом излитии вод

11. Основные показатели коагулопатии потребления:

1. Снижение концентрации фибриногена
2. снижение концентрации протромбина
3. снижение количества тромбоцитов
4. Агрегация тромбоцитов 170

12. Для полного истинного приращения плаценты характерно:

1. Сильное кровотечение из половых путей через 5-10 мин. после рождения плода

2. Небольшие кровянистые выделения из половых путей сразу после рождения плода
3. Острый ДВС - синдром
4. Отсутствие кровянистых выделений из половых путей в раннем послеродовом периоде

13. Факторы, защищающие материнский организм от антигенов плода:

1. Альфафетопротеин
2. Глобулины
3. Плацентарный лактоген
4. Естественные антитела а и b

14. УЗИ критерии диагностики ассиметричной формы задержки роста плода:

1. Уменьшение количества околоплодных вод
2. Уменьшение размеров печени у плода
3. Наличие пороков развития почек у плода
4. Гипотрофия туловища при обычных размерах головки

15. При каком типе плаценты возможно развитие трансфузионного синдрома у близнецов:

1. Бихориальной-биамниональной раздельной
2. Бихориальной-биамниональной слившейся
3. При любом типе плаценты
4. Монохориальной

16. Аномалии плаценты, ведущие к развитию ассиметричной формы задержки плода:

1. Предлежание плаценты
2. Гемангиома плаценты
3. Диффузные множественные инфаркты
4. Трансфузионный синдром близнецов при монохориальной плаценте с большим артериовенозным шунтом.

17. КТГ - признаками страдания плода являются:

1. Наличие спорадических акцелераций
2. Синусоидальный ритм
3. Вариабельность базального ритма более 150-155 уд в мин
4. Наличие поздних децелераций

18. Клинические симптомы угрожающего разрыва матки:

1. Болезненность нижнего сегмента
2. Интенсивная родовая деятельность
3. Затрудненное мочеиспускание
4. Отек шейки матки

19. Показания к перинео- или эпизиотомии:

1. Ригидная промежность
2. Преждевременные роды
3. Угрожающая асфиксия плода
4. Тазовое предлежание плода

20. Клинические признаки серозного послеродового мастита:

1. Покраснение кожи над участком уплотнения в молочной железе.
2. Боли в молочной железе на стороне поражения
3. Температуры тела 38-39°
4. Гнойные выделения из соска молочной железы

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Д
2. А
3. А
4. Д
5. Г
6. Г

- | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 7. А | 8. В | 9. Д | 10. Д | 11. А | 12. Г |
| 13. А | 14. Г | 15. Г | 16. Д | 17. В | 18. Д |
| 19. Д | 20. А | | | | |

Законодательные и правовые документы к учебному модулю № 2:

1. Приказ МЗ РФ от 01.11.2012 №572н «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

Литература к учебному модулю № 2

Основная:

1. Адамс Х-А., Флеминг А., Фридрих Л., Рушulte X. Атлас по неотложной помощи. М.: МЕДпресс-информ 2009.
2. Актуальные вопросы патологии репродукции. Всерос. науч-практ. конференция с междунар. участием, посвящ. 25-летию каф. акушерства и гинекологии ФПК и ППС АГМУ [Текст] : сб. науч. ст. / под ред. В. А. Гурьевой. - Барнаул : Азбука, 2011. - 151 с.
3. Акушерство [Текст] : учеб. для мед. вузов / Э. К. Айламазян. - 7-е изд., испр. и доп. - СПб. : СпецЛит, 2010. - 543 с. : ил.
4. Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 1200 с. - (Серия "Национальные руководства").
5. Акушерство: рук. к практ. занятиям: учеб. пособие / М. В. Дзигуа, А. А. Скребушевская. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 304 с.: ил
6. Акушерство: учеб. для студ. мед. вузов, ординаторов, аспирантов / Г. М. Савельева [и др.]. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2011. - 656 с. : ил. - всего 35 : ХР (2), ЧЗ (1), АСК (32)
7. Баева, Ирина Юрьевна. Крупный плод в современном акушерстве: состояние проблемы и дискуссионные вопросы [Текст]: монография / И. Ю. Баева, И. И. Каган, О. Д. Константинова. - Оренбург : [б. и.], 2010. - 146 с.
8. 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 г. 192 стр.
9. Бочков Н.П., Пузырев В.П. Наследственные болезни (+CD). Национальное Руководство. Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2012 г. 936 стр.
10. Гельфанд Р.Б. Инфузионно-трансфузионная терапия в клинической медицине М.: МИА, 2009. – 256 с.
11. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного: руководство. Савельева Г.М., Конопляников А.Г., Курцер М.А. 2013. - 144 с.
12. Гурьева В.А. Антенатальное наблюдение. Оценка состояния плода и новорожденного. Методическое пособие. / В.А.Гурьева. – Барнаул: Изд-во ГБОУ ВПО АГМУ МЗ России, 2012. – 60 с.
13. Гус А. И., Адамян Л.В., Демидов В.Н. Лучевая диагностика и терапия в акушерстве и гинекологии. Национальное Руководство. Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2012

г.656с.

14. Клинические лекции по акушерству и гинекологии: учебное пособие. В 2-х томах. Том 15. Акушерство. Давыдова А.И. / Под ред. А.Н. Стрижакова. Издательство: Медицина. 2010. - 496 с.

16. Медицинское право. Юридические основы деятельности врача. Под ред. Сергеева Ю.Д. - М.: ГЭОТАР – Медиа 2008.

17. Невиль Ф. Хакер, Джозеф К. Гамбон, Кельвин Дж. Хобел. Акушерство и гинекология. Иллюстрированный учебник / Невиль Ф. Хакер, Джозеф К. Гамбон, Кельвин Дж. Хобел; пер. с англ. под ред. Э.К. Айламазяна. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012

18. Невынашивание беременности: руководство. Подзолкова Н.М., Скворцова М.Ю., Шевелева Т.В. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 136 с.

198. Неразвивающаяся беременность. Тромбофилические и клинко-иммунологические факторы: руководство. Доброхотова Ю.Э., Джобава Э.М., Озерова Р.И. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 144 с.:

20. Патология пуповины: руководство. Гагаев Ч.Г. / Под ред. В.Е. Радзинского. -М. ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 196 с.

21. 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]

22. Стругацкий В.М., Маланова Т.Б., Арсланян К.Н. Физиотерапия в практике акушера-гинеколога. Клинические аспекты и рецептура - 2 изд.- МедПресс, 2008 – с.272

23. Фармакотерапия при беременности. Под ред. Рубина П., Рэмсей М., Белоусова Ю.Б. - ГЭОТАР-Медиа, 2010.-296

Дополнительная:

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.

1. Клинические лекции: руководство.2-е изд., исправл. и доп. (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - ГЭОТАР-Медиа, 2010.

2. Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. Гинекологическая эндокринология.: М.- 2011.- 145 с.

3. Клинические лекции. Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2012. -280 с.

4. 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.

5. Кельвин Дж. Хобел. Гинекологическая эндокринология. / Пер. с англ. под ред. Э.К. Айламазяна. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012 с.

6. Недержание мочи у женщин: руководство. Неймарк А.И., Раздорская М.В. - 2013. - 128 с.
7. Остеопороз / Л.И. Беневоленская, Н.В. Торопцова -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011
8. Подзолкова Н.М., Кузнецова И.В., Глазкова О.Л. Клиническая гинекология - М.: МИА, 2009. - 616 с.
9. Подзолкова Н.М., Кузнецова И.В., Коренная В.В. Гормональная терапия в пери- и постменопаузе. Руководство для врачей. Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2012 - 112 с.
10. Тумилович Л. Г., Геворкян М. А. Справочник гинеколога-эндокринолога. –М: Практическая медицина, 2010.
11. 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.

8.3 РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ № 3.

МОДУЛЬ 3 «Патология репродуктивной системы. Гинекология»

Пояснительная записка

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

Цель: углубленное изучение теоретических основ репродуктивной эндокринологии 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.

Задачи:

1. Углубление знаний и совершенствование практических умений по физиологии и патофизиологии репродуктивной системы, диагностике и терапии гинекологической патологии.
2. Углубление знаний и совершенствование практических умений в диагностике и терапии неотложных состояний в гинекологии.
3. Углубление знаний и совершенствование практических умений в диагностике и терапии жизнеугрожающих состояний.

По окончании изучения учебного модуля 3 обучающийся должен знать:

- 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;
- основы оказания и стандарты амбулаторной и стационарной акушерской помощи беременным, роженицам и родильницам;
- факторы, влияющие на репродуктивное здоровье, и критерии его характеризующие;
- анатомию и физиологию внутренних половых органов вне и во время беременности;
- анатомию и физиологию органов мочеотделения, нижних отделов толстой кишки;

- особенности физиологического течения беременности, родов и послеродового периода;
- 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 оказания неотложной медицинской помощи (в том числе в акушерстве и гинекологии);
- основы экспертизы временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизы и порядок их проведения;

По окончании изучения учебного модуля № 3 обучающийся должен уметь:

- составить план ведения беременности и родов в зависимости от имеющихся факторов риска, наличия акушерской и соматической патологии;
 - составить план проведения пренатальной диагностики врожденной и наследственной патологии плода и новорожденного (ультразвуковой, биохимический скрининг);
 - составить план проведения антенатального мониторинга состояния фетоплацентарного комплекса в течение беременности (УЗИ, КТГ плода);
 - интерпретировать данные УЗИ, КТГ плода и лабораторных методов обследования беременных;
 - определить тактику ведения родов при экстрагенитальных заболеваниях
- Вопросы организации акушерско-гинекологической помощи:
- осуществлять диспансерное наблюдение за беременными женщинами (в том числе: патронаж беременных женщин и родильниц), формировать группы "высокого акушерского и перинатального риска" в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода;
 - организовать проведение пренатального скрининга для формирования групп риска по внутриутробному поражению плода;
 - провести физическую и психопрофилактическую подготовку беременных женщин к родам, в том числе подготовку семьи к рождению ребенка;
 - организовать экстренную медицинскую помощь беременным женщинам, родильницам и гинекологическим больным независимо от их места жительства в случае их непосредственного обращения в женскую консультацию при возникновении острых состояний;
 - организовать в случаях необходимости консультирование беременных женщин и гинекологических больных главным врачом (заведующим женской консультацией), врачами других специальностей женской консультации и других учреждений здравоохранения;

3.1.1	Современные методы исследования в акушерстве и гинекологии.	4	-		-	Текущий контроль (тестирование)	4	-	Текущий контроль (устный)
3.1.2	Основы детской гинекологии.	4	-	-	-	Текущий контроль (тестовый)	4	-	Текущий контроль (устный)
3.1.3	Нейрогуморальная регуляция репродуктивной системы. Расстройства менструальной функции.	4	-	-	-	Текущий контроль (тестовый)	4	-	Текущий контроль (устный)
3.1.4	Нейроэндокринные гинекологические синдромы.	4	-	4	-	Текущий контроль (тестовый)	-	-	-
3.1.5	Воспалительные заболевания женских половых органов.	2	-	2	-	Текущий контроль (тестовый)	-	-	-
3.1.6	Бесплодный брак. Планирование семьи.	4	-	4	-	Текущий контроль (тестовый)	-	-	-
3.1.7	Проблемы пери- и постменопаузы. МГТ.	2	-	2	-	Текущий контроль (тестовый)	-	-	-
3.1.8	Дисгормональные заболевания молочных желез.	2	-	2	-	Текущий контроль (тестовый)	-	-	-
3.1.9	Контрацепция. Технологии безопасного аборта.	2	-	2	-	Текущий контроль (тестовый)	-	-	-
Раздел 2. Оперативная гинекология									
3.2.1	Оперативные вмешательства в гинекологической практике.	2	-	2	-	Текущий контроль (тестовый)	-	-	-
3.2.2.	Оперативные вмешательства в гинекологической практике.	2	-	2	-	Текущий контроль (тестовый)	-	-	-
3.2.3	Острый живот в гинекологии	6	-	6	-	Текущий контроль (тестовый)	-	-	-
3.2.4	Шок и терминальные состояния в гинекологии.	4	-	4	-	Текущий контроль (тестовый)	-	-	-

3.2.5	Миома матки	4	-	-	-	-	4	-	Текущий контроль (устный)
3.2.6	Генитальный эндометриоз.	4	-	-	-	-	4	-	Текущий контроль (устный)
3.2.7	Аномалии развития и положения половых органов.	2	-	-	-	-	2	-	Текущий контроль (устный)
Раздел 3. Онкогинекология									
3.3.1	Предраковые заболевания и рак шейки матки.	2	-	-	-	-	2	-	Текущий контроль (устный)
3.3.2	Предраковые заболевания и рак тела матки	2	-	-	-	-	2	-	Текущий контроль (устный)
3.3.3	Опухоли яичников	2	-	-	-	-	2	-	Текущий контроль (устный)
3.3.4	Трофобластическая болезнь	2	-	-	-	-	2	-	Текущий контроль (устный)
	Всего	60		30			30		

Трудоемкость освоения: 60 академических часов или 60 зачетных единицы.

Содержание учебного модуля МСП 3 «Патология репродуктивной системы. Гинекология»

Отформатировано: Шрифт: 14 пт, русский

Код	Наименование разделов, тем, элементов и т.д.
3	Раздел 1. Консервативная гинекология
3.1.1	Тема 1. Современные методы исследования в акушерстве и гинекологии.
3.1.1.1	Элемент 1. Клинические и лабораторные методы исследования.
3.1.1.2	Элемент 2. Электрофизиологические методы исследования матери и плода.
3.1.1.3	Элемент 3. Рентгенологические методы исследования.
3.1.1.4	Элемент 4. Ультразвуковые методы исследования.
3.1.1.5	Элемент 5. Эндоскопические методы исследования.
3.1.1.6	Элемент 6. Скрининговые методы пренатальной диагностики.
3.1.1.7	Элемент 7. Инвазивные методы пренатальной диагностики.
3.1.1.8	Элемент 8. Морфологические методы исследования.
3.1.2	Тема 2. Основы детской гинекологии.
3.1.2.1	Элемент 1. Физиологические особенности развития детского организма.
3.1.2.2	Элемент 2. Нарушение менструальной функции. Аменорея.
3.1.2.3	Элемент 3. Воспалительные заболевания половых органов.
3.1.2.4	Элемент 4. Новообразования половых органов.
3.1.2.5	Элемент 5. Беременность и роды у подростков.
3.1.2.6	Элемент 6. Контрацепция у подростков.
3.1.2.7	Элемент 7. Половое воспитание.
3.1.2.8	Элемент 8. Травмы половых органов.
3.1.3	Тема 3. Нейрогуморальная регуляция репродуктивной системы. Расстройства менструальной функции.

3.1.3.1	Элемент 1. Уровни нейроэндокринной регуляции.
3.1.3.1.1	Подэлемент 1. Кора головного мозга.
3.1.3.1.2	Подэлемент 2. Гипоталамус.
3.1.3.1.3	Подэлемент 3. Гипофиз.
3.1.3.1.4	Подэлемент 4. Яичники.
3.1.3.1.5	Подэлемент 5. Матка.
3.1.3.1.6	Подэлемент 6. Другие железы внутренней секреции.
3.1.3.2	Элемент 2. Аменорея.
3.1.3.2.1	Подэлемент 1. Корково-гипоталамическая.
3.1.3.2.2	Подэлемент 2. Гипофизарная.
3.1.3.2.3	Подэлемент 3. Яичниковая.
3.1.3.2.4	Подэлемент 4. Маточная.
3.1.3.2.5	Подэлемент 5. Аменорея при патологии других заболеваний желез внутренней секреции.
3.1.3.3	Элемент 3. Аномальные маточные кровотечения
3.1.3.3.1	Подэлемент 1. Классификация.
3.1.3.3.2	Подэлемент 2. Этиология. Патогенез.
3.1.3.3.3	Подэлемент 3. Клиника . Диагностика.
3.1.3.3.4	Подэлемент 4. Лечение.
3.1.3.3.5	Подэлемент 5. Реабилитация. Диспансеризация.
3.1.3.4	Элемент 4. Альгодисменорея.
3.1.4	Тема 4. Нейроэндокринные гинекологические синдромы.
3.1.4.1	Элемент 1. СПКЯ.
3.1.4.2	Элемент 2. АГС.
3.1.4.3	Элемент 3. Предменструальный синдром.
3.1.4.4	Элемент 4. Посткастрационный синдром.
3.1.4.5	Элемент 5. Климактерический синдром.
3.1.4.6	Элемент 6. Синдром галактореи-аменореи.
3.1.4.7	Элемент 7. Синдром Шихана.
3.1.4.8	Элемент 8. Метаболический синдром.
3.1.4.9	Элемент 9. Синдром гиперстимуляции яичников.
3.1.4.10	Элемент 10. Синдром истощения яичников.
3.1.4.11	Элемент 11. Синдром гиперторможения.
3.1.4.12	Элемент 12. Синдром резистентных яичников.
3.1.5	Тема 5. Воспалительные заболевания женских половых органов.
3.1.5.1	Элемент 1. Общие вопросы. Частота. Структура. Классификация. Этиопатогенез. Принципы лечения.
3.1.5.2	Элемент 2. Воспалительные заболевания нижнего отдела половых органов.
2.1.5.2.1	Подэлемент 1. Неспецифические вагиниты.
3.1.5.2.2	Подэлемент 2. Бактериальный вагиноз.
3.1.5.2.3	Подэлемент 3. Кандидоз.
3.1.5.2.4	Подэлемент 4. Трихомониаз.
3.1.5.2.5	Подэлемент 5. Вирусные заболевания (ВПГ, ЦМВ, ПВИ).
3.1.5.3	Элемент 3. Неспецифические воспалительные заболевания органов малого таза.
3.1.5.3.1	Подэлемент 1. Эндометрит.
3.1.5.3.2	Подэлемент 2. Сальпингоофорит.
3.1.5.3.3	Подэлемент 3. Пельвиоперитонит.
3.1.5.4	Элемент 4. ЗППП.
3.1.5.4.1	Подэлемент 1. Хламидиоз половых органов.
3.1.5.4.2	Подэлемент 2. Уреаплазмоз.
3.1.5.4.3	Подэлемент 3. Генитальный герпес.
3.1.5.4.4	Подэлемент 4. Гонорея.

3.1.5.4.5	Подэлемент 5, Трихомоноз.
3.1.5.5	Элемент 5. Специфические воспалительные заболевания внутренних половых органов.
3.1.5.5.1	Подэлемент 1. Генитальный туберкулез.
3.1.5.5.2	Подэлемент 2. Гонорея.
3.1.5.5.3	Подэлемент 3. Сифилис.
3.1.5.5.4	Подэлемент 4. ВИЧ-инфекция.
3.1.5.5.6	Элемент 6. Методы диагностики. Лечение. Профилактика.
3.1.6	Тема 6. Бесплодный брак. Планирование семьи.
3.1.6.1	Элемент 1. Определение понятия бесплодия в браке. Классификация.
3.1.6.1.1	Подэлемент 1.Трубный фактор.
3.1.6.1.2	Подэлемент 2. Перитонеальный фактор.
3.1.6.1.3	Подэлемент 3. Маточный фактор.
3.1.6.1.4	Подэлемент 4. Шеечный и влагалищный фактор.
3.1.6.1.5	Подэлемент 5.Гормональные формы бесплодия.
3.1.6.1.6	Подэлемент 6.Бесплодие неясного генеза.
3.1.6.2	Элемент 2. Диагностика бесплодия в браке (алгоритм обследования).
3.1.6.3	Элемент 3. Методы лечения (ИОСМ, ИОСД, ЭКО и трансплантация эмбриона).
3.1.6.4	Элемент 4. Организация помощи бесплодным супружеским парам.
3.1.6.5	Элемент 5. Планирование семьи.
3.1.6.5.1	Подэлемент 1. Определение понятия. Цель и задачи службы планирования семьи. Организация службы планирования семьи.
3.1.6.5.2	Подэлемент 2. Контрацепция как основной метод профилактики аборта. Классификация контрацептивных средств.
3.1.6.5.3	Подэлемент 3. Контрацепция в возрастном аспекте.
3.1.6.5.4	Подэлемент 4. Значение службы планирования семьи для профилактики материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.
3.1.7	Тема 7. Проблемы пери- и постменопаузы. МГТ.
3.1.7.1	Элемент 1. Определение понятия.
3.1.7.2	Элемент 2. Изменения в организме женщины в период пери- и постменопаузы.
3.1.7.3	Элемент 3. Показания и противопоказания к ЗГТ.
3.1.7.4	Элемент 4. Пути введения гормональных препаратов используемых для ЗГТ.
3.1.7.5	Элемент 5. Основные схемы проведения ЗГТ. Обследование женщин перед назначением ЗГТ.
3.1.7.6	Элемент 6. Альтернативные методы лечения.
3.1.8	Тема 8. Дисгормональные заболевания молочных желез.
3.1.8.1	Элемент 1. Этиология и патогенез.
3.1.8.2	Элемент 2. Классификация.
3.1.8.3	Элемент 3. Клиника.
3.1.8.4	Элемент 4. Диагностика.
3.1.8.5	Элемент 5. Лечение и реабилитация больных.
3.1.9	Тема 9. Контрацепция. Технологии безопасного аборта.
3.1.9.1	Элемент 1. Особенности контрацепции у подростков.
3.1.9.2	Элемент 2. Контрацепция у женщин репродуктивного возраста.
3.1.9.3	Элемент 3. Особенности контрацепции в пременопаузе.
3.1.9.4	Элемент 4. «Пожарная» контрацепция.
3.1.9.5	Элемент 5. Медикаментозный аборт.
3.2	Раздел 2. Оперативная гинекология
3.2.1	Тема 1. Оперативные вмешательства в гинекологической практике.
3.2.1.1	Элемент 1. Основные доступы.
3.2.1.1.1	Подэлемент 1. Лапаротомный.
3.2.1.1.2	Подэлемент 2. Влагалищный.

3.2.1.1.3	Подэлемент 3. Лапароскопический.
3.2.1.2	Элемент 2. Предоперационная подготовка больных.
3.2.1.3	Элемент 3. Ведение послеоперационного периода.
3.2.1.4	Элемент 4. Осложнения после гинекологических операций.
3.2.2	Тема 2. Хирургическая и диагностическая лапароскопия, гистероскопия.
3.2.2.1	Элемент 1. Диагностическая лапароскопия.
3.2.2.2	Элемент 2. Хирургическая лапароскопия.
3.2.2.3	Элемент 3. Диагностическая гистероскопия.
3.2.2.4	Элемент 4. Гистерорезектоскопия.
3.2.3	Тема 3. Острый живот в гинекологии.
3.2.3.1	Элемент 1. Острый живот при кровотечении в брюшную полость.
3.2.3.1.1	Подэлемент 1. Прервавшаяся внематочная беременность.
3.2.3.1.2	Подэлемент 2. Апоплексия яичников.
3.2.3.1.3	Подэлемент 3. Перфорация матки.
3.2.3.2	Элемент 2. Острый живот при воспалении половых органов.
3.2.3.2.1	Подэлемент 1. Пельвиоперитонит, вследствие острого воспаления придатков матки, разрыва тубо-овариального абсцесса.
3.2.3.2.2	Подэлемент 2. Пельвиоперитонит, вследствие острого осложненного аппендицита.
3.2.3.2.3	Подэлемент 3. Дифференциальная диагностика.
3.2.3.3	Элемент 3. Острый живот при нарушении кровоснабжения органов малого таза и опухолей.
3.2.3.3.1	Подэлемент 1. Перекрут ножки опухоли яичника.
3.2.3.3.2	Подэлемент 2. Нарушение кровоснабжения миоматозного узла.
3.2.3.4	Элемент 4. Диагностика (гинекологический осмотр, УЗИ, лапароскопия).
3.2.3.5	Элемент 5. Хирургическое лечение лапаротомным или лапароскопическим доступом в зависимости от имеющейся патологии и возможностей стационара.
3.2.4	Тема 4. Шок и терминальные состояния в гинекологии.
3.2.4.1	Элемент 1. Геморрагический шок.
3.2.4.2	Элемент 2. Бактериально-септический шок.
3.2.4.3	Элемент 3. Анафилактический шок.
3.2.5	Тема 5. Миома матки.
3.2.5.1	Элемент 1. Морфогенез. Классификация. Клиника. Диагностика.
3.2.5.2	Элемент 2. Тактика лечения в возрастном аспекте. (Репродуктивный, перименопаузальный, постменопаузальный период).
3.2.5.3	Элемент 3. Показания к хирургическим методам лечения. (Эмболизация маточных артерий, миомэктомия, гистерорезектоскопия, удаление матки).
3.2.5.4	Элемент 4. УЗ-абляция при миоме.
3.2.5.5	Элемент 5. Профилактика осложнений.
3.2.5.6	Элемент 6. Реабилитация и диспансеризация больных.
3.2.6	Тема 6. Генитальный эндометриоз.
3.2.6.1	Элемент 1. Определение понятия. Современные представления об этиологии и патогенезе. Классификация. Клиника. Диагностика.
3.2.6.2	Элемент 2. Сочетание миомы матки и эндометриоза. Особенности клиники и диагностики.
3.2.6.3	Элемент 3. Лечение отдельных форм эндометриоза (консервативное, хирургическое).
3.2.6.4	Элемент 4. Бесплодие при эндометриозе.
3.2.6.5	Элемент 5. Реабилитация и диспансеризация больных.
3.2.7	Тема 7. Аномалии развития и положения половых органов.
3.2.7.1	Элемент 1. Классификация.
3.2.7.1.1	Подэлемент 1. Пороки развития наружных половых органов.
3.2.7.1.2	Подэлемент 2. Пороки развития девственной плевы.
3.2.7.1.2	Подэлемент 3. Пороки развития влагалища

3.2.7.1.4	Подэлемент 4. Пороки развития матки
3.2.7.1.5	Подэлемент 5. Пороки развития маточных труб и яичников.
3.2.7.2	Элемент 2. Клиническая диагностика. Хирургическое лечение с использованием лапаротомического, промежностного доступов, лапаро- и гистероскопии.
3.2.7.3	Элемент 3. Этапность оказания медицинской помощи больным с пороками развития половых органов.
3.2.7.4	Элемент 4. Реабилитация. Диспансеризация.
3.2.7.5	Элемент 5. Опухания и выпадения половых органов.
3.2.7.5.1	Подэлемент 1. Классификация.
3.2.7.5.2	Подэлемент 2. Клиника.
3.2.7.5.3	Подэлемент 3. Диагностика.
3.2.7.5.4	Подэлемент 4. Хирургическое лечение.
3.3	Раздел 3. Онкогинекология.
3.3.1	Тема 1. Предраковые заболевания и рак шейки матки.
3.3.1.1	Элемент 1. Факторы риска. Роль вирусов (ВПЧ, ВПГ2, ЦМВ) и других факторов риска в развитии рака шейки матки.
3.3.1.2	Элемент 2. Дисплазии.
3.3.1.3	Элемент 3. Преинвазивный и микроинвазивный рак. Классификация по стадиям TNM.
3.3.1.4	Элемент 4. Диагностика. Стандарты обследования больных.
3.3.1.5	Элемент 5. Методы лечения, в зависимости от стадии распространения процесса.
3.3.2	Тема 2. Предраковые заболевания и рак тела матки
3.3.2.1	Элемент 1. Факторы риска. Международная гистологическая классификация (ВОЗ).
3.3.2.2	Элемент 2. Гиперпластические процессы в эндометрии.
3.3.2.3	Элемент 3. Рак эндометрия. Клиника. Диагностика (цитологическая, морфологическая, рентгенологическая, эндоскопическая, радионуклеидная, ультразвуковая, гистероскопическая с прицельной биопсией).
3.3.2.4	Элемент 4. Принципы лечения (хирургическое, гормональное и химиотерапия).
3.3.3	Тема 3. Опухоли яичников.
3.3.3.1	Элемент 1. Факторы риска. Гистологическая классификация (ВОЗ). Гистологическая дифференцировка опухолей (высоко-, умеренно-, и низкодифференцированные). Понятие «пограничных» опухолей.
3.3.3.2	Элемент 2. Методы лечения в зависимости от степени злокачественности опухоли и возраста больных. Роль экспресс-биопсии на операционном столе.
3.3.4	Тема 4. Трофобластическая болезнь.
3.3.4.1	Элемент 1. Пузырный занос. Клиника. Диагностика. Лечение. Реабилитация.
3.3.4.2	Элемент 2. Хорионэпителиома. Клиника. Диагностика. Лечение. Реабилитация.

Формы и методы контроля знаний слушателей (по модулю): тестирование, собеседование

1. Для внутреннего эндометриоза тела матки характерны:

1. Меноррагии *

2. «Мажущие» кровянистые выделения из половых путей до и после менструации*

3. Боли во время менструации*

4. Янтарные водянистые бели, появляющиеся порционно в значительном количестве

2. Наиболее характерными симптомами наружного генитального эндометриоза являются:

1. Диспареуния*

2. Бесплодие*

3. Тазовые боли во время менструации и в межменструальный период*

4. Субфебрильная лихорадка

3. Для эндометриoidных гетеротопий характерно:

1. Наличие соединительной капсулы

2. Способность к гематогенному диссеминарованию*

3. Клеточная атипия

4. Способность к инфильтрирующему росту*

4. Характерными эхографическими признаками эндометриoidной кисты яичника являются:

1. Относительно небольшие размеры кисты, диаметр которой не превышает 7 см*

2. Расположение сзади и сбоку от матки*

3. Наличие средней и повышенной эхогенности несмещаемой мелкодисперсной взвеси*

4. Двойной контур образования

5. Хирургическое лечение проводят у больных внутренним эндометриозом при:

1. Отсутствии эффекта от комплексной терапии в течение 6 мес.*

2. Сочетанном поражении эндометриозом и миомой матки*

3. Непереносимости гормональных препаратов*

4. Сочетании эндометриоза и опухоли яичников*

6. Укажите характерные эхографические признаки узловой формы аденомиоза:

1. Появление в стенке матки зоны повышенной эхогенности округлой или овальной формы без капсулы*

2. Наличие в зоне повышенной эхогенности эхонегативных включений небольших размеров*

3. Ровные и не всегда четкие контуры образования*

4. Наличие капсулы в узле

7. Ультразвуковыми критериями внутреннего эндометриоза является:

1. Преимущественное увеличение передне-заднего размера матки, округлая форма тела матки*

2. Неодинаковое утолщение стенок миометрия*

3. Неодинаковая «ячеистая» структура миометрия*

4. Наличие узловых образований без капсулы в миометрии*

8. Трудность дифференциального диагноза узловой формы аденомиоза и миомы матки по данным УЗИ связана с тем, что:

1. не всегда удастся визуализировать псевдокапсулу миоматозного узла*

2. и в том, и другом случае тело матки может приобретать округлую форму*

3. оба заболевания могут приводить к увеличению размеров матки*

4. при миоме матки остальной миометрий может находиться в состоянии гипертрофии*

9. Наиболее информативными методами диагностики внутреннего эндометриоза являются:

1. гистеросальпингография*

2. УЗИ*

3. Гистероскопия*

4. Лапароскопия

10. Наиболее информативными методами диагностики наружного эндометриоза являются:

1. гистеросальпингография

2. УЗИ

3. Гистероскопия

4. Лапароскопия*

11. Для дифференциальной диагностики эндометриоза шейки матки используют:

1. кольпоскопию*

2. цитологическое исследование

3. гистологическое исследование биоптата шейки матки*

4. трансвагинальную эхографию

12. При лапароскопии, проведенной во 2 фазе менструального цикла у больных «малыми» формами эндометриоза обнаруживают:

1. гетеротопии точечного типа*

2. гетеротопии типа пятен синюшно-багрового цвета*

3. рубцовая ткань, окружающая имплантаты*

4. «типичный» спаечный процесс в малом тазу*

13. Лапароскопическими признаками типичной эндометриоидной кисты являются:

1. киста яичника не более 12 см в диаметре (в основном 7-8)*

2. спайки с боковой поверхностью таза и/или с задним листком широкой связки*

3. дегтеподобное, густое, шоколадного цвета содержимое*

4. цвета «сгоревшего пороха» или мелкие красные или синие пятна со сморщиванием поверхности

14. Гистероскопическими критериями внутреннего эндометриоза являются:

1. Расширение диаметра выводных протоков желез (по типу «точечных уколов иглой»).*

2. Кистозное расширение устьев желез (по типу «эндометриоидных глазков»)*

3. Неровные бугристые стенки полости матки (по типу «булыжной мостовой»)*

4. Многочисленное расширение устьев желез по стенкам полости матки (по типу «пчелиных сот»)*

15. Условиями, обеспечивающими информативность гистеросальпингографии при диагностике внутреннего эндометриоза, являются:

1. применение только водорастворимых контрастных растворов*
2. проведения исследования только под рентгентелевизионным контролем*
3. «тугое» заполнение полости матки контрастным раствором*
4. проведение исследования во второй фазе менструального цикла

16. Для диагностики ретроцервикального эндометриоза используют следующие дополнительные методы:

1. УЗИ*
2. Лапароскопию*
3. Ректороманоскопию*
4. Обзорную рентгенографию органов брюшной полости

17. Терапия наружного эндометриоза в режиме «псевдоменопаузы» проводится:

1. Золадексом*
2. Оргаметрилом
3. Даназолом*
4. Нон-овлоном

18. Для проведения гормональной терапии у больных эндометриозом наиболее целесообразно применение:

1. комбинированных эстроген-гестагенных препаратов
2. антигонадотропных препаратов*
3. гестагенов
4. агонистов гонадолиберинов*

19. Целью лечения наружного генитального эндометриоза является:

1. восстановление фертильности*
2. купирования болевых проявлений*
3. уменьшения активности эндометриoidных гетеротопий, их трансформации в малоактивные белые бляшки*

4. лизиса спаек

20. Методами контрацепции, предрасполагающими к развитию воспалительных заболеваний гениталий, являются:

1. ритм-метод
2. барьерная
3. прием эстроген-гестагенных контрацептивов
4. ВМК*

21. Дисфункциональные маточные кровотечения могут иметь место в:

1. ювенильном периоде*
2. репродуктивном периоде*
3. пременопаузальном периоде*
4. постменопаузе

22. Кровотечение из половых путей в ювенильном периоде чаще может быть симптомом:

1. нарушенной маточной или эктопической беременности*
2. гормонпродуцирующей опухоли яичника
3. миомы матки
4. дисфункциональным маточным кровотечением*

23. При гиперплазии эндометрия маточные кровотечения возникают в связи с тем, что:

1. На фоне гиперэстрогении непропорционально развиваются элементы гистиона — преобладает железистый компонент над стромальным*
2. Толщина эндометрия увеличивается*
3. Гормональные нарушения, вызвавшие гиперплазию эндометрия, способствует частичному отторжению последнего*
4. Возникает деформация полости матки

24. Гормональный гемостаз неэффективен при.....

1. неполноценной секреторной трансформации эндометрия

2. остатках плодного яйца в полости матки*
3. железистой гиперплазии эндометрия
4. миоме матки с подслизистым расположением узла*

25. Гормональный гемостаз комбинацией эстрогенов и гестагенов:

1. быстро останавливает маточное кровотечение*
2. патогенетически обоснован при атрезии фолликулов*
3. кровотечение отмены не бывает слишком сильным*
5. может быть использован у больных с ТЭЛА в анамнезе

26. Дисфункциональное маточное кровотечение в ювенильном периоде чаще возникает при:

1. персистенции фолликулов
2. гиполютеинизме
3. органической патологии матки
4. атрезии фолликулов*

27. В перименопаузальном периоде РДВ наиболее часто используется для остановки маточного кровотечения потому, что:

1. В этом возрасте преобладает органическая патология матки над функциональной *
2. Гормональный гемостаз не эффективен в возрасте, близком к естественной менопаузе*
3. Гормональные препараты, используемые для гемостаза противопоказаны из-за высокой частоты сопутствующих экстрагенитальных заболеваний этого возраста*
4. В этом возрасте не бывает дисфункциональных маточных кровотечений

28. При дисфункциональных маточных кровотечениях в эндометрии могут быть обнаружены:

1. гиперплазия эндометрия*
2. изменения, соответствующие фазе пролиферации*
3. неполноценные секреторные изменения*
4. атрофия эндометрия

29. Из названных ниже лекарственных препаратов для гормонального гемостаза может быть использован:

1. даназол
2. ременс
3. неместран
4. ригевидон*

30. Для патогенетической терапии гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста используют:

1. эстроген-гестагенные препараты*
2. антигонадотропные препараты*
3. гестагены во 2-ю фазу*
4. андрогены

31. Длительное применение эстроген-гестагенных препаратов в репродуктивном возрасте может привести к:

1. тромбозам и тромбоэмболическим осложнениям*
2. лекарственному гепатиту*
3. аллергическим реакциям*
4. гиперторможению гонадотропной функции гипофиза*

32. Гормональные препараты практически не применяются при дисфункциональных маточных кровотечениях у девочек моложе 13 лет, потому что в этом возрасте:

1. гормональный гемостаз не эффективен
2. высока частота побочных эффектов связанных с негативным воздействием препаратов на метаболизм
3. любое кровотечение из половых путей имеет исключительно органический генез
4. высок риск гиперторможения гонадотропной функции гипофиза и негативного действия на процессы полового созревания*

33. В остановке менструального кровотечения принимают участие следующие механизмы:

1. эстроген-зависимая пролиферация эндометрия*
2. уменьшение физиологического отека эндометрия*
3. прокоагулянтный эффект эстрогенов*
4. возрастание концентрации гестагенов в сыворотке крови в ранней фолликулярной фазе

34. Маточное кровотечение может возникать:

1. При терапии гестагенами в высокой дозе в непрерывном режиме*
2. Вскоре после начала длительного курса терапии аналогами гонадолиберинов*
3. Во время терапии неодикумарином*
4. Во время терапии даназолом

35. Величина М-эхо матки в норме у пациенток в постменопаузальном периоде составляет:

1. 1 мм*
2. 3 мм*
3. 4 мм*
4. 6 мм

36. УЗИ критериями диагностики гиперплазии эндометрия у женщин репродуктивного возраста являются:

1. Овоидная форма эндометрия
2. М-эхо больше 15 мм в 1 фазу м/ц*
3. Наружные контуры М-эхо четкие, ровные
4. Неоднородная структура*

37. Маточное кровотечение может возникать:

1. при болезни Виллебранда*
2. циррозе печени*
3. тромбастении Гланцмана*
4. остром лейкозе*

38. Рецидивирующая железистая гиперплазия эндометрия в период постменопаузы является:

1. опухолью
2. индуцированной особенностью адаптации организма
3. вариантом нормы
4. предраком эндометрия*

39. Фоновыми заболеваниями эндометрия являются:

1. железистая гиперплазия*
2. эндометриальный полип*
3. железисто-кистозная гиперплазия*
4. атипическая гиперплазия

40. Наиболее характерными эхографическими признаками рака эндометрия являются:

1. Неоднородность внутренней структуры образования, неровность контуров*
2. Более высокая эхогенность по сравнению с миометрием*
3. М-эхо более 20 см*
4. Повышенная звукопроводимость и наличие жидкостных включений неправильной формы*

41. Основной путь метастазирования при раке эндометрия:

1. гематогенный
2. имплантационный
3. контактный
4. лимфогенный*

42. Риск малигнизации атипической гиперплазии эндометрия наиболее высок в:

1. репродуктивном периоде
2. периоде перименопаузы
3. ювенильном периоде

4. периоде постменопаузы*

43. Первый патогенетический вариант рака эндометрия развивается на фоне:

1. гипертонической болезни*
2. сахарного диабета*
3. нарушения липидного обмена*
4. атрофии эндометрия

44. К предраку эндометрия относится:

1. аденоматоз и аденоматозный полип эндометрия*
2. железистая гиперплазия эндометрия в сочетании с гипоталамическими и нейроэндокриннообменными нарушениями*
3. рецидивирующая гиперплазия эндометрия в пери - постменопаузе*
4. метаплазия эпителия

45. Основными симптомами рака эндометрия являются:

1. увеличенные размеры и мягкая консистенция матки
2. боли внизу живота неясного характера
3. слизистые выделения из половых путей
4. ациклические кровянистые выделения из половых путей*

46. Факторами риска развития аденокарциномы у пациенток в менопаузе являются:

1. ожирение*
2. сахарный диабет*
3. гипертоническая болезнь*
4. атеросклероз

47. Отличительными чертами внутриэпителиального рака шейки матки являются:

1. отсутствие инвазии в подлежащую строму*
2. отсутствие распространения раковых комплексов в подлежащую ткань*

3. сохранение мембраны*
4. отсутствие клеточного атипизма

48. После криодеструкции больной необходимо рекомендовать:

1. половой покой 1,5 мес.*
2. отказ от осмотра при помощи зеркал без экстренных показаний*
3. отказ от спринцеваний в течение 1,5 мес*.
4. постельный режим в течение суток после процедуры

49. У больной репродуктивного возраста – тяжелая степень дисплазии многослойного плоского эпителия. Рубцовой деформации шейки матки нет. Преимущественным методом лечения является:

1. диатермокоагуляция
2. криодеструкция
3. химическая деструкция
4. конизация шейки матки*

50. Для получения материала с шейки матки для цитологического исследования используют:

1. соскоб деревянным шпателем*
2. забор материала эндобрашем*
3. соскоб ложечкой Фолькмана*
4. смыв

Эталоны ответов обозначены - *

Законодательные и правовые документы к учебному модулю № 3:

1. Приказ МЗ РФ от 01.11.2012 №572н «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

Литература к учебному модулю № 3

1. Акушерство: рук. к практ. занятиям: учеб. пособие / М. В. Дзигуа, А. А.Скребушевская. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 304 с.: ил

2. Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 1200 с. - (Серия "Национальные руководства").
3. Гинекологическая эндокринология. Клинические лекции: руководство для врачей. - 3-е изд., перераб. / И. Б. Манухин, Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 272 с.
4. Гинекология. Клинические лекции: учеб. пособие / под ред. О.В. Макарова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 352 с.
5. Гинекология. Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, И.Б. Манухина. 2013. - 704 с. Серия "Национальные руководства"
6. Гинекология. Руководство для врачей. Под ред. Серов В.Н., Кира Е.Ф.- М.:Литтерра, 2009. -840 с.
7. Гинекология. Руководство к практическим занятиям: учебное пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. 3-е изд., перераб. и доп. 2013. - 552 с.
8. Гинекология: учеб. / под ред.: В. Е. Радзинского, А. М. Фукса. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 1000 с. : ил.
9. Гинекология: учебник. Баисова Б.И. и др. / Под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.- 432 с.: ил [электронный ресурс]
10. Гус А. И., Адамян Л.В., Демидов В.Н. Лучевая диагностика и терапия в акушерстве и гинекологии. Национальное Руководство. Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2012 г. 656с.
11. Дзигуа М.В. Медицинская помощь женщине с гинекологическими заболеваниями в различные периоды жизни. Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2012 г. 360 стр.
12. Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. Гинекологическая эндокринология. Клинические лекции. Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2012. -280 с.
13. Медицинская лабораторная диагностика: программы и алгоритмы : руководство для врачей / под ред. А. И. Карпищенко. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 696 с. : ил.
14. Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 1200 с. - (Серия "Национальные руководства").
15. Невиль Ф. Хакер, Джозеф К. Гамбон, Кельвин Дж. Хобел. Акушерство и гинекология. Иллюстрированный учебник / Невиль Ф. Хакер, Джозеф К. Гамбон, Кельвин Дж. Хобел; пер. с англ. под ред. Э.К. Айламазяна. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012
16. Подзолкова Н.М., Кузнецова И.В., Глазкова О.Л. Клиническая гинекология - М.: МИА, 2009.-616 с
17. Подзолкова Н.М., Кузнецова И.В., Коренная В.В. Гормональная терапия в пери- и постменопаузе. Руководство для врачей. Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2012 - 112с.
18. 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.

19. 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.
- 20.Тумилович Л. Г., Геворкян М. А Справочник гинеколога-эндокринолога. – М.:Практическая медицина, 2010
21. Уварова Е.В. Детская и подростковая гинекология.-М.: Литтерра, 2009.- 384 с.
22. Эндокринные синдромы. Диагностика и лечение / А. В. Древаль. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 416 с.

Дополнительная:

1. Адамс Х-А., Флеминг А.,Фридрих Л., Рушулте Х. Атлас по неотложной помощи.- М.: МЕДпресс-информ 2009.
2. Баранов А.Н., Истомина Н.Г. Эктопическая беременность. Методические рекомендации. Издательство: Н-Л, 2011. 26 стр.
3. Верткин Аркадий Львович, Национальное руководство по скорой помощи Издательство: Эксмо, 2012 г. С. 816
4. Гаспаров А.С., Тер-Овакимян А.Э., Хилькевич Е.Г., Косаченко А.Г. Апоплексии яичника и разрывы кист яичников. Издательство: Медицинское информационное агентство. 2009 г. 176 стр.
5. Гинекологическая эндокринология. Клинические лекции: руководство для врачей. - 3-е изд., перераб. / И. Б. Манухин, Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 272 с.
6. Гинекология. Клинические лекции: учеб. пособие / под ред. О.В. Макарова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 352 с.
7. Гинекология. Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, И.Б. Манухина. 2013. - 704 с. Серия "Национальные руководства
8. Гинекология. Руководство для врачей. Под ред. Серов В.Н., Кира Е.Ф.- М.:Литтерра, 2009. -840 с.
9. Гинекология. Руководство к практическим занятиям: учебное пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. 3-е изд., перераб. и доп. 2013. - 552 с.
10. Гинекология: учеб. / под ред.: В. Е. Радзинского, А. М. Фукса. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 1000 с. : ил.
11. Гинекология: учебник. Баисова Б.И. и др. / Под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.- 432 с.: ил [электронный ресурс]
12. Дзигуа М.В. Медицинская помощь женщине с гинекологическими заболеваниями в различные периоды жизни. Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2012 г. 360 стр.
13. Диагностика острых заболеваний живота: руководство. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 448 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста")
14. Медицинская лабораторная диагностика: программы и алгоритмы : руководство для врачей / под ред. А. И. Карпищенко. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 696 с. : ил.
15. Невиль Ф. Хакер, Джозеф К. Гамбон, Кельвин Дж. Хобел. Акушерство и гинекология. Иллюстрированный учебник / Невиль Ф. Хакер, Джозеф К. Гамбон, Кельвин Дж. Хобел; пер. с англ. под ред. Э.К. Айламазяна. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012
16. Онкогинекологический атлас. Классификация и определение стадии опухолей. Принципы диагностики и лечения. Под ред. Дж. Р. Смит, Дж. Хили, Дж. Дель Приоре. Перевод Новиковой Е. 2010 г. 40 стр.

17. Потин В.В., Гзгзян А.М., Рулев В.В. Аутоиммунный оофорит (патогенез, клиника, диагностика, лечение). Пособие для врачей. Издательство: Н-Л, 2010 г. 32 стр.
18. Рагимов А.А., Щербакова Г. Н. Инфузионно-трансфузионная терапия.-ГЭОТАР-Мед, 2010.- 240 с.
19. Серов В. Н. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2011 г. Серия: Библиотека врача-специалиста С. 256

8.4 РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ № 4. МОДУЛЬ 4 «Смежные дисциплины».

Актуальность модуля обусловлена необходимостью изучения специальных методов исследования и лечения при сочетанных заболеваниях репродуктивной системы.

Цель: углубленное изучение теоретических основ хирургии, урологии, онкологии, совершенствование практических умений и навыков, обеспечивающих улучшение профессиональных компетенций врача – специалиста, необходимых для оценки состояния, диагностики, диф. диагностики выбора и проведения лечения при гинекологической и акушерской патологии.

Задачи:

4. Углубление знаний и совершенствование практических умений по физиологии и патофизиологии пищеварительной, мочевой системы, онкологии, диагностике и терапии при гинекологической патологии.
5. Углубление знаний и совершенствование практических умений в диагностике и терапии неотложных состояний в гинекологии.
6. Углубление знаний и совершенствование практических умений в диагностике и терапии жизнеугрожающих состояний.

По окончании изучения учебного модуля 4 обучающийся должен знать:

1. Клиническую анатомию брюшной стенки и живота;
2. Клиническую анатомию и особенности нижнего этажа брюшины;
3. Клиническую анатомию поясничной области и забрюшинного пространства;
4. Клиническую анатомию почек и мочеточников;
5. Современные анатомо-физиологические основы оперативной хирургии малого таза и промежности при неотложных состояниях;
6. Показания, основные этапы оперативных доступов и приемов экстренных операций на органах малого таза, типичные ошибки и осложнения при их выполнении.

По окончании изучения учебного модуля 4 обучающийся должен уметь:

1. Выполнять рациональные доступы к внутренним половым органам;
2. Выполнять рациональные доступы к мочеточникам и подвздошным сосудам;
3. Выполнять основные этапы вмешательств на внутренних органах;
4. Производить типичные разрезы для дренирования гнойников и гематом забрюшинного пространства, таза и промежности;
5. Производить операции при неотложных состояниях;

6. Производить поясничную новокаиновую блокаду;

По окончании изучения учебного модуля 4 обучающийся должен владеть навыками:

- мониторинга основных физиологических параметров соматического статуса (УЗИ и лаб. диагностика) у гинекологических пациентов;
- организации высокоспециализированной помощи бесплодным парам методами ВРТ.

По окончании изучения модуля 4 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).

Перечень знаний, умений врача-акушера-гинеколога, обеспечивающих формирование профессиональных компетенций (см. п. 4)

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ № 4.

[illegible]

4.1.1	Повреждения органов мочевыделительной системы при акушерских и гинекологических операциях.	18	-	6	-	Текущий контроль (собеседование)	12	-	Текущий контроль (устный)
Раздел 2. ВРТ.									
4.2.1	Классификация ВРТ. Правовое обеспечение.	18	-	12	-	Текущий контроль (собеседование)	6	-	Текущий контроль (устный)
Всего		36		18			18		

Смежные дисциплины

4.1	Раздел 1. Урогинекология.
4.1.1	Тема 1. Повреждения органов мочевыделительной системы при акушерских и гинекологических операциях.
4.1.1.1	Элемент 1. Повреждения уретры.
4.1.1.2	Элемент 2. Повреждения мочевого пузыря.
4.1.1.3	Элемент 3. Повреждения мочеточников.
4.1.1.4	Элемент 4. Восстановительные реконструктивно-пластические операции.
4.2	Раздел 2. ВРТ.
4.2.1	Тема 1. Классификация ВРТ. Правовое обеспечение.
4.2.1.1	Элемент 1. Бесплодный брак.
4.2.1.1	Подэлемент 1. Классификация.
4.2.1.2	Подэлемент 2. Причины.
4.2.1.3	Подэлемент 3. Трубный фактор.
4.2.1.4	Подэлемент 4. Перитонеальный фактор.
4.2.1.5	Подэлемент 5. Маточный фактор.
4.2.1.6	Подэлемент 6. Шеечный и влагалищный фактор.
4.2.1.7	Подэлемент 7. Гормональные формы бесплодия.
4.2.1.8	Подэлемент 8. Бесплодие неясного генеза.
4.2.1.9	Подэлемент 9. Мужское бесплодие.
4.2.2	Элемент 2. Диагностика (алгоритм обследования супружеской пары).
4.2.3	Элемент 3. Методы лечения (ИОСМ, ИОСД, ЭКО и трансплантация эмбриона).
4.2.4	Элемент 4. Организация помощи бесплодным супружеским парам.

Формы и методы контроля знаний слушателей (по модулю): рубежный контроль – собеседование, тестирование

1. К факторам, вызывающим изменение мочевой системы при беременности, относятся все перечисленные, кроме

а)эндокринных

*б)температурных

в)механических

г) нейрогуморальных

2. Нарушения уродинамики отмечаются обычно

- а) с 2-4-й недели беременности
- *б) с 5-6-й недели беременности**
- в) с 7-10-й недели беременности
- г) с 11-20-й недели беременности
- д) с 21-30-й недели беременности

3. Диурез увеличивается у беременной

- *а) в первом триместре**
- б) во втором триместре
- в) в третьем триместре
- г) в первом и втором триместре
- д) во втором и третьем триместре

4. Диурез у беременной уменьшается

- а) в первом триместре
- б) во втором триместре
- *в) в третьем триместре**
- г) в первом и втором триместре
- д) в первом и третьем триместре

5. Максимальное увеличение емкости мочевого пузыря соответствует

- а) 1-2 месяцам беременности
- б) 3-4 месяцам беременности
- в) 5-6 месяцам беременности
- *г) 7-8 месяцам беременности**
- д) 9 месяцам беременности

6. Наибольшее смещение мочевого пузыря вызывает

- а) ягодичное предлежание плода
- *б) головное предлежание плода при глубоком стоянии головки**
- в) поперечное предлежание плода
- г) головное предлежание плода при высоком стоянии головки

007. Нормальная функция мочевого пузыря восстанавливается после родов

- а) на 1-3-й неделе
- *б) на 4-6-й неделе**
- в) на 9-10-й неделе
- г) на 11-15-й неделе
- д) на 16-20-й неделе

8. Наиболее щадящим методом диагностики урологической патологии при беременности является

- а) инструментальный
- б) радиологический
- в) рентгенологический
- *г) ультразвуковой**
- д) ядерно-магнитный

9. Наибольшее влияние на беременность оказывает

- а) удвоение мочевых путей
- б) поясничная дистопия почек
- *в) тазовая дистопия почек**
- г) перекрестная поясничная дистопия
- д) нефроптоз

10. Острый пиелонефрит беременных развивается при первой беременности чаще всего

- а) в 1-2-й месяц беременности
- б) на 2-3-й месяц беременности
- *в) на 4-5-й месяц беременности
- г) на 6-7-й месяц беременности
- д) на 8-9-й месяц беременности

11. При повторных беременностях острый пиелонефрит чаще всего развивается

- а) в 1-й месяц беременности
- б) на 2-3-й месяц беременности
- в) на 4-5-й месяц беременности
- *г) на 6-7-й месяц беременности
- д) на 8-9-й месяц беременности

12. Основными рентгенологическими признаками пиелонефрита беременных при экскреторной урографии являются все перечисленные, исключая

- *а) нормальные размеры почки
- б) увеличение почки
- в) "белую почку"
- г) сдавленные и изъязвленные чашечки

13. Эффективному лечению пиелонефрита беременных способствует одно из условий

- а) антибиотикотерапия
- б) применение уроантисептиков и диуретиков
- в) восстановление уродинамики
- г) санация первичных гнойных очагов
- *д) верно все вышеперечисленное

14. Показанием к срочному оперативному лечению пиелонефрита беременных является

- а) олигурия
- б) высокая лихорадка
- в) уретерогидронефроз
- г) хроническая почечная недостаточность
- *д) острый гнойный пиелонефрит

15. Тонус верхних мочевых путей и уродинамика после родов у женщин нормализуется через

- а) одну неделю
- *б) 2-4 недели
- в) 2 месяца
- г) 4 месяца
- д) 6 месяцев

16. Прерывание беременности показано

- а) при одиночном камне лоханки почки
- б) при оксалатурии
- в) при камне чашечки почки
- г) при одиночном камне мочеточника (размером 3|3 мм)
- *д) при двусторонних камнях почек и хронической почечной недостаточности

17. Оптимальные сроки для планового оперативного лечения мочекаменной болезни при беременности

- а) 1-3 недели беременности
- б) 4-8 недель беременности
- в) 9-12 недель беременности
- *г) 14-18 недель беременности
- д) 19-20 недель беременности

18. Частота вовлечения мочевой системы при воспалительных заболеваниях половых органов составляет

- а) 5%
- б) 20%
- в) 21-25%
- *г) 31-40%
- д) 50%

19. Изменения в мочевой системе при опухолях гениталий зависят

- а) от размеров опухоли гениталий
- б) от локализации опухоли гениталий
- в) от нейрогуморального воздействия
- г) от гормональных сдвигов
- *д) от всего перечисленного

20. Частота поражения почек и мочеточников при фибромиомах матки составляет

- а) 10% случаев
- б) 20% случаев
- в) 30% случаев
- *г) 40% случаев
- д) 50% случаев

21. Удаление миомы матки абсолютно показано

- а) при дизурии
- б) при цисталгии
- в) при цистите
- *г) при нарушении уродинамики и частных обострениях пиелонефрита

22. Эндометриоз мочевого пузыря чаще всего диагностируется в возрасте

- а) 10-20 лет
- б) 21-30 лет
- в) 31-40 лет
- *г) 41-50 лет
- д) 51-60 лет

Эталоны ответов обозначены - *

Законодательные и правовые документы к учебному модулю № 4:

1. Приказ МЗ РФ от 01.11.2012 №572н «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

Литература к учебному модулю №4

Основная

1. Адамс Х-А., Флеминг А.Фридрих Л., Рушулте Х. Атлас по неотложной помощи. - М.: МЕДпресс-информ 2009.

2. Баранов А.Н., Истомина Н.Г. Эктопическая беременность. Методические рекомендации. Издательство: Н-Л, 2011. 26 стр.
3. Верткин Аркадий Львович, Национальное руководство по скорой помощи Издательство: Эксмо, 2012 г. С. 816
4. Гаспаров А.С., Тер-Овакимян А.Э., Хилькевич Е.Г., Косаченко А.Г. Апоплексии яичника и разрывы кист яичников. Издательство: Медицинское информационное агентство. 2009 г. 176 стр.
5. Гинекологическая эндокринология. Клинические лекции: руководство для врачей. - 3-е изд., перераб. / И. Б. Манухин, Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 272 с.
6. Гинекология. Клинические лекции: учеб. пособие / под ред. О.В. Макарова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 352 с.
7. Гинекология. Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, И.Б. Манухина. 2013. - 704 с. Серия "Национальные руководства"
8. Гинекология. Руководство для врачей. Под ред. Серов В.Н., Кира Е.Ф.- М.: Литература, 2009. -840 с.
9. Гинекология. Руководство к практическим занятиям: учебное пособие / Под ред. В.Е. Радзинского. 3-е изд., перераб. и доп. 2013. - 552 с.
10. Гинекология: учеб. / под ред.: В. Е. Радзинского, А. М. Фукса. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 1000 с. :ил.
11. Гинекология: учебник. Баисова Б.И. и др. / Под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.- 432 с.: ил [электронный ресурс]

Дополнительная

12. Дзигуа М.В. Медицинская помощь женщине с гинекологическими заболеваниями в различные периоды жизни. Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2012 г. 360 стр.
13. Диагностика острых заболеваний живота: руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 448 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста")
14. Медицинская лабораторная диагностика: программы и алгоритмы: руководство для врачей / под ред. А. И. Карпищенко. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 696 с. : ил.
15. Невиль Ф. Хакер, Джозеф К. Гамбон, Кельвин Дж. Хобел. Акушерство и гинекология. Иллюстрированный учебник / Невиль Ф. Хакер, Джозеф К. Гамбон, Кельвин Дж. Хобел; пер. с англ. под ред. Э.К. Айламазяна. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012
16. Онкогинекологический атлас. Классификация и определение стадии опухолей. Принципы диагностики и лечения. Под ред. Дж. Р. Смит, Дж. Хили, Дж. Дель Приоре. Перевод Новиковой Е. 2010 г. 40 стр.
17. Потин В.В., Гзгзян А.М., Рулев В.В. Аутоиммунный оофорит (патогенез, клиника, диагностика, лечение). Пособие для врачей. Издательство: Н-Л, 2010 г. 32 стр.
18. Рагимов А.А., Щербакова Г.Н. Инфузионно-трансфузионная терапия.-ГЭОТАР-Мед, 2010.- 240 с.
19. Серов В. Н. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2011 г. Серия: Библиотека врача-специалиста С. 256

8.5 РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ № 5.

МОДУЛЬ 5 МСП Симуляционный цикл.

Актуальность модуля обусловлена необходимостью изучения специальных практических навыков в практической деятельности врача акушера гинеколога.

Цель: углубленное изучение теоретических и практических основ мануальных навыков акушера гинеколога, совершенствование практических умений и навыков, обеспечивающих улучшение профессиональных компетенций врача – специалиста, необходимых для оценки состояния, диагностики, диф. диагностики выбора и проведения лечения в акушерско- гинекологической практики.

Задачи:

1. Углубление знаний и совершенствование практических умений по физиологии и патофизиологии репродуктивной системы, диагностике и терапии гинекологической патологии.
2. Углубление знаний и совершенствование практических умений в диагностике и терапии неотложных состояний в гинекологии.
3. Углубление знаний и совершенствование практических умений в диагностике и терапии жизнеугрожающих состояний в акушерстве и гинекологии.

По окончании изучения учебного модуля № 5 обучающийся должен знать:

- 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;
- основы оказания и стандарты амбулаторной и стационарной акушерской помощи беременным, роженицам и родильницам;
- принципы комплексного лечения заболеваний в акушерстве и гинекологии;
- правила оказания неотложной медицинской помощи (в том числе в акушерстве и гинекологии);
- патофизиологию болевого синдрома,
- классификацию средств лекарственной терапии боли,
- принципы лечения острого болевого синдрома,
- принципы лечения хронического болевого синдрома,
- клиническую фармакологию анальгетиков

По окончании изучения учебного модуля № 5 обучающийся должен уметь:

- провести физиологические и патологические роды (тазовое предлежание, поперечное положение плода, разгибательные и асинклитические вставления головки, крупный плод, многоплодие, многоводие, узкий таз, преждевременные и запоздалые роды);
- определить тактику ведения родов при экстрагенитальных заболеваниях;
- определить показания для оперативного родоразрешения (кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуумэкстракция плода);
- определить признаки отделения плаценты (Шредера, Альфельда, Кюстера-Чукалова);

- оценить течение послеродового периода, выявить послеродовые осложнения и провести их лечение;
- оказать неотложную помощь при тяжелой преэклампсии и эклампсии, разрыве матки, акушерском кровотечении, геморрагическом и септическом шоке;

По окончании изучения учебного модуля 5 обучающийся должен владеть навыками:

- выполнить реанимационные мероприятия при асфиксии и родовой травме новорожденного;
- определить показания для оперативного родоразрешения (кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуумэкстракция плода);

По окончании изучения модуля 5 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 практическим манипуляциям в лечении 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).
- 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).

Учебно-тематический план учебного модуля МСП 5 очная дистанционная форма обучения «Симуляционный цикл» очная форма

Трудоемкость освоения: 30 акад. часа или 30 зач. ед.

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов (акад.)	В том числе	
			Очное обучение	Дистанц. обучение

			лекции	ПЗ, СЗ	Симул. обуч.	Форма контроля	Лекции	ПЗ, СЗ (ЭОР)	Форма контроля
МС П 5	Симуляционный цикл.	30	-	30	-	Промежуточный контроль (тестирование)		-	Промежуточный контроль (устный)
5.1	Разбор клинических ситуаций.	10	-	10	-	Текущий контроль (тестирование, решение кейсов, практические навыки)	-	-	Текущий контроль (устный)
5.2	Технологии и тактика овладения практическими навыками неотложной помощи на симуляторах	10	-	10	-	Текущий контроль (тестирование, решение кейсов, практические навыки)	-	-	Текущий контроль (устный)
5.3	Отработка практических навыков на манекенах	10	-	10	-	Текущий контроль (тестирование, решение кейсов, практические навыки)	-	-	Текущий контроль (устный)
Всего		30		30					

Содержание учебного модуля № 5 «Симуляционный цикл»

Код 5	Наименование тем, элементов и т. д.
5.1	Клинические разборы пациентов с акушерско-гинекологической патологией
5.2.	Технологии и тактика овладения практическими навыками неотложной помощи на симуляторах
5.3.	Отработка практических навыков на манекенах

Формы и методы контроля знаний слушателей (по модулю): рубежный контроль – зачет по проведению практических навыков.

Примеры заданий, выявляющих практическую подготовку врача.

1. Технологии «безопасного» аборта.
2. Вагиноскопия. Аппаратура. Техника выполнения.
3. Пайпель-биопсия эндометрия. Инструментарий. Техника выполнения.
4. Операция наложения типичных акушерских щипцов.

5. Операция вакуум-экстракции плода.
6. Манипуляции для временной остановки маточных кровотечений (баллонная тампонада матки, бимануальная компрессия матки).
7. Техника выполнения операции кесарева сечения в нижнем маточном сегменте.
8. Техника выполнения классического (корпорального) кесарева сечения.
9. Наложение гемостатических швов на матку по методикам Перейра и Линч.
10. Перевязка маточных артерий.
11. Перевязка внутренних подвздошных артерий. Доступ. Инструментарий. Техника.
12. Наложение швов на шейку матки при разрывах 2 и 3 степени.
13. Особенности восстановления промежности при разрывах 2 и 3 степени.
14. Методики дренирования брюшной полости при перитоните.

Законодательные и правовые документы к учебному модулю № 5:

1. Приказ МЗ РФ от 01.11.2012 №572н «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

Литература к учебному модулю № 5

1. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии: краткое руководство / под ред. В.Н. Серова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011.
2. Неотложные состояния в акушерстве: руководство. Серов В.Н., Сухих Г.Т., Баранов И.И. и др. 2013. - 784 с. :ил.
3. Логутова Л.С. Экстрагенитальная патология и беременность.- М.: Гэотар-Медиа, 2012.-544 с.
4. Экстренные состояния в перинатальной медицине: акушерство, анестезиология, неонатология [Электронный ресурс]: таблицы / презентация. - Электрон. дан. - СПб. : [б. и.], 2005. - эл. опт. диск (CDROM) : цв. : табл., фото.цв. - Загл. с контейнера. Электрон. дан. - М. : [б. и.], 2012. - эл. опт. диск (CD-ROM). - Загл. с контейнера. - Издание является приложением к документу: Реферативный журнал "Медицина". - М., 2012

9. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Тематика контрольных вопросов для устного собеседования к итоговой аттестации по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации со сроком освоения 216 академических часов по специальности «Акушерство и гинекология» по теме «Клиническое акушерство и антенатальная охрана плода»

1. Организация акушерско-гинекологической помощи в женской консультации.
2. Организация акушерско-гинекологической помощи в условиях стационара.
3. Организация специализированной акушерско-гинекологической помощи.
4. Перинатальный центр. Структура и задачи центра.
5. Этапность оказания помощи беременным высокой степени риска.

6. Репродуктивные потери. Определение понятия. Структура. Пути снижения.
7. Планирование семьи. Определение понятия. Цели, задачи службы планирования семьи.
8. Организация гинекологической помощи детскому и подростковому населению.
9. Особенности контрацепции у подростков.
10. Эндометриоз. Определение понятия. Современная классификация.
11. Внутренний эндометриоз. Клиника. Диагностика. Лечение. Реабилитация больных.
12. Миома матки. Классификация. Клиника. Современные методы диагностики.
13. Показания к хирургическому лечению больных миомой матки.
14. Миома матки и беременность. Особенности течения беременности и родов.
15. Предраковые заболевания шейки матки. Клиника. Диагностика. Лечение. Диспансеризация больных.
16. Гиперпластические процессы эндометрия. Клиника. Диагностика. Лечение. Диспансеризация больных.
17. Воспалительные заболевания женских половых органов. Классификация. Этиология. Патогенез.
18. Современные особенности клинического течения и диагностики воспалительных заболеваний женских половых органов.
19. Расстройства менструальной функции. ДМК. Клиника. Диагностика. Лечение и реабилитация.
20. Острый живот в гинекологии. Определение понятия. Причины.
21. Трубная беременность. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение и реабилитация.
22. Прерывание беременности на ранних сроках. Методы. Понятие медикаментозного аборта.
23. Вспомогательные репродуктивные технологии. Течение беременности и родов после ЭКО.
24. Современная классификация сепсиса по Bone в рамках международной согласительной конференции по сепсису (Чикаго 1990 год).
25. Проблемы перименопаузы и постменопаузы. Возможности заместительной гормональной терапии.
26. Дисгормональные заболевания молочных желез. Причины. Классификация мастопатий. Клиника. Диагностика. Лечение.
27. Пренатальная диагностика патологических состояний плода. Медико-генетическое консультирование.
28. Внутриутробные инфекции. Понятие TORCH инфекции. Особенности диагностики во время беременности.
29. ВИЧ инфекция и беременность. Профилактика вертикального пути передачи ВИЧ от матери к ребёнку.
30. Диагностика ВИЧ инфекции во время беременности. Тактика ведения беременности и родов.
31. Норма беременности. Определение, понятия.
32. Невынашивание беременности. Причины. Современные методы диагностики и лечения.
33. Антенатальная охрана плода. Определение, понятия. Роль современных технологий.

34. Иммуногематологический конфликт матери и плода по системам RH, ABO. Диагностика. Лечение. Профилактика.
35. Аномалии родовой деятельности. Причины. Классификация. Диагностика.
36. Узкий таз в современном акушерстве. Классификация узких тазов.
37. Особенности течения беременности и родов при тазовых предлежаниях. Показания к операции кесарева сечения.
38. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Причины. Клиника. Диагностика. Особенности ведения беременности и родов.
39. Предлежание плаценты. Причины. Клиника. Диагностика. Особенности ведения беременности и родов.
40. Гипотоническое маточное кровотечение в послеродовом и раннем послеродовом периодах. Причины. Клиника. Диагностика. Алгоритм действий врача.
41. Показания к хирургическому лечению при гипотонических маточных кровотечениях. Алгоритм действий врача. Возможность выполнения органосохраняющих операций.
42. Коагулопатические маточные кровотечения в акушерстве. Причины. Диагностика. Алгоритм действий врача.
43. ДВС синдром. Определение, понятия. Стадии ДВС синдрома и их диагностика.
44. Послеродовые гнойно-септические заболевания в акушерстве. Причины. Классификация.
45. Особенности клинического течения перитонита после операции кесарева сечения. Показания к хирургическому лечению. Особенности операции.
46. Преэклампсия. Клиника. Диагностика. Тактика.
47. Эклампсия. Клиника. Диагностика. Тактика.
48. Редко встречающиеся тяжелые формы гестозов: HELLP-синдром, острый жировой гепатоз. Клиника. Диагностика. Особенности ведения беременности и родов.
49. Особенности реанимации и интенсивной терапии, новорожденных при тяжелой асфиксии.
50. Материнская смертность. Определение понятия. Расчет показателя.
51. Перинатальная смертность. Определение понятия. Расчет показателя.
52. Младенческая смертность. Определение понятия. Расчет показателя.

Тестовые вопросы
по дополнительной профессиональной программе повышения
квалификации со сроком освоения 216 академических часов по специальности
«Акушерство и гинекология» по теме «Клиническое акушерство и
антенатальная охрана плода»

Тестовый контроль на занятии проводится коллективно и индивидуально на персональных компьютерах. Для работы используются Федеральные квалификационные тесты по акушерству и гинекологии под ред. профессора Н.М. Подзолковой (прилагаются), с помощью компьютерной программы «Moodl».

Для выбора ответов на поставленные вопросы используйте приведенную ниже схему:

- А — если верно 1,2,3
- Б — если верно 1,3
- В — если верно 2,4
- Г — если верно только 4
- Д — если верно все

1. Показания к прерыванию беременности при тяжелом течении преэклампсии:

- 1. Фетоплацентарная недостаточность
- 2. Повышение уровня билирубина в крови до 40-80 мкмоль/л
- 3. Отсутствие эффекта от лечения преэклампсии в течение 1-2 суток
- 4. Олигурия

2. Патогенетические механизмы преэклампсии:

- 1. Снижение объема циркулирующей крови
- 2. Снижение объема циркулирующей плазмы
- 3. Повышение вязкости крови
- 4. Снижение объема циркулирующих эритроцитов

3. Для сочетанных форм преэклампсии характерно:

- 1. Раннее начало (в конце 2-го триместра беременности)
 - 2. Преобладание симптомов экстрагенитального заболевания на фоне которого развилась преэклампсия
 - 3. Нарушение маточно-плацентарного кровотока
 - 4. Обязательное наличие триады Цангенмейстера
- 4. Основными причинами слабости родовой деятельности являются:**
- 1. Ригидность шейки матки
 - 2. Снижение уровня эндогенных простагландинов
 - 3. Несоответствие между размерами головки плода и тазом матери
 - 4. Длительный прелиминарный период

5. Повторнобеременная, первородящая, 28 лет. В анамнезе 2 самопроизвольных выкидыша. В родах 14 часов. Открытие шейки 6 см. Соразмерно головки плода и таза матери полная. Предлежание тазовое. Безводный промежуток 10 часов. На КТГ-гипоксия плода. Схватки редкие, короткие, слабые. Показана следующая акушерская тактика:

- 1. Начать профилактическую антибактериальную терапию
- 2. Лечение гипоксии плода
- 3. Стимуляция родовой деятельности в/в введением окситоцина и/или простагландинов
- 4. Провести операцию кесарева сечения

6. В комплексных схемах для стимуляции родовой деятельности применяют:

- 1. Окситоцин, простагландины
- 2. АТФ, сигетин
- 3. Глюкозу
- 4. Аскорбиновую кислоту

7. Если предлежащая часть плода с началом родовой деятельности не прижата ко входу в малый таз, следует предположить наличие:

- 1. анатомически узкого таза
- 2. предлежания плаценты
- 3. клинически узкого таза
- 4. анэнцефалии плода

8. Абсолютными показаниями к операции кесарева сечения при живом плоде являются:

- 1. Тазовое предлежание плода
- 2. Передний вид лицевого вставления головки плода

3. Передне-теменное вставление головки плода
4. Лобное вставление головки плода

9. Для профилактики послеоперационных септических осложнений в послеоперационном периоде применяют:

1. Аспирационно-промывное дренирование полости матки
2. Антибактериальную терапию
3. Утеротоническую терапию
4. Физические факторы

10. Кесарево сечение показано при:

1. тазовом предлежании крупного плода
2. ножном предлежании плода в сочетании с плоским тазом у беременной
3. ножном предлежании плода в тазовом предлежании плода мужского пола у первородящей
4. тазовом предлежании плода и дородовом излитии вод

11. Основные показатели коагулопатии потребления:

1. Снижение концентрации фибриногена
2. снижение концентрации протромбина
3. снижение количества тромбоцитов
4. Агрегация тромбоцитов 170

12. Для полного истинного приращения плаценты характерно:

1. Сильное кровотечение из половых путей через 5-10 мин. после рождения плода
2. Небольшие кровянистые выделения из половых путей сразу после рождения плода
3. Острый ДВС - синдром
4. Отсутствие кровянистых выделений из половых путей в раннем послеродовом периоде

13. Факторы, защищающие материнский организм от антигенов плода:

1. Альфафетопротеин
2. Глобулины
3. Плацентарный лактоген
4. Естественные антитела а и b

14. УЗИ критерии диагностики ассиметричной формы задержки роста плода:

1. Уменьшение количества околоплодных вод
2. Уменьшение размеров печени у плода
3. Наличие пороков развития почек у плода
4. Гипотрофия туловища при обычных размерах головки

15. При каком типе плаценты возможно развитие трансфузионного синдрома у близнецов:

1. Бихориальной-биамниональной раздельной
2. Бихориальной-биамниональной слившейся
3. При любом типе плаценты
4. Монохориальной

16. Аномалии плаценты, ведущие к развитию ассиметричной формы задержки плода:

1. Предлежание плаценты
2. Гемангиома плаценты
3. Диффузные множественные инфаркты
4. Трансфузионный синдром близнецов при монохориальной плаценте с большим артериовенозным шунтом.

17. КТГ - признаками страдания плода являются:

1. Наличие спорадических акцелераций
2. Синусоидальный ритм

3. Вариабельность базального ритма более 150-155 уд в мин
4. Наличие поздних децелераций

18. Клинические симптомы угрожающего разрыва матки:

1. Болезненность нижнего сегмента
2. Интенсивная родовая деятельность
3. Затрудненное мочеиспускание
4. Отек шейки матки

19. Показания к перинео- или эпизиотомии:

1. Ригидная промежность
2. Преждевременные роды
3. Угрожающая асфиксия плода
4. Тазовое предлежание плода

20. Клинические признаки серозного послеродового мастита:

1. Покраснение кожи над участком уплотнения в молочной железе.
2. Боли в молочной железе на стороне поражения
3. Температуры тела 38-39°
4. Гнойные выделения из соска молочной железы

21. К первому этапу развития послеродовой инфекции относятся:

1. Эндометрит
2. Пельвиоперитонит
3. Послеродовая язва
4. Метротромбофлебит

22. Основные причины акушерского септического шока:

1. Эндометрит
2. Мастит
3. Пиелонефрит
4. Перитонит

23. Полиорганная недостаточность может быть следствием:

- 1 Сепсиса
2. ДВС-синдрома
3. Эклампсии
4. Многоводия

24. Причины невынашивания беременности:

1. Антифосфолипидный синдром
2. Наличие антител к хорионическому гонадотропину
3. Нарушение функции щитовидной железы
4. Вирилизирующая дисфункция коры надпочечников (АГС)

25. Лабораторные и клинические изменения при антифосфолипидном синдроме у беременных:

- 1 Тромбоцитопения
2. Внутриутробная гибель плода
3. Внутриутробная задержка роста плода
4. Венозные тромбозы

26. ДВС может быть следствием:

1. Эклампсии
2. Антенатальной гибели плода
3. Эмболии околоплодными водами
4. Многоплодной беременности

27. Для развития ДВС при мертвом плоде имеет значение:

1. Срок беременности
2. Наличие отягощенного акушерского анамнеза
3. Наличие пороков развития плода
4. Длительность пребывания мертвого плода в матке

28. Кровотечение из половых путей в ювенильном периоде чаще может быть симптомом:

1. нарушенной маточной или эктопической беременности
2. гормонопродуцирующей опухоли яичника
3. миомы матки
4. дисфункциональным маточным кровотечением

29. При гиперплазии эндометрия маточные кровотечения возникают в связи с тем, что:

1. На фоне гиперэстрогении непропорционально развиваются элементы гистииона – преобладает железистый компонент над стромальным.
2. Толщина эндометрия увеличивается.
3. Гормональные нарушения, вызвавшие гиперплазию эндометрия, способствуют частичному отторжению последнего.
4. Возникает деформация полости матки.

30. Гормональный гемостаз неэффективен при...

1. неполноценной секреторной трансформации эндометрия
2. остатках плодного яйца в полости матки
3. железистой гиперплазии эндометрия
4. миоме матки с подслизистым расположением узла

31. Гормональный гемостаз комбинацией эстрогенов и гестагенов:

1. быстро останавливает маточное кровотечение
2. патогенетически обоснован при атрезии фолликулов
3. кровотечение отмены не бывает слишком сильным
4. может быть использован у больных с ТЭЛА в анамнезе

32. Дисфункциональное маточное кровотечение в ювенильном периоде чаще возникает при:

1. персистенции фолликулов
2. гипотюеинизме
3. органической патологии матки
4. атрезии фолликулов

33. В перименопаузальном периоде РДВ наиболее часто используется для остановки маточного кровотечения потому, что:

1. В этом возрасте преобладает органическая патология матки над функциональной.
2. Гормональный гемостаз не эффективен в возрасте, близком к естественной менопаузе.
3. Гормональные препараты, используемые для гемостаза противопоказаны из-за высокой частоты сопутствующих экстрагенитальных заболеваний этого возраста.
4. В этом возрасте не бывает дисфункциональных маточных кровотечений.

34. При дисфункциональных маточных кровотечениях в эндометрии могут быть обнаружены:

1. Гиперплазия эндометрия
2. Изменения, соответствующие фазе пролиферации
3. Неполноценные секреторные изменения
4. Атрофия эндометрия

35. Из названных ниже лекарственных препаратов для гормонального гемостаза может быть использован:

1. Даназол

2. Ременс
3. Неместран
4. Ригевидон

36. Для патогенетической терапии гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста используют:

1. эстроген-гестагенные препараты
2. антигонадотропные препараты
3. гестагены во 2-ю фазу
4. андрогены

37. Длительное применение эстроген-гестагенных препаратов в репродуктивном возрасте может привести к:

1. Тромбоэмболическим осложнениям
2. Лекарственному гепатиту
3. Аллергическим реакциям
4. Гиперторможению гонадотропной функции гипофиза

38. Гормональные препараты практически не применяются при дисфункциональных маточных кровотечениях у девочек моложе 13 лет, потому, что в этом возрасте:

1. Гормональный гемостаз не эффективен
2. Высока частота побочных эффектов, связанных с негативным воздействием препаратов на метаболизм
3. Любое кровотечение из половых путей имеет исключительно органический генез
4. Высок риск гиперторможения гонадотропной функции гипофиза и негативного действия на процессы полового созревания

39. В остановке менструального кровотечения принимают участие следующие механизмы:

1. Эстроген-зависимая пролиферация эндометрия
2. Уменьшение физиологического отека эндометрия
3. Проконгулянтный эффект эстрогенов
4. Возрастание концентрации гестагенов в сыворотке крови в ранней фолликулярной фазе

40. Маточное кровотечение может возникать:

1. При терапии гестагенами в высокой дозе в непрерывном режиме
2. Вскоре после начала длительного курса терапии аналогами гонадолиберина
3. Во время терапии неодикумарином
4. Во время терапии Даназолом

41. Величина М-эхо матки в норме у пациенток в постменопаузальном периоде составляет:

1. 1 мм
2. 3 мм
3. 4 мм
4. 6 мм

42. УЗИ критериями диагностики гиперплазии эндометрия у женщин репродуктивного возраста являются:

1. Овоидная форма эндометрия
2. М – эхо больше 15 мм в 1 фазу менструального цикла
3. Наружные контуры М – эхо четкие, ровные
4. Неоднородная структура

43. Маточное кровотечение может возникать:

1. При болезни Виллебранда
2. Циррозе печени

3. Тромбастении Гланцмана
4. Остром лейкозе

44. Рецидивирующая железистая гиперплазия эндометрия в период постменопаузы является:

1. Опухолью
2. Индуцированной особенностью адаптации организма
3. Вариантом нормы
4. Предраком эндометрия

45. Фоновыми заболеваниями эндометрия являются:

1. Железистая гиперплазия
2. Эндометриальный полип
3. Железисто-кистозная гиперплазия
4. Атипичная гиперплазия

46. Наиболее характерными эхографическими признаками рака эндометрия являются:

1. Неоднородность внутренней структуры образования, неровность контуров
2. Более высокая эхогенность по сравнению с миометрием
3. М – эхо более 20 мм
4. Повышенная звукопроводимость и наличие жидкостных включений неправильной формы

47. Основной путь метастазирования при раке эндометрия:

1. Гематогенный
2. Имплационный
3. Контактный
4. Лимфогенный

48. Риск малигнизации атипичной гиперплазии эндометрия наиболее высок в:

1. репродуктивном периоде
2. периоде менопаузы
3. ювенильном периоде
4. периоде постменопаузы

49. Патогенетический вариант рака эндометрия развивается на фоне:

1. Гипертонической болезни
2. Сахарного диабета
3. Нарушения липидного обмена
4. Атрофии эндометрия

50. Задержка развития внутриутробного развития плода обусловлена:

1. Инфекцией
2. Генетическими нарушениями
3. Гипертензией
4. Диабетом

51. Начало беременности считается с момента:

1. Нидации бластоцисты
2. Имплантации бластоцисты
3. Продвижения оплодотворенной яйцеклетки по маточной трубе
4. оплодотворения яйцеклетки

52. При асимметричной форме задержки развития плода:

1. Масса тела уменьшена по отношению к окружности головы и длине
2. Масса тела и окружность головы уменьшена по сравнению с длиной
3. Длина и масса тела уменьшена по сравнению с головкой
4. Масса тела и длина увеличена по сравнению с головкой плода

53. причинам развития симметричной внутриутробной задержки развития плода относят:

1. Синдром Дауна
2. Фенилкетонурия
3. Микроцефалия
4. Герпес

54. Причинами ассиметричной внутриутробной задержки развития плода являются:

1. Гипертензия
2. Токсикоз
3. Дискордантные близнецы
4. Краснуха

55. Невынашивание беременности, обусловленное аутоиммунными процессами, сопровождается:

1. низким прикреплением плаценты
2. аномалиями развития плаценты
3. нарушениями дифференцировки ворсинчатого дерева
4. снижением массы тела плода

56. Для обезболивания роженицы с узким тазом можно применить:

1. Ингаляционные анестетики
2. Морфиноподобные препараты
3. Спазмолитики
4. Перидуральная анестезия

57. Метод родоразрешения при ножном предлежании доношенного плода средних размеров и выявлении хронической гипоксии:

1. Амниотомия и стимуляция родовой деятельности простагландинами
2. роды через естественные родовые пути с последующей экстракцией плода за тазовый конец
3. Роды через естественные родовые пути с применением перидуральной анестезии
4. Кесарево сечение

58. Первородящая 32 лет, срок беременности 41 нед. Предполагаемая масса плода 3900 г. В родах 10 часов. Сердцебиение плода 160 уд в мин. Открытие маточного зева 5 см, края шей-ки плотные, ригидные, плодный пузырь цел, плоский. Головка подвижна, над входом в малый таз.

Акушерская тактика:

1. Медикаментозный сон, затем, родостимуляция окситоцином
2. Амниотомия, медикаментозный сон, затем, родостимуляция простагландинами
3. Медикаментозный сон, внутривенное, капельное введение спазмолитиков, перидуральная анестезия, лечение гипоксии плода
4. Кесарево сечение

59. Для дискоординации родовой деятельности характерно:

1. Болезненность схваток
2. Затрудненное мочеиспускание,
3. Ригидность шейки матки
4. периодичность схваток 10 - 15 минут

60. Для лечения слабости родовой деятельности применяют:

1. Эстрогены
2. Спазмолитики
3. Утеротонические препараты
4. Гестагены

61. Показания к экстренному родоразрешению путем операции кесарево сечение при плацентарной недостаточности:

1. выраженная задержка роста
2. отсутствие прироста фетометрических показателей
3. отсутствие эффекта от комплексной терапии
4. монотонный базальный ритм кардиотокограммы

62. *Возможные осложнения при выполнении кесарева сечения:*

1. ранение мочевого пузыря
2. ранение сосудистых пучков
3. Гипотоническое кровотечение.
4. ранение мочеточников

63. *Абсолютными показаниями к операции кесарева сечение со стороны плода являются:*

1. Разгибательные вставления головки плода (задний вид лицевого, переднетеменной)
2. Смерть матери при живом плоде
3. Выпадение пульсирующих петель пуповины при головном предлежании
4. Разгибательные вставления головки плода (передний вид лицевого, заднетеменное)

64. *Абсолютными показаниями к операции кесарева сечение со стороны матери являются:*

1. Расположение плаценты в области рубца
2. Пороки развития матки и влагалища
3. Экстрагенитальный рак
4. Рубец на матке после кесарева сечения в нижнем маточном сегменте

65. *Беременность 36 нед. Гестоз средней степени тяжести. Предполагаемая масса плода 2100 г.*

Неготовность шейки матки к родам. Хроническая гипоксия плода. Врачебная тактика:

1. Пролонгировать беременность на 1-2 недели на фоне проведения патогенетической терапии
2. Начать родовозбуждение простагландинами при целом плодном пузыре.
3. Провести родовозбуждение окситоцином с предварительной амниотомией
4. Родоразрешить путем операции кесарева сечения

66. *Показаниями к дискретному плазморефу при поздних гестозах являются:*

1. Высокое АД
2. выраженный отечный синдром
3. протеинурия
4. плацентарная недостаточность

67. *Для претоксикоза характерно:*

1. лабильность и асимметрия АД
2. патологическая и неравномерная прибавка тела
3. снижение пульсового АД
4. задержка внутриутробного развития плода

68. *Диагностические признаки острого жирового гепатоза:*

1. гипопроteinемия
2. гипербилирубинемия
3. лейкоцитоз
4. повышение уровня трансаминаз

69. *Возникновение коагулопатического кровотечения в раннем послеродовом периоде связано с:*

1. тяжелой формой позднего гестоза
2. преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты
3. антенатальной гибелью плода
4. эмболия околоплодными водами

70. *Причинами отслойки нормально расположенной плаценты в родах являются:*

1. Дискоординация родовой деятельности
2. передозировка окситоцина при родостимуляции
3. абсолютная и относительная короткость пуповины
4. поздний гестоз

71. Для клиники шеечно-перешеечной беременности характерно:

1. обильное кровотечение
2. сильные боли внизу живота
3. гибель плода
4. гипотония

72. Локальный гипертонус матки характерен для:

1. предлежания плаценты
2. шеечно-перешеечной беременности
3. преждевременных родов
4. отслойки нормально расположенной плаценты

73. При геморрагическом шоке показано быстрое и одновременное проведение следу-ющих мероприятий:

1. Хирургическая остановка кровотечения
2. Трансфузионная — инфузионная терапия
3. Устранение дыхательной недостаточности
4. Обезболивание

74. К причинам субинволюции матки после родов относят:

1. Спазм внутреннего зева
2. Лохиометра
3. Остатки плацентарной ткани
4. Ретрофлексию матки 178

75. Появление на кардиотокограмме децелерации «DIP II» свидетельствует о:

1. физиологическом состоянии плода
2. асфиксии
3. инфицировании
4. пороках развития

76. Причинами перитонита после операции кесарево сечение являются:

1. хориоамнионит
2. динамическая непроходимость кишечника
3. несостоятельность рубца
4. миома матки

77. При применении экстракорпорального оплодотворения увеличивается частота:

1. многоплодной беременности
2. шеечной беременности
3. трубной беременности
4. невынашивания беременности

78. Организационно-технические условия, необходимые для проведения стимуляции овуля-ции в лечебном учреждении:

1. Возможность оказания экстренной круглосуточной гинекологической помощи в дан-ном лечебном учреждении.
2. Возможность круглосуточного УЗИ мониторинга растущего фолликула.
3. Возможность осуществлять ежедневный лабораторный контроль, в том числе опреде-ление эстрадиола в крови.
4. Высокая хирургическая квалификация врача, осуществляющего стимуляцию овуляции.

79. Гормонпродуцирующими клетками яичника являются:

1. клетки теки
2. стромальные клетки
3. клетки гранулезы
4. хилюсные клетки

80. При осмотре больной с инсулинорезистентностью можно обнаружить:

1. «центральный» тип ожирения
2. гирсутизм
3. увеличения яичников в объеме
4. гиперпигментацию кожных покровов

81. Наиболее тяжелые формы спаечного процесса в полости малого таза развиваются при:

1. хламидиозе
2. гарднереллезе
3. гонорее
4. генитальном герпесе

82. Воспалительные заболевания внутренних половых органов часто являются причиной женского бесплодия, так как они:

1. нарушают проходимость маточных труб
2. могут способствовать к формированию сенсibilизации к эякуляту
3. сопровождаются формированием спаечного процесса в малом тазе и брюшной области
4. всегда сопровождаются нарушением функции яичников

83. Для генитального хламидиоза характерно поражение:

1. Маточных труб
2. Влагалища
3. Шейки матки
4. Эндометрия

84. Проходимость маточных труб можно оценить при:

1. лапароскопии, хромосальпингоскопии
2. гистеросальпингографии
3. кимопертубации
4. гистероскопии

85. При осмотре шейки матки в зеркалах можно сделать заключение о наличии:

1. родившемся подслизистом миоматозном узле
2. полипе цервикального канала
3. деформации шейки матки
4. остроконечных кондилом шейки матки

86. Физическое и умственное переутомление оказывает влияние на репродуктивную регуляцию посредством:

1. изменения регуляции в центрах вегетативной нервной системы
2. воздействия на ядра ствола мозга
3. изменения внутричерепное давление
4. влияния на нейросекрецию нейронов внемгипоталамических отделов и гипоталамуса

87. В течение первой фазы менструального цикла имеет место:

1. роста когорты фолликулов, включая доминантный
2. атрезии фолликулов
3. повышения концентрации эстрадиола в крови

4. снижения митотической активности клеток эндометрия

88. Эхографическую картину абсцесса яичника необходимо дифференцировать с:

1. дермоидной кистой
2. фолликулярной кистой
3. солидной опухолью
4. эндометриодной кистой

89. Показаниями для проведения диагностической лапароскопии у больных с острыми воспалительными заболеваниями органов малого таза, являются:

1. Необходимость уточнения диагноза, степени тяжести и распространения процесса с целью разработки оптимальной тактики ведения больного.
2. Подозрение на наличие осложнений воспалительных заболеваний придатков матки (гнойный сальпингит, перфорация tuboовариального абсцесса или пиосальпинкса, вторичный аппендицит).
3. Отсутствие клинического эффекта, комплексной противовоспалительной терапии в течение 24-72 часов от начала внутривенного введения АБ.
4. Подозрение на формирование множественных внутрибрюшных абсцессов.

90. Хронический эндометрит характеризуется:

1. рецидивирующим течением
2. гиперандрогенией
3. нарушением менструальной функции
4. гиперпролактинемией

91. Характерными клиническими проявлениями хронического эндометрита являются:

1. Мажущие кровянистые выделения из половых путей до или после менструации
2. Диспареуния
3. Межменструальные тазовые боли
4. Гноевидные бели

92. Аменорея может возникать при компенсированной форме:

1. Гиперкортицизма
2. Гипокортицизма
3. Гипертиреоза
4. Первичного гипотиреоза

93. Лабораторными критериями дифференциальной диагностики кандидоза и кандидозоносительства при микроскопии мазков выделений из половых путей являются:

1. Повышенный уровень лейкоцитов
2. Обильная смешанная флора
3. Кокковая флора
4. Признаки деления псевдомицелия

94. Хронические тазовые боли могут иметь место при:

1. Хроническом аднексите
2. Варикозном расширении вен малого таза
3. Наружном генитальном эндометриозе
4. Остеохондрозе

95. Диагностика опухолей гениталий

1. Гинекологический осмотр
2. УЗИ
3. Компьютерная томография
4. Пункция опухолей

96. Для консервативного лечения миомы матки применяют:

1. Прогестагены
2. Физио и бальнеотерапию
3. Агонисты ганолиберина
4. Конъюгированные эстрогены

97. Показаниями к хирургическому лечению миомы матки являются:

1. «Миома», впервые диагностированная в постменопаузе
2. Интерстициальная миома с центрипитальным ростом узла
3. Увеличение размеров матки на 3-4 нед в течение 1 года наблюдения
4. Миома матки 9-10 нед беременности в сочетании с железисто-кистозной гиперплазией эндометрия

98. Болевой синдром при миоме матки может быть обусловлен:

1. Нарушением питания в узле
2. Нарушением лимфооттока
3. Подслизистым расположением узла
4. Быстрым ростом

99. УЗИ назначено на 30 неделю гестации, чтобы оценить один из следующих показателей:

- А. Количество околоплодных вод
- Б. Размеры плода
- В. Пороки развития плода
- Г. Снижение двигательной активности плода
- Д. Появление признаков преждевременного старения плаценты

100. Особенности кровотечения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты:

- А. Всегда наружное
- Б. В покое, чаще ночью
- В. Всегда безболезненное
- Г. Обильное
- Д. Ничего из перечисленного

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

- | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1. Д | 2. А | 3. А | 4. Д | 5. Г | 6. Г |
| 7. А | 8. В | 9. Д | 10. Д | 11. А | 12. Г |
| 13. А | 14. Г | 15. Г | 16. Д | 17. В | 18. Д |
| 19. Д | 20. А | 21. Б | 22. Д | 23. А | 24. Д |
| 25. Д | 26. А | 27. Г | 28. Г | 29. А | 30. В |
| 31. А | 32. Г | 33. Б | 34. Д | 35. Г | 36. А |

37. Д	38. Г	39. А	40. А	41. А	42. В
43. Д	44. Г	45. А	46. Д	47. Г	48. Г
49. А	50. Б	51. Б	52. Г	53. Г	54. Г
55. Г	56. Б	57. Г	58. В	59. Д	60. А
61. А	62. Д	63. Д	64. Г	65. А	66. А
67. Д	68. Г	69. Б	70. А	71. Б	72. Г
73. В	74. Г	75. Г	76. Г	77. Г	78. А
79. Д	80. Д	81. Д	82. Б	83. Г	84. Д
85. Г	86. Д	87. Г	88. Б	89. Г	90. В
91. В	92. В	93. А	94. Д	95. Г	96. В
97. А	98. В	99. Б	100. Д		

Ситуационные задачи к итоговой аттестации по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации со сроком освоения 216 академических часов по специальности «Акушерство и гинекология» по теме «Клиническое акушерство и антенатальная охрана плода»

По акушерству:

1. Гр., 3., 26 л. Поступила в роддом по поводу дородового излития околоплодных вод; воды излились 6 часов тому назад. Беременность 6-я, доношенная. Предыдущие роды закончились операцией кесарева сечения 1,5 года тому назад по поводу клинического узкого таза. Первые 4 беременности закончились срочными родами. Женщина категорически настаивает на родах через естественные родовые пути. 4 часа назад появилась регулярная родовая деятельность, в настоящее время роженица внезапно побледнела, появились умеренные кровянистые выделения, исчезло сердцебиение плода, живот умеренно вздут, болезнен при пальпации. Пальпация матки болезненна, особенно по ходу бывшего операционного рубца.
1. Какие осложнения во время беременности и родов следовало ожидать в данном случае?
2. Назовите клинический диагноз?
3. Ваша тактика.
2. В женскую консультацию впервые обратилась беременная со сроком 36 недель. Артериальное давление 140/90. Дно матки под мечевидным отростком. Предлежит головка. Сердцебиение

плода ясное. Незначительные отеки нижних конечностей. Белок в моче – следы. Беременной назначена диета и она отпущена домой. Через 15 дней отправлена в родильный дом по поводу эклампсии.

1. Своевременно ли первое обращение беременной в консультацию в 36 недель?
2. Каков диагноз при наличии указанного симптомокомплекса?
3. Патогенез вышеперечисленных симптомов?
4. В чем заключается ошибка врача консультации?
5. Основные принципы профилактики преэклампсии и эклампсии?
3. Роженица Г., 24 лет, поступила в родильное отделение по поводу 1-х срочных родов. 4 года тому назад перенесла операцию митральной комиссуротомии. При поступлении общее состояние удовлетворительное, отмечает одышку при физической нагрузке. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Температура 36,7°. Артериальное давление 125/85. Пульс 86 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Сердце – границы расширены влево на 1,5 см. на верхушке грубый систолический шум. В легких везикулярное дыхание. Печень не пальпируется. На ногах небольшие отеки. Положение плода продольное. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода слева ниже пупка 136 ударов в 1 минуту, ясное, ритмичное. Окружность живота 93 см. Высота стояния дна матки 35 см. Размеры таза: 25-28-31-20 см. Схватки через 6-7 минут, продолжительность 45-50 секунд. Воды не изливались.

При влагалищном исследовании: влагалище не рожавшей, шейка сглажена, открытие 7 см, плодный пузырь цел. Предлежит головка, малым сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Правый родничок слева и спереди, большой родничок справа и сзади, мыс недостижим.

1. При каких условиях допустимо донашивание беременности после операции митральной комиссуротомии?
2. Как должно проводиться наблюдение за данной беременной в женской консультации?
3. Какова тактика ведения родов?
4. С., 33 лет, поступила в отделение патологии беременных в 30 недель. Паритет. Первая беременность окончилась срочными родами в 2002 г. Ребенок здоров. Вторая беременность в 2004 г. в 18 недель закончилась выкидышем. Производилась дважды гемотрансфузия. После второго переливания крови был сильный озноб.

Третья беременность закончилась в 2006 г. самопроизвольным выкидышем при сроке 21-22 недели. Четвертую беременность доносила, в 2008 были срочные роды, но ребенок умер на 3-й день от желтухи.

Настоящая беременность протекает хорошо. Общее состояние удовлетворительное. Пульс 78 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 120/70 мм РТ.ст., со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Положение плода продольное. Предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода слева ниже пупка 130 ударов в 1 минуту ясное, ритмичное. Родовой деятельности нет. Воды не изливались. Окружность живота 82 см. Высота дна матки над лоном 30 см.

Размеры таза: 26-29-31-20. Группа крови беременной 1 (0).

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести у данной беременной?
3. Какова тактика ведения беременности и родов?
5. Р., 36 лет поступила в акушерскую клинику в 12 час. 30 мин. по поводу вторых срочных родов. Первые роды в 2005 г. закончились рождением живого доношенного мальчика. Ребенок жив, хорошо развивается.

При поступлении состояние роженицы удовлетворительное, температура 36,6 схватки через 5-7 минут, продолжительность 50 секунд.

Размеры таза 26-28-31-20 см. окружность живота 104 см. Высота дна матки над лоном 35 см. положение плода продольное. Предлежит головка высоко, подвижна над входом в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 уд. в 1 минуту, слева ниже пупка.

Над входом в малый таз правее средней линии определяется плотное округлое образование, величиной с головку новорожденного. Воды не отходили.

Влагалищное исследование: при открытии на 4 см и целом плодном пузыре ниже предлежащей головки справа определяется фиброматозный узел, исходящий из передней стенки нижнего сегмента матки и частично закрывающий вход в малый таз.

1. Как часто встречается сочетание беременности и миомы матки?
2. Какие осложнения во время беременности и в родах можно ожидать при миоме матки?
3. Как правильно вести данный случай?

6. Гр. Р., 23 лет, первобеременная, поступила в родильное отделение больницы в 14-00 по поводу первых срочных родов. Температура при поступлении 37,9°, пульс 104 уд в минуту. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в таз, сердцебиение ясное. Воды целы. Родовой деятельности нет.

В 17-00 появились боли в правой подвздошной области. Общее состояние удовлетворительное. Со стороны органов пищеварения, сердечно-сосудистой системы, дыхания и мочеполовых органов никаких особенностей не отмечено. Симптом Пастернацкого отрицательный. При перемещении больной на левый бок боли в правой подвздошной области усилились. Резкая болезненность при пальпации справа внизу живота.

Симптом Щеткина-Блюмберга положительный.

Язык обложен, сухой. Дважды была рвота.

Моча нормального состава.

Кровь: гемоглобин 120 г/л, эр. - 3.86, л. - 18. Э 0%, пя 14%, ся 64%, лимф. 12%, МОН 10 %, СОЭ 21 мм в час.

1. Назовите клинический диагноз?
 2. Как правильно вести данный случай?
7. К., 34 лет, поступила в отделение патологии беременности. Настоящая беременность вторая. Первая беременность в 2010 г. закончилась кесаревым сечением по поводу клинически узкого таза. Ввиду имевшего места метрозондометрита в послеоперационном периоде выписана домой на 24-й день после операции. Общее состояние при поступлении удовлетворительное. Артериальное давление 120/70 мм. Беременность 36 недель. На брюшной стенке по средней линии и выше пупка слева рубец после предыдущей операции. Положение плода продольное. Предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд в 1 минуту справа ниже пупка. При пальпации рубца определяется болезненность и углубление (ниша!).

1. Назовите клинический диагноз и дайте его обоснование?
 2. Что необходимо предпринять в данном случае?
8. Гр-ка К., 22 лет, беременность первая, срок 36-37-й недель. Размеры таза 25-29-31-21 см. Положение плода продольное, головное предлежание, сердцебиение плода ясное слева ниже пупка. Родовой деятельности нет.

Последние две недели отмечает жалобы на боли в пояснице и подложечной области, зуд кожи, понижение аппетита, общее недомогание. В течение нескольких дней был жидкий стул 3-4 раза в день, кал светло-желтого цвета. Моча стала темная, при взбалтывании образуется желтая пена. Первые дни болезни находилась под наблюдением врача в домашних условиях, отмечалось повышение температуры до 37,5°. Язык влажный, обложен сероватым налетом, желтушное окрашивание склер и твердого неба. Селезенку пальпировать не удается, область печени болезненна при пальпации.

Кровь: гемоглобин 106 г/л, эр. 4.42, Л 10, СОЭ 8 мм в час. Реакция на билирубин положительная, на уробилин отрицательная. Количество билирубина в сыворотке крови (по Ван-дер-Бергу) 18 мг %; качественная реакция прямая двухфазная.

ОАМ: моча насыщенного желтого цвета, реакция кислая, уд. вес 1020, белка 0,3%, лейкоцитов 5-6 в п/з, цилиндры отсутствуют.

1. Назовите клинический диагноз.
2. Какие осложнения могут возникнуть в подобных случаях?
3. Нет ли показаний к досрочному родоразрешению, если да, то каким методом Вы его проведете?
4. Какую тактику вы предложите для ведения данного случая?

9. М., 31 года, доставлена в родильный дом по поводу вторых срочных родов и подозрения на раннее излитие вод. Положение плода продольное, головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода продольное, головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода слева ниже пупка, 138 ударов в минуту, ясное. Размеры таза: 26-29-30-21, схватки сильные, через 5-6 минут, продолжительностью 50 секунд. При внутреннем исследовании шейка укорочена, открытие 5 см, плодный пузырь сохранен, предлежит какая-то мелкая часть. Мыс недостижим. Через 4 часа излились воды и при повторном внутреннем исследовании обнаружено полное открытие, выпадение ручки. Врач сделал попытку вправить ручку, что ему не удалось. Тогда (хотя это и было тяжело) был произведен внутренний поворот плода на ножку, в результате чего произошел разрыв матки, потребовавший чревосечения и ушивания разрыва.

1. Какая акушерская патология имела место в данном случае?
2. При каких условиях произошло вправление ручки при ее выпадении?
3. Почему произошел разрыв матки?
4. Как правильно было вести этот случай?

10. Гр-ка Р., 35 лет, поступила 24 августа в родильное отделение по поводу кровянистых выделений. Беременность 7-я, в сроке 37 недель.

Кровянистые выделения вскоре прекратились, но женщина была оставлена в стационаре, 4 сентября появились регулярные схватки и умеренное кровотечение: произведено влагалищное исследование, при котором обнаружено открытие до 6 см, целый плодный пузырь и часть плаценты. Пузырь был вскрыт, излились воды, окрашенные кровью и женщина вскоре родила. В послеродовом периоде через 20 минут после рождения плода началось сильное кровотечение, ввиду чего было произведено ручное отделение последа. Общая кровопотеря составила 500 мл.

1. Назовите клинический диагноз?
 2. Правильно ли поступил врач, ведущий роды?
 3. Перечислите меры по борьбе с кровопотерей?
11. Роженица 22 лет. Беременность первая. Родовая деятельность началась в 4 часа. В 6 часов поступила в родильное отделение. При поступлении состояние удовлетворительное. Схватки через 5-6 минут, продолжительностью 40 секунд. Сердцебиение плода справа ниже пупка, 135 ударов в минуту. Окружность живота 92 см. Высота стояния матки 34 см. Индекс Соловьева – 13 см. Размеры таза: 24-26-29-17,5. Диагональная конъюгата – 10 см. В 12 часов при повторном внутреннем исследовании - открытие полное. Воды целы. Оболочки плотные. Головка прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева и спереди большой родничок не достигается.

1. Каковы особенности костного таза у данной роженицы?
 2. Что необходимо предпринять в данном случае?
12. И., 28 лет, поступила в роддом в 10 часов с регулярной родовой деятельностью, начавшейся с 8 часов. Беременность 2-я. Первая беременность закончилась родами живым ребенком весом 3150,0. Ребенок жив, хорошо развивается. При поступлении общее состояние удовлетворительное, пульс 82 удара в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 115/80 мм. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода слева ниже пупка 136 ударов в 1 минуту, ясное, ритмичное. Размеры таза: 26-28-30-18. Индекс Соловьева 12 см. Схватки через 5 минут по 40 секунд. Воды не отходили.

В 16 часов после излития вод, при повторном влагалищном исследовании: шейка укорочена, открытие 8-9 см, плодного пузыря нет, головка прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в прямом размере входа в малый таз. Малый родничок спереди у лона, большой родничок сзади.

1. Особенности таза у данной роженицы?
 2. Назовите клинический диагноз?
 3. Что делать?
13. Роженица 29 лет. Третьи срочные роды. Предыдущие роды протекали нормально. В течение настоящей беременности дважды находилась в стационаре по поводу анемии средней степени тяжести. При поступлении в роддом общее состояние удовлетворительное. Пульс 86 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного направления. Артериальное давление 110/70.

Размеры таза: 24-27-30-20. Положение плода продольное, предлежит головка, малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, слева ниже пупка, 140 ударов в 1 минуту. Схватки через 4-5 минут, продолжительность 40 секунд. Воды не отходили.

Влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие на 6 см, плодный пузырь цел. Предлежит головка, на 1-й плоскости. Стреловидный шов в поперечном размере; малый родничок слева, большой родничок справа. Мыс не достигается.

1. Назовите клинический диагноз?

2. Тактика ведения родов?

14. В больницу поступила роженица 23 лет с умеренным кровотечением. Роды повторные; преждевременные в 35-36 недель. Роженица в удовлетворительном состоянии, пульс – 82 уд. в 1 минуту. Положение плода косое. В связи с кровотечением произведено внутреннее исследование, при котором обнаружено, что зев открыт на 8-9 см, предлежит часть плаценты. Для остановки кровотечения сделан поворот на ножку. Кровотечение прекратилось, но появилась угрожающая асфиксия плода, в виду чего врач тотчас же приступил к извлечению плода. Плод извлечен живым, но после его извлечения вновь появилось кровотечение. Во время ручного удаления последа установлен разрыв нижнего сегмента матки, по поводу которого была произведена экстирпация матки при одновременном переливании крови.

1. Назовите клинический диагноз?

2. Какую грубую ошибку допустил врач, ведущий роды?

3. Как надо вести роды в данном случае?

15. Роженица 39 лет. Роды 4, срочные. Предыдущие роды закончились самостоятельно, но протекали длительно. Настоящая беременность протекала нормально. В конце беременности появились отеки нижних конечностей.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Пульс 78 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Окружность живота 101 см. Высота дна матки над лоном 35 см. Положение плода продольное, головка подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, слева ниже пупка, 134 удара в минуту. Размеры таза: 23-26-29-18. Индекс Соловьева 14 см. Схватки через 5 минут, продолжительность 40 секунд. При влагалищном исследовании: влагалище рожавшей женщины, шейка укорочена, открытие 5- 6 см, плодный пузырь цел, головка подвижна над входом в малый таз.

1. Назовите клинический диагноз.

2. Как правильно вести настоящие роды?

16. Роженица, 30 лет, роды 2-е. Таз 25-27-30-18, диагональная конъюгата – 9,5, окружность живота 104, Индекс Соловьева – 15,5. Роды срочные продолжаются 10 часов. Родовая деятельность активная, схватки потужного характера, через 1 минуту, продолжительностью 45-50 секунд. Роженица жалуется на боли между схватками. Воды излились 2 часа тому назад при полном открытии, с тех пор головка стоит неподвижно во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, 140 ударов в 1 минуту, слева ниже пупка. Признак Генкель-Вастена положительный.

1. Назовите клинический диагноз.

2. Каково клиническое значение Генкель-Вастена?

3. Как правильно вести данные роды?

17. Роженица, 36 лет. Беременность 3-я. Первые двое родов затяжные, но закончились рождением живого ребенка. Таз 25-28-30-19. Роды продолжаются 17 часов. Раннее излитие вод. Головка малым сегментом во входе. Родовая деятельность слабая, схватки через 8-9 минут, продолжительность 25 секунд. За 6 часов получено катетером 50 мл. концентрированной мочи. Над лоном определяется небольшая припухлость. Сердцебиение плода 124 удара в минуту, приглушено. Наружные половые отечны. При влагалищном исследовании: шейка сглажена, края ее отечны, открытие почти полное, плодного пузыря нет, головка прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в поперечном размере входа в малый таз, ближе к лону. Малый родничок слева, большой родничок справа на одном уровне. На головке значительная родовая опухоль.

1. Назовите клинический диагноз.

2. Какие симптомы подтверждают установленный Вами диагноз?

3. Что означает, когда малый и большой родничок расположены на одном уровне, а стреловидный шов находится ближе к лону?

4. Что делать?

18. Роженица 27 лет. Беременность 2-я. Таз 25-27-29-18, диагональная конъюгата 10. Первые роды продолжались 3 суток, в виду слабости родовой деятельности и закончились рождением мертвого ребенка. Настоящие роды продолжаются 16 часов. Схватки спазматические, открытие полное, пузырь цел. Головка над входом. Сердцебиение плода хорошее.

1. Назовите клинический диагноз.

2. Имеются ли в данном случае показания к срочному родоразрешению?

3. Что делать?

19. Роженица 35 лет. Беременность 6-я. Все роды нормальные. Таз 25-27-30-20. Роды срочные, продолжаются 5 часов. Схватки достаточной силы и продолжительности. Сердцебиение плода ясное. Воды только что излились. При внутреннем исследовании: открытие полное, головка на 1 плоскости. Корень носа определяется слева спереди, большой родничок справа кзади.

1. Назовите клинический диагноз?

2. Каким размером проходит головка через таз?

3. Какова тактика ведения данных родов?

20. Роженица, 34 лет. Беременность 5-я. Роды 3-и. Все роды без осложнений. Таз 28-30-33-20. Роды срочные, продолжаются 10 часов. Головка в узкой части полости таза. Воды излились, открытие полное в течение 3 часов. Схватки ослабли, потуг нет. Сердцебиение ясное, 100 уд. в минуту. Малый родничок определяется слева спереди, большой родничок справа кзади.

1. Назовите клинический диагноз?

2. Как правильно провести 2-й и 3-й периоды родов?

21. Роженица, 37 лет. Беременность 8-я. Все роды без осложнений. Таз 25-27-31-20. Роды срочные, продолжаются 10 часов. Родовая деятельность энергичная. Лобнопередлежание, головка над входом. Открытие полное. Только что отошли воды. Сердцебиение плода ясное.

1. Какие разгибательные предлежания головки Вы знаете?

2. Какое из разгибательных предлежаний и вставлений является наиболее неблагоприятным?

3. Какой должна быть акушерская тактика в данном случае?

22. Роженица, 30 лет. Беременность 1-я. Таз 25-29-32—21. Роды срочные, продолжаются 22 часа. Воды излились 4 часа назад. Головка в узкой части полости таза. Открытие полное, потуги слабые. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 144 в мин. Внезапно припадок эклампсии.

1. Назовите клинический диагноз?

2. Как правильно вести данный случай?

23. Роженица, 20 лет. Беременность 1-я. Таз 26-29-32-20 см. Роды срочные продолжаются 18 часов. 2 часа тому назад акушерка на фельдшерском пункте сделала внутреннее исследование и определила открытие на 4 см. Воды не изливались. Ввиду происшедшего приступа судорог роженица была транспортирована в районную больницу. По дороге повторилось еще 2 приступа судорог. Головка в полости таза. Родовая деятельность энергичная.

1. Назовите клинический диагноз?

2. Правильно ли поступила акушерка, транспортировав роженицу?

3. Какие упущения были допущены при наблюдении за данной женщиной во время беременности?

24. Роженица, 22 года. Беременность 1-я. Таз 24-27-29-30. Роды начались 32 часа тому назад. Доставлена скорой помощью в бессознательном состоянии. Выраженные отеки. Артериальное давление 180/120. Дома было 2 приступа судорог. В смотровой при поступлении 3-й припадок судорог. Сердцебиение плода не прослушивается, головка малым сегментом во входе. Открытие полное. Воды отошли 3 часа назад. Корень носа справа кзади, большой родничок слева спереди. Околоплодные воды с резким запахом.

1. Назовите клинический диагноз

2. Какой должна быть акушерская тактика в ведении данных родов?

25. Роженица, 20 лет. Беременность 1-я. Таз 24-26,5-29,5-20. Поступила в бессознательном состоянии после того, как дома было 3 припадка эклампсии. В смотровой 4-й припадок. Артериальное давление 150/90. Продольное положение плода. Головка большим сегментом во входе. Открытие зева на 2 см. Пузырь цел.

1. Назовите клинический диагноз?
2. В чем заключается лечение при тяжелом позднем гестозе?
3. Какой должна быть дальнейшая тактика ведения данных родов?

27. В клинику поступила Р., 35 лет, для прерывания беременности сроком 11-12 недель. Настоящая беременность 6-я. Было 3 родов и 2 искусственных аборта.

При поступлении внутренние органы без отклонения от нормы. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины. Шейка цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Матка в антефлексию и антеверсию, увеличена до 12 недель беременности, размягчена. Придатки матки не определяются, своды свободны. В мазках из влагалища и шейки матки лейкоцитов 8-9 в поле зрения, флора палочковая. Через 3 часа после поступления взята на операционный стол. После обычной подготовки зондом измерена длина полости матки – 11 см, шейечный канал расширен до №12 расширителями Гегара. Приступили к удалению плодного яйца кюреткой и абортцангом. Часть плодного яйца была удалена. При повторном вхождении в полость матки кюреткой - последняя провалилась в брюшную полость. Операция была прекращена.

1. Назовите причины прободения матки во время операции искусственного аборта?
2. К каким осложнениям может привести прободение матки во время операции искусственного аборта?
3. Какую тактику избрать в данном случае?

28. Женщина, 33 лет. Последние месячные 11 февраля. Чувствовала себя беременной. 18 апреля появились небольшие схваткообразные боли внизу живота и незначительные кровянистые выделения.

Внутреннее исследование – шейка цилиндрической формы. Наружный зев закрыт. Матка легко сокращается под руками. Увеличена до 8 недель беременности. Выделения слизистые, слегка окрашены кровью. Придатки матки не определяются. Сводь свободны.

1. Назовите клинический диагноз?
2. Какие причины ведут к данному осложнению беременности?
3. Как правильно провести данный случай?

29. Беременная, 37 лет, обратилась в консультацию. 5-я беременность. Срок беременности 34-35 недель. Ночью появилось умеренное кровотечение. Болей нет. Шевеление плода чувствует. Сердцебиение выслушивается.

1. Назовите предположительный диагноз.
2. Каков механизм появления кровянистых выделений в конце беременности при отсутствии родовой деятельности?
3. Как должен поступить врач консультации в данном случае?

30. В начале периода раскрытия у многорожавшей женщины появилось повторное кровотечение, довольно обильное. Роженица бледна. Пульс 120 в минуту, ослабленного наполнения. Живот мягкий, безболезненный.

При влагалищном исследовании: открытие 4 см, плодный пузырь цел, боковое предлежание плаценты.

1. Назовите причины предлежания плаценты.
2. Чем должен руководствоваться врач, принимая решение о ведении данных родов?
3. Как правильно вести данный случай?

31. Роженица, 38 лет. Роды 10-е. Таз 27-27-30-17,5. Диагональная конъюгата 9 см. Роды продолжаются 30 часов. Воды излились 17 часов тому назад. Головка малым сегментом во входе. Продвижение ее отсутствует. Схватки потужного характера, сильные и частые. Сердцебиение плода не выслушивается. Круглые связки напряжены. Ретракционное кольцо на уровне пупка.

1. Назовите клинический диагноз и дайте его обоснование.
2. Как правильно закончить данные роды?

32. Роженица, 28 лет. Роды третьи. Вслед за рождением последа появилось кровотечение. При осмотре последа целостность его взята под сомнение.

1. Какие причины могут приводить к кровотечению в раннем послеродовом периоде?

2. В чем причина задержки частей последа?

3. Что надо предпринять в данном случае?

33. Повторные роды. Плод родился в 14 часов. Прошло 30 минут, послед не отделился. Кровотечения нет.

1. Укажите причины неотделения последа.

2. Как поступить в данном случае?

34. М., 39 лет, поступила в акушерское отделение. В родах 10 часов 30 минут. Беременность 5-я. Было 2 родов, 2 искусственных аборта. Во время настоящей беременности на 35-й неделе появились отеки нижних конечностей, по поводу чего находилась в отделении патологии беременных в течение 9 дней.

При поступлении состояние удовлетворительное. Пульс 80 в минуту, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 100/60 мм рт.ст. Тоны сердца чистые, в легких везикулярное дыхание. Живот мягкий. Высота матки над лоном – 34 см. Окружность живота 114 см. Положение плода продольное, головка подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода слева ниже пупка 130 ударов в 1 минуту, ясное. Схватки слабые, через 4-5 минут, продолжительностью 30 секунд. Воды не изливались. При влагалищном исследовании: шейка укорочена, открытие зева на 6 см, плодный пузырь цел. Головка над входом в малый таз. Мыс недостижим.

В 15 часов излились воды, при внутреннем исследовании: открытие полное, головка прижата ко входу в малый таз. В 17 часов родился живой мальчик весом 4550 г. Через 20 минут родился послед без дефектов, со всеми оболочками, но вслед за рождением последа из половых путей началось обильное кровотечение.

1. Назовите, какие причины ведут к кровотечениям в раннем послеродовом периоде?

2. Какова профилактика ранних послеродовых кровотечений?

3. Что необходимо предпринять в данном случае?

35. В консультацию обратилась первобеременная, 20 лет. Срок беременности 30 недель. Жалоб беременная не предъявляет. Артериальное давление 120/80 мм рт.ст. Отеков нет, белка в моче не обнаружено. Взвешиванием установлено, что за последние 2 недели беременная прибавила в весе 1600 граммов.

1. К чему может привести чрезмерная прибавка в весе во 2-й половине беременности?

2. Каковы основные принципы диететики беременной?

36. В женскую консультацию обратилась С., 35 лет, с жалобами на боли в левой подвздошной области, появляющиеся после резких движений. Месячные с 14 лет, по 3-4 дня, через 28 дней, безболезненные, в умеренном количестве. Последние месячные 2 месяца тому назад. Беременностей 2. Обе закончились родами в срок. Последние роды 3 года тому назад, тогда же было и последнее посещение врача-гинеколога. Гинекологических заболеваний не отмечает.

Объективно: патологии со стороны внутренних органов не выявлено. Пульс 76 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 115/70 мм рт.ст., живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Данные влагалищного исследования:

влагалище рожавшей, шейка цилиндрическая, наружный зев щелевидный, закрыт. Матка отклонена вправо, шарообразной формы, мягковатой консистенции, увеличена до 7-8 недель беременности. Выражены симптомы Пискачека и Горвица-Гегара. Слева от матки определяется овоидное образование величиной 10х12 см. Образование тугоэластической консистенции, подвижное. Смещение чувствительно. Правые придатки не определяются. Выделения слизистые.

1. Назовите клинический диагноз.

2. Нуждается ли больная в оперативном лечении?

3. Дайте обоснование необходимости оперативного лечения и сроков его проведения.

37. Роженица 32 лет. Роды первые. Размеры таза нормальные. Поступила с умеренным кровотечением. Поперечное положение плода. Открытие маточного зева 7 см. Боковопредлежание плаценты. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 144 в мин.

1. Назовите клинический диагноз.

2. Что делать?

38. В женскую консультацию обратилась женщина 23 лет по поводу задержки менструации в течение двух последних месяцев. В 18-летнем возрасте перенесла нефрит. Половая жизнь с 19 лет.

Беременность первая, так как по совету врача предохранялась в связи с бывшим заболеванием почек.

При обследовании установлена беременность сроком 7-8 недель, кровяное давление 125/75 мм рт столба, в анализе мочи каких-либо изменений нет.

1. Имеются ли в данном случае противопоказания для продолжения беременности?

2. Как должно проводиться наблюдение за данной беременностью?

39. Роженица К., 35 лет. Беременность 3-я. Роды срочные. Таз 23-26-29-19, в 20 часов отошли воды в большом количестве. После излития вод роженица побледнела, пульс 110 ударов в 1 минуту, ослабленного наполнения. Артериальное давление 100/60 мм рт ст. Матка плотная, напряженная, болезненная. Части плода не прощупываются, сердцебиение плода исчезло. Умеренное наружное кровотечение. Открытие полное. Головка над плоскостью входа в малый таз.

1. Назовите клинический диагноз.

2. Что делать?

40. Роженица 31 года. Беременность 3-я. Роды срочные. Таз 26-29-30-17. При поступлении температура 37,6°C. Родовая деятельность слабая. Воды излились дома 16 часов тому назад. Головка малым сегментом во входе в малый таз. Открытие 8см. Во влагалище петли не пульсирующей пуповины.

1. Назовите клинический диагноз.

2. Нуждалась ли данная роженица в профилактической госпитализации до родов?

3. Как правильно закончить данные роды?

41. Роженица 22 лет. Беременность 2-я. Таз 25-27-30-20. Роды срочные. При полном открытии отошло много вод. Одновременно выскользнула пульсирующая петля пуповины во влагалище. Сердцебиение плода прослушивается, 126 ударов в минуту, глухое.

1. Назовите клинический диагноз.

2. Какие причины предлежания и выпадения пуповины?

3. Что делать?

По гинекологии:

1. К врачу обратилась больная А., 26 лет, с жалобами на продолжающиеся в течение 10 дней кровянистые выделения из половых путей и небольшие ноющие боли внизу живота, совпавшие с началом кровотечения. Менструация с 16 лет, по 3-4 дня, нерегулярные, с задержками до 10-20 дней, обильные, безболезненные. Два года назад были кровянистые выделения в течение 15 дней, проводилось консервативное лечение. Половая жизнь с 22 лет. Беременностей не было. Последняя менструация 1,5 мес. тому назад. Диагноз? Дифференциальный диагноз? Какие методы обследования необходимы? Что делать?

2. Больная Б., 46 лет, обратилась с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей, слабость, головокружение. В анамнезе: менструации с 14 лет, через 28 по 5 дней, умеренные. Было 4 беременности (родов – 2, аборт по желанию - 2), без осложнений. Гинекологические заболевания отрицает. Последние 2 года менструальный цикл нарушен – интервалы между месячными достигали 2-3 мес. Объем и продолжительность менструаций увеличились без явлений анемизации. Год назад гинекологом выявлена миома матки размером до 5-6 недель беременности. Лечение не проводилось. Две недели назад после двухмесячного отсутствия менструаций началось кровотечение, продолжающееся до настоящего времени. Диагноз? Дифференциальный диагноз? Какие методы обследования необходимы? Что делать?

3. Больная В., 15 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей, слабость, головокружение. В анамнезе – паротит, краснуха. Наследственность по гинекологической заболеваемости неотягощена. У матери больной – диффузный нетоксический зоб. Менструации с 13 лет, регулярные в течение первого года (через 30 дней по 3-4 дня), умеренные, безболезненные. Половую жизнь отрицает. В течение последнего года прогрессирующие задержки менструаций с увеличением интервалов между ними до 2-4 мес. с последующими кровотечениями, симптомами анемизации. Проводилась кровоостанавливающая, антианемическая терапия. Месяц назад больная обнаружила появление молочноподобного отделяемого из молочных желез. Заболела 10 дней назад, когда после 2-месячного отсутствия менструации появились умеренные кровянистые выделения из половых

путей. В последующие дни интенсивность кровотечения нарастала, появилась слабость, головокружение. Болей внизу живота не отмечает. Диагноз? Дифференциальный диагноз? Какие методы обследования необходимы? Что делать?

4. К врачу женской консультации обратилась пациентка А., 20 лет. Жалобы на зуд, жжение в области вульвы, учащенное мочеиспускание. Считает себя больной 5 дней. Анамнез: хронический тонзиллит, обострения 3-4 раза в год, последнее 1 месяц назад, получила курс антибактериальной терапии. Менструации с 12 лет, по 5 дней, через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Половой жизнью живет с 19 лет. Объективно: наружные половые органы развиты правильно, вульва резко гиперемирована, выделения крошковатые, серого цвета. В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки резко гиперемирована, отечна, покрыта белесоватыми налетами, которые легко удаляются марлевым тампоном. Бимануальное исследование: матка в ante flexio, нормальных размеров, плотная, подвижная, безболезненная, придатки с обеих сторон без особенностей. Поставьте предварительный диагноз. Какие дополнительные методы исследования можете предложить? Бактериоскопия влагалищного мазка: флора смешанная, лейкоцитов 15-20 в поле зрения, мицелий гриба Candida albicans. Окончательный диагноз? Назначьте лечение.

5. Больная С., 25 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на бели и контактные кровянистые выделения из половых путей в течение 3 мес. Анамнез не отягощен. Менструации с 16 лет, нерегулярные с периода менархе, по 3-4, через 30-45-120 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация 10 дней назад. Половая жизнь с 20 лет, в браке. Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела нормальная, со стороны органов и систем без патологии. В зеркалах: шейка матки коническая, поверхность слизистой оболочки вокруг наружного зева на площади 2,0х2,0 см ярко красного цвета, зернистая, покрыта гнойно-слизистыми выделениями, при дотрагивании легко кровоточит. Бимануальное исследование: шейка матки обычной консистенции, наружный зев закрыт, матка в retro flexio, нормальных размеров, плотная, подвижная, безболезненная, придатки с обеих сторон без особенностей. Своды свободны. Поставьте предварительный диагноз. С какими нозологическими формами следует проводить дифференциальную диагностику? Предложите дополнительные специальные методы обследования.

6. Больная Б., 27 лет, обратилась с жалобами на недомогание, озноб, интенсивные боли в промежности, затрудняющие движение. Больна третий день. Два последних дня лихорадка до 38,8 °С. Анамнез не отягощен. Менструации с 13 лет, по 4-5 дней, через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Последняя 20 дней назад, в срок. Половая жизнь с 17 лет. Перенесла острую гонорею 2 года назад, страдает хроническим сальпингоофоритом в течение 10 лет. Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела 38,5 °С, PS 88 уд/мин, со стороны органов и систем без патологических изменений. При осмотре: половая щель смещена влево, правая половая губа увеличена, отечна, гиперемирована. При пальпации определяется резко болезненное, округлое образование 4,0х3,0х3,0 см, увеличение и болезненность паховых лимфатических узлов. В зеркалах: осмотр затруднен из-за выраженной болезненности, слизистая оболочка влагалища и наружной поверхности шейки матки гиперемирована, выделения гнойные, обильные. Бимануальное исследование: шейка матки обычной консистенции, наружный зев закрыт, матка в retro flexio, нормальных размеров, плотная, подвижная, безболезненная, придатки с обеих сторон без особенностей. Своды свободные. Предположительный диагноз? Тактика ведения? Дополнительные методы обследования?

7. На приеме больная Д., 31 года. Через 5 дней после искусственного аборта появились боли в нижнем отделе живота, повышение температуры тела до 38 °С. При объективном исследовании обнаружено: живот мягкий, болезненный в нижнем отделе. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание и стул в норме. При влагалищном исследовании матка увеличена до 5-6 недель беременности, болезненная, мягкой консистенции. Влагалищные своды свободные. Придатки матки не определяются. Выделения коричневатые с неприятным запахом. Диагноз? Тактика лечения?

8. В женскую консультацию обратилась больная К., 26 лет, с жалобами на сильную боль в низу живота, недомогание, слабость, повышение температуры тела до 39 °С, озноб. В течение трех лет

страдает хроническим сальпингоофоритом с ежегодными обострениями. Болеет 4 дня. Начало заболевания связывает с переохлаждением. Отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки. Симптом Щеткина-Блюмберга в нижних отделах живота положительный. При влагалищном исследовании из-за резкой болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки положение, величину матки и придатков матки определить не удастся. Имеется напряжение, болезненность и выпячивание сводов влагалища. Предполагаемый диагноз? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику? Тактика лечения?

9. Больная Ф., 20 лет, обратилась с жалобами на боли в нижних отделах живота, рвоту, повышение температуры тела до 38,6°C. Болеет 3 дня. Менструации с 13 лет по 4 дня через 28 дней, умеренные, безболезненные. Последние менструации начались 3 дня назад. Половая жизнь вне брака с 17 лет. Последнее половое сношение 10 дней назад.

Объективно. Состояние тяжелое, язык сухой, обложен белым налетом, пульс 108 в мин, АД – 110/70 мм РТ ст. Живот умеренно вздут, напряжен и резко болезнен во всех отделах, в акте дыхания не участвует, симптомы раздражения брюшины положительны по всему животу.

В зеркалах: слизистая оболочка вокруг наружного зева матки отечна, гиперемирована, из цервикального канала слизисто-гнойные выделения. Влагалищное исследование: шейка матки конической формы. Движения за шейку матки резко болезненные, матку и область придатков пропальпировать не удастся из-за резкой болезненности. Предполагаемый диагноз? Какие методы лечения показаны больной?

10. Больная Н., 25 лет обратилась к врачу женской консультации с жалобами на обильные пенистые бели с неприятным запахом, жжение, зуд в области наружных половых органов и чувство тяжести во влагалище. Болеет в течение недели. Последняя менструация наступила в срок – за 10 дней до обращения к врачу. Половую жизнь ведет с 18 лет. Была замужем. В настоящее время брак расторгнут. Две недели тому назад имела половое сношение. Была одна беременность, которая закончилась медицинским абортom. Перенесенные гинекологические заболевания отрицает. Объективное обследование: общее состояние больной удовлетворительное. Пульс 86 в мин, удовлетворительных качеств. АД – 115/70 мм рт ст. Температура тела 36,2 °С. Обследование по органам и системам – без патологических изменений. Осмотр при помощи зеркал: имеется резкая гиперемия слизистой оболочки влагалища, ярко-красная пятнистость в верхней ее части, а также выраженная мацерация эпителия. При протирании стенок влагалища марлевым шариком последний окрашивается сукровичным отделяемым. В заднем влагалищном своде имеется скопление желто-зеленоватого отделяемого, жидкой консистенции, пенистого вида. Также отделяемое определяется в канале шейки матки и наружной части мочеиспускательного канала. Влагалищное исследование: влагалище – нерожавшей женщины. Шейка матки эластической консистенции, зев ее закрыт, смещение шейки матки безболезненно. Матка плотная, подвижная и безболезненная, находится в правильном положении, имеет нормальную величину. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Своды влагалища глубокие. Поставьте диагноз. Взяты мазки из влагалища, цервикального канала и уретры на микрофлору. Микробиологическое исследование: в мазках из влагалища обнаружены трихомонады. Поставьте окончательный диагноз. Каковы принципы лечения?

11. Больная П., 27 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на неприятные ощущения во влагалище, чувство жжения, зуд, бели. Считает себя больной в течение 5 дней.

Менструации с 13 лет, установились сразу (по 3-4 дня, цикл 30 дней), умеренные, регулярные, безболезненные. Последняя менструация была 2 недели назад. Половая жизнь с 21 года, брак первый. Было две беременности, одна из которых закончилась родами, а вторая абортom (срок 8 нед. беременности). Осложнений после родов и аборта не было. Перенесенные гинекологические заболевания отрицает. Внутренние органы без патологии. Осмотр при помощи зеркал: слизистая оболочка влагалища и шейки матки резко гиперемирована, отечна. На этом фоне имеются белесоватые налеты, которые легко снимаются марлевым шариком, и выделения творожистого вида. Шейка матки цилиндрической формы. Влагалищное исследование: влагалище рожавшей женщины. Шейка матки эластической консистенции, зев закрыт, смещение шейки матки безболезненно. Матка нормальной величины, плотная, подвижная, находится в правильном

положении. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Своды влагалища глубокие. Объем дополнительных исследований? Диагноз? Принципы лечения?

12. Больная В., 40 лет, обратилась с жалобами на обильные, нерегулярные, болезненные менструации последние 2 года, ощущение тяжести внизу живота. Пульс 84 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД 130/80 мм рт.ст. При пальпации живота обнаружено плотной консистенции бугристое образование, верхний полюс которого находится над лоном. При влагалищном исследовании обнаружено: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев приоткрыт, матка плотная безболезненная, с неровной поверхностью, увеличена до 12 нед. беременности. Придатки не пальпируются, выделения умеренные, кровянистые. Диагноз? Дополнительные методы исследования? Дифференциальная диагностика? Лечение?

13. Больная Е., 52 лет, обратилась с жалобой на появившиеся несколько дней тому назад гнойные выделения, которые в настоящее время носят характер «мясных помоев». Менопауза с 45 лет. В анамнезе последний год перед менопаузой ациклические кровотечения с выскабливанием матки – железистая гиперплазия эндометрия. Страдает ожирением II – III степени, гипертонической болезнью II степени, сахарным диабетом компенсированной формы. При влагалищном исследовании: шейка матки рожавшей женщины, наружный зев приоткрыт, из которого выделения цвета «мясных помоев», тело матки слегка увеличено, плотное, подвижное, слегка чувствительное, придатки не пальпируются, небольшая инфильтрация в области параметрия справа, своды свободны.

Диагноз? Дополнительные методы исследования? Лечение?

14. Больная, 58 лет, обратилась с жалобами на вялость, слабость, быструю утомляемость, субфебрильную температуру, боли внизу живота, пояснице, кровянистые выделения из половых путей темного цвета, дискомфорт при мочеиспускании и дефекации. В анамнезе миома матки, бесплодие. Менопауза с 52 лет, когда последний раз была на приеме у гинеколога. Бледна. Пульс – 88 в мин, АД – 140/90 мм рт.ст., живот мягкий, болезненный над лоном. При влагалищном исследовании: шейка матки конической формы, асимметрична, наружный зев приоткрыт, тело матки до 8 нед. беременности, неподвижное, выраженная инфильтрация параметриев, паравезикальной и параректальной клетчатки, выделения темно-красные, скудные. Диагноз? Дополнительные методы исследования? Лечение?

15. Больная А., 30 лет, доставлена в гинекологическое отделение больницы с жалобами на боли внизу живота, больше слева, рвоту, сухость во рту, слабость. Данные симптомы появились сегодня, три часа тому назад, после физической нагрузки, постепенно боли нарастают. Из анамнеза известно, что менструальная и детородная функция без особенностей. Из гинекологических заболеваний перенесла сальпингоофорит, лечилась амбулаторно. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, язык сухой, температура тела 38 °С. Пульс 100 уд/мин, АД – 100/60 мм рт.ст. Живот при пальпации болезненный в нижнем отделе, больше слева, где определяется напряжение мышц брюшной стенки. Симптомы раздражения брюшины слабо положительные. Осмотр в зеркалах: шейка матки покрыта неизменной слизистой оболочкой. При влагалищном исследовании в области малого таза слева определяется тугоэластическое, резко болезненное образование размерами 8х7х6 см. Диагноз? Тактика и объем медицинской помощи?

16. У больной Б., в возрасте 48 лет во время профилактического осмотра обнаружена киста яичника правой плотной консистенции, подвижная, размерами 8х9х6 см. Пациентка госпитализирована для лечения. Во время операции: на внутренней выстилке удаленной кисты яичника имеются множественные сосочковые разрастания. Каков объем хирургического вмешательства и последующей терапии показан в данном случае? Обоснуйте вашу тактику.

17. В течение месяца у врача наблюдается больная М., 61 года. Больная предъявляет жалобы на слабость, недомогание, повышенную утомляемость, небольшие боли ноющего характера в низу живота, плохой сон, отсутствие аппетита, запоры. Менопауза – 10 лет назад. Состояние удовлетворительное, АД 150/90 мм рт.ст., живот мягкий, безболезненный, немного вздут, печень и селезенка не определяются. В зеркалах: слизистая оболочка влагалища и шейки матки обычной окраски, выделения слизистые. Влагалищное исследование: шейка матки цилиндрической формы, матка в правильном положении, несколько больше нормы, ограничена в подвижности,

безболезненна. С обеих сторон от матки определяются образования неравномерной консистенции, ограниченные в подвижности, умеренно болезненные, слева размером 12х10х8 см, справа- 10х8х6 см, инфильтратов в параметрии нет, выделения светлые. Укажите предполагаемый диагноз. План обследования.

18. Больная К., 23 лет, обратилась с жалобами на кровянистые мажущие выделения, появляющиеся за неделю до предполагаемых месячных. В анамнезе эрозия шейки матки, которую пациентка лечила консервативно. Год тому назад ей сделали электрокоагуляцию эрозии за 7 дней до менструации. При влагалищном исследовании: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев щелевидный, закрыт, на поверхности шейки множественные включения темно-багрового цвета, от 0,2 до 0,5 см, легко кровоточащие. Тело матки и придатки без патологии. Диагноз? Дополнительные методы исследования? Лечение?

19. Больная А., 30 лет, обратилась с жалобами на боли внизу живота, во влагалище, иррадиирующие в прямую кишку, задний проход, промежность, внутреннюю поверхность бедер, крестец и копчик, кровянистые выделения из половых путей, болезненные менструации с потерей трудоспособности, бесплодие, дискомфорт при дефекации. Астенического телосложения, легко возбудима. Менструации с 14 лет, очень болезненные. Половая жизнь с 18 лет, в браке, муж обследован, здоров. Беременностей – 0. При влагалищном исследовании: влагалище узкое, шейка коническая, зев точечный, в заднем своде узел 3х4см, бугристый с включениями сине-багрового цвета, резко болезненный при исследовании и смещении, имеется инфильтрация передней стенки прямой кишки, параректальной клетчатки. Матка ограничено подвижна, придатки не определяются. При ректальном исследовании в области заднего свода пальпируется узел 5х5 см, малоподвижный, резко болезненный, связанный с передней стенкой прямой кишки. Имеется резкая болезненность в области крестцово-маточных связок. Диагноз? Дополнительные методы лечения? Дифференциальный диагноз? Лечение?

20. Больная М., 35 лет, обратилась с жалобами на сильные боли накануне, во время и после окончания менструации, боли сопровождаются вздутием живота, расстройством кишечника, учащенным мочеиспусканием. Менструации обильные. В анамнезе 5 беременностей, из которых 4-я беременность закончилась миниабортom с перфорацией матки, а 5-я – родами - операцией кесарева сечения. При влагалищном исследовании: шейка матки цилиндрическая, покрыта неизменным эпителием, тело матки увеличено до 6 недель, беременности, плотное, ограничено подвижное, болезненное при исследовании, левые придатки увеличены до 4х5 см, в спайках, ограничено подвижные, болезненные при пальпации. Правые придатки увеличены, но безболезненные. Диагноз? Дополнительные методы исследования? Лечение?

21. Больная Н., 37 лет, обратилась с жалобами на тянущие боли внизу живота, затрудненное мочеиспускание, выпячивание «опухоли» из половой щели. При наружном осмотре видно образование, выступающее из половой щели, размерами до 7-8 см в диаметре. Предполагаемый диагноз? Обследование? Лечение?

22. Больная И., 50 лет, в течение 20 лет работает уборщицей. Обратилась с жалобами на подтекание мочи при физическом напряжении. Менопауза 5 лет. Было двое родов (масса тела детей при рождении 4000 г и 4100 г). Ввиду угрожающего разрыва промежности во время родов производилась перинеотомия. При осмотре обнаружено зияние половой щели, во время натуживания подтекание мочи из наружного отверстия уретры, выпячивание из половой щели передней стенки влагалища. В зеркалах: влагалищная часть шейки матки без видимых изменений эпителия. При влагалищном исследовании обнаружено: матка и придатки матки соответствуют возрасту. Диагноз? Лечение?

23. Больная С., 71 года, обратилась с жалобами на чувство дискомфорта внизу живота, затруднение при ходьбе. При наружном осмотре имеется опухолевидное образование, включающее тело матки и стенки влагалища, с дефектом слизистой оболочки шейки матки размерами 2х3 см. Диагноз? Лечение?

24. Пациентка А., 36 лет, ни разу не беременевшая, обратилась к врачу женской консультации по поводу нарушения менструальной функции и бесплодия. Менструации с 11 лет, нерегулярные через 60-120 дней, длятся 7-10 дней. Замужем с 27 лет, с этого же времени живет половой жизнью. Анамнез не отягощен сопутствующими экстрагенитальными заболеваниями. Лечение? Какие исследования должен назначить врач? При проведении тестов функциональной диагностики выявлена монофазная кривая, при диагностическом выскабливании полости матки – пролиферация эндометрия с участками железисто-кистозной гиперплазии. При гистеросальпингографии – маточные трубы проходимы. При УЗИ – оба яичника размерами 5х4х4 см, с толстой капсулой, фолликул не определяется. Диагноз? Лечение?

25. Больная В., 28 лет, обратилась к врачу по поводу отсутствия беременности в течение 3 лет. Менархе в 13 лет, менструальный цикл регулярный, двухфазный, продолжительностью 28 дней, менструация 4-5 дней. Первая беременность закончилась родами в 23-летнем возрасте. До первой беременности контрацептивами не пользовалась. Через 3 месяца после родов установили ВМС. Месячный цикл не нарушился. Через 1,5 года была госпитализирована в гинекологическое отделение по поводу острого двухстороннего сальпингита, была удалена ВМС, выписана после 20-дневного консервативного лечения в удовлетворительном состоянии. Какова предположительная причина бесплодия? Основные методы диагностики? При ГСГ – окклюзия в ампулярном отделе левой маточной трубы, сактосальпинкс правой маточной трубы. Этапы лечения?

26. Больная Л., 29 лет, поступила в гинекологическое отделение больницы с жалобами на отсутствие беременности в течение 4 лет, общую слабость, потливость, временами повышение температуры тела до 37,2 – 37,5°C, периодически отмечает боли внизу живота ноющего характера. Из анамнеза: без особенностей. 3 года назад имела контакт с больным туберкулезом. Месячные с 13 лет (по 5-6 дней, цикл 28 дней). В последние 3 года менструации стали иногда задерживаться на 5-10 дней. Половая жизнь с 25 лет, без применения средств контрацепции. Через 2 года после начала половой жизни выполнена ГСГ – трубы не проходимы, «четкообразной» формы. Предварительный диагноз? Схема обследования? При обследовании проба Пирке положительная. При бактериологическом посеве соскоба эндометрия – выявлен рост микроорганизмов в трех случаях из четырех получен положительный результат. Окончательный диагноз? Принципы терапии? Прогноз в отношении лечения бесплодия?

27. Больная Л., 26 лет, доставлена в приемное отделение больницы с жалобами на резкие боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку. Боли появились остро, 2 часа тому назад. Слабость, головокружение. Менархе в 14 лет, менструации по 3-4 дня, цикл 28 дней, умеренные безболезненные. Последняя менструация пришла с задержкой на 12 дней в виде мажущих темно-кровянистых выделений. В анамнезе 2 искусственных аборта, последний с повторным выскабливанием, воспалительным процессом придатков матки. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые бледные. Пульс 110 в минуту, АД 90/50 мм рт.ст. Живот мягкий, резко болезненный в нижних отделах, симптомы раздражения брюшины положительные. В зеркалах: слизистая влагалища цианотичная, выделения из цервикального канала темные кровянистые. Влагалищное исследование: матка больше нормы, мягкой консистенции, движения за шейку матки резко болезненны, придатки пропальпировать не удалось из-за резкой болезненности, задний свод нависает, выделения скудные, темные кровянистые. Диагноз? Тактика врача. Какие дополнительные методы обследования нужны для уточнения диагноза?

28. В приемный покой многопрофильной больницы доставлена больная 15 лет с жалобами на резкие боли в нижних отделах живота, больше справа, однократную рвоту. Боли появились внезапно, 2,5 часа назад во время тренировки в спортивном зале. Месячные с 13 лет, установились через год, по 3-5 дней, через 30 дней, безболезненные, умеренные. Половую жизнь отрицает. Объективно: состояние удовлетворительное, лицо гиперемировано, язык суховат, обложен белым налетом. Температура тела 37,2°C. Пульс 98 в мин. Живот при пальпации напряжен, в нижних отделах – симптомы раздражения брюшины. При исследовании через прямую кишку в области правых придатков матки пальпируется болезненное опухолевидное образование без четких контуров. Диагноз? Дифференциальный диагноз? Какова тактика врача?

29. Больной М. выполнена экстирпация матки с придатками по поводу миомы матки узловой формы величиной до 15 нед беременности, кистозных изменений обоих яичников. Доступ – нижнесрединная лапаротомия. Составьте протокол операции.

30. Больная после экстирпации матки доставлена в послеоперационное отделение. Через час после операции появилась бледность кожных покровов, вздутие живота, нитевидный пульс (120 вмин) и падение АД до 80/40 мм рт ст. Предполагаемый диагноз? Тактика врача?

31. На 6-е сутки после операции – экстирпации матки с придатками по поводу миомы матки – пациента 46 лет повышенного питания (ожирение 3-й степени) и с анемией 2-й степени после резкого подъема с кровати предъявила жалобы на резкую слабость, боль за грудиной, чувство нехватки воздуха. Предполагаемый диагноз? Тактика врача?

32. Пациентка О. – 23-летняя мать двоих мальчиков, младшему из которых 9 месяцев. Ее последняя беременность была с осложнениями, и О. не хотела бы в течение нескольких лет иметь детей. Она приходила в женскую консультацию 2 месяца назад для предварительного консультирования, на котором приняла решение начать прием комбинированных оральных контрацептивов.

О. повторно обратилась в женскую консультацию с жалобами на кровянистые выделения из влагалища и тошноту, которые появились с момента начала приема первой упаковки таблеток ригевидона. Она очень обеспокоена значительными потерями крови. Также ее беспокоит потеря в весе, связанная с тем, что она не может нормально питаться из-за тошноты. Она думает о смене метода контрацепции.

Какие вопросы требуется уточнить во время проведения консультации?

33. Пациентка Т., 31, года начала принимать оральные контрацептивы 2 года тому назад, после рождения второго ребенка. К тому времени она прошла полное медицинское обследование, направленное на выявление противопоказаний к применению оральных контрацептивов. Противопоказаний не выявлено. Она не имела никаких проблем до настоящего времени, за исключением легкой тошноты и болезненности в области молочных желез в самом начале курса. Сейчас Т. пришла на консультацию с жалобами на головную боль, которую она связывает с приемом противозачаточных таблеток.

Требуется ли смена метода контрацепции? Если да, то какой метод можно рекомендовать?

36. В женскую консультацию обратилась больная А., 28, лет с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, головную боль, головокружение, отеки нижних конечностей, передней брюшной стенки, лица. Пациентка отмечает задержку менструации в течение 3-х месяцев, но к врачу не обращалась. Гинекологический анамнез: менструации с 16 лет, по 3-4 дня, через 28 дней, умеренные, без боли. Половая жизнь с 18 лет вне брака, в браке с 25 лет. Первая беременность закончилась искусственным абортом в возрасте 22 лет. Применяла гормональную контрацепцию. В настоящей беременности заинтересована, но по поводу задержки менструации к врачу не обращалась в связи с семейными обстоятельствами. При обследовании: АД 160/100 мм РТ ст, протеинурия 1,65г/л. При внутреннем исследовании отмечается увеличение матки до 16 нед. бер. Матка мягковатой консистенции, безболезненна при пальпации. Наружный зев шейки матки пропускает кончик пальца. В области придатков матки определяются опухолевидные образования размером 5х6 см тугоэластической консистенции, безболезненные при пальпации. Выделения кровянистые, мажущие.

Диагноз? Тактика врача? Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза? Нужна ли в этом случае химиотерапия?

37. К врачу женской консультации обратилась больная П. 26 лет с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей, слабость, боли в низу живота ноющего характера, повышение температуры тела до 38°C, кашель с мокротой, иногда с примесью крови. Состояние больной ухудшилось за последние 2 дня. Считала себя здоровой до беременности, которая закончилась самопроизвольным выкидышем в сроке 8 недель с выскабливанием полости матки 2 месяца назад.

Из анамнеза: менструации с 15 лет, установились сразу, по 4-5-дней, через 28-30 дней, умеренные, без боли. Половая жизнь с 20 лет. 1-я беременность закончилась самопроизвольным абортом в сроке 8 недель с выскабливанием полости матки, однако через 10 дней после выписки появились

кроваые выделения из половых путей, пациентка была вновь госпитализирована и было произведено повторное выскабливание полости матки по поводу остатков плодного яйца. Пациентку продолжали беспокоить мажущие кроваые выделения в течение 1,5 месяцев, вышеописанные жалобы, что заставило вновь обратиться к врачу.

При гинекологическом осмотре отмечается цианоз слизистой влагалища и шейки матки, умеренные кроваые выделения из шейки матки. При влагалищном исследовании: матка увеличена до 10 нед беременности, неравномерной консистенции. Содержит различной величины узлы, напоминающие миоматозные. В области придатков матки отмечались образования 8х6см тугоэластической консистенции, болезненные при пальпации.

Диагноз? Тактика врача? Необходимые методы исследования? Какие методы лечения данной патологии существуют?

38. К врачу женской консультации обратилась больная В. 23 лет с жалобами на кроваые выделения из половых путей, наличие опухолевидного образования во влагалище. Пациентка отмечает роды 2 месяца назад. Родила живого доношенного мальчика массой 3800г, ростом 53см. В анамнезе: менструации с 13 лет по 5 дней через 30 дней, умеренные, без боли. Половая жизнь с 20 лет в браке, имелось 2 беременности: 1-я закончилась искусственным абортом без осложнений, 2-я – нормальными срочными родами. Воспалительные заболевания отрицает, при осмотре отмечается бледность кожных покровов. АД 110/60мм ртст, пульс – 86 в мин, ритмичный, удовлетворительных качеств. Во влагалище отмечается наличие опухолевидного образования в верхней трети размерами 3х4см синюшно-багрового цвета, мягковатой консистенции. Шейка цилиндрическая, покрыта неизмененным эпителием. Выделения кроваые, умеренные.

PV: матка в anteflexio-versio, мягковатой консистенции, увеличена до 10 нед. беременности. В области придатков определяются опухолевидные образования 5х6см тугоэластической консистенции, безболезненные при пальпации.

Каков диагноз у данной пациентки? Тактика врача? Какой анализ необходимо сделать для подтверждения диагноза? Метод лечения?

39. Больная М., 40 лет, поступила в гинекологическое отделение по направлению врача женской консультации. Больная жалуется на выделения желтого цвета из влагалища.

Анамнез: наследственность не отягощена.

Было 3 беременности, одна из которых окончилась нормальными родами, а две другие – искусственными абортами (сроки 8 и 10 недель) без осложнений.

Осмотр в зеркалах: влагалище рожавшей женщины. Слизистая влагалища гиперемирована. На задней губе шейки матки имеются белесоватые участки с четкими контурами.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки цилиндрическая. Тело матки обычных размеров. Область придатков свободна, безболезненна. Выделения желтые, пенистые.

Поставьте диагноз. План обследования? Принципы лечения?

40. Больная К., 45 лет, направлена в гинекологическое отделение с жалобами на появление кроваых выделений из влагалища после коитуса.

Анамнез: наследственность не отягощена.

Было 5 беременностей: две из них закончились нормальными родами; 3 – искусственными абортами без осложнений. 5-я беременность наступила в 38 лет. Последний раз на осмотре у гинеколога была 6 лет назад.

Осмотр в зеркалах: влагалище рожавшей. Шейка матки гипертрофирована. На передней губе ее имеется мелкобугристая опухоль в виде «цветной капусты» размерами 2х2см, кровоточащая при дотрагивании до нее инструментом.

Влагалищное исследование: наружные половые органы без особенностей. Шейка матки гипертрофирована, плотная, подвижная. Тело матки обычных размеров, область придатков свободна.

Ректальное исследование: в малом тазу опухолевые образования и инфильтраты не определяются.

Поставьте диагноз. Можно ли было поставить правильный диагноз раньше? Что необходимо сделать для уточнения диагноза? Какой метод лечения может быть выбран для данной больной?

Примеры заданий, выявляющих практическую подготовку врача.

1. Расширенная кольпоскопия. Аппаратура. Техника выполнения. Оценка результатов.
2. Малые операции на шейке матки. Аппаратура. Техника выполнения. Обезболивание.
3. Технологии «безопасного» аборта.
4. Вагиноскопия. Аппаратура. Техника выполнения.
5. Пайпель-биопсия эндометрия. Инструментарий. Техника выполнения.
6. Лапароскопия. Оснащение операционной. Точки доступа для органов малого таза. Техника выполнения.
7. Гистерорезектоскопия. Аппаратура. Инструментарий. Техника операции. Лапаротомные доступы для производства гинекологических операций (нижнесрединная лапаротомия, надлобковый поперечный по Пфанненштилю, Джоел-Кохену).
8. Влагалищно-промежностный доступ.
9. Операции на придатках матки (стерилизация маточных труб, сальпингоэктомия, аднексэктомия, резекция яичника).
10. Техника выполнения тотальной и субтотальной гистерэктомии лапаротомным и влагалищным доступом.
 11. Манчестерская операция. Техника выполнения.
 12. Операция наложения типичных акушерских щипцов.
 13. Операция вакуум-экстракции плода.
 14. Техника выполнения и инструментарий для производства плодоразрушающих операций.
 15. Манипуляции для временной остановки маточных кровотечений (баллонная тампонада матки, бимануальная компрессия матки).
 16. Техника выполнения операции кесарево сечение в нижнем маточном сегменте.
 17. Техника выполнения классического (корпорального) кесарева сечения.
 18. Наложение гемостатических швов на матку по методикам Перейра и Линч.
 19. Перевязка маточных артерий.
 20. Перевязка внутренних подвздошных артерий. Доступ. Инструментарий. Техника.
 21. Наложение швов на шейку матки при разрывах 2 и 3 степени.
 22. Особенности восстановления промежности при разрывах 2 и 3 степени.
 26. Методики дренирования брюшной полости при перитоните.

Экзаменационные билеты к итоговой аттестации по дополнительной профессиональной программы повышения квалификации со сроком освоения 216 академических часов по специальности «Акушерство и гинекология» по теме «Клиническое акушерство и антенатальная охрана плода»

Билет №1.

1. Организация акушерско-гинекологической помощи в женской консультации.
2. Норма беременности.
3. Воспалительные заболевания половых органов у девочек. Особенности клинического течения. Диагностика, лечение, реабилитация.

Билет №2.

1. Организация акушерско-гинекологической помощи в условиях стационара.

2. Невынашивание беременности. Причины. Современные методы диагностики, лечения.
3. Травмы половых органов у девочек. Причины. Диагностика. Особенности оказания лечебной помощи.

Билет №3.

1. Организация специализированной акушерско-гинекологической помощи.
2. Миома матки и беременность. Особенности течения беременности и родов.
3. Аномалии развития половых органов. Клиника, диагностика, лечение, реабилитация.

Билет №4.

1. Перинатальный центр. Структура и задачи центра.
2. Особенности течения беременности и родов у подростков.
3. «Острый живот» в гинекологической практике. Определение понятия. Диагностика. Лечение.

Билет №5.

1. Этапность оказания помощи беременным высокой степени риска.
2. Рак шейки матки и беременность. Клиника, диагностика, лечение, диспансеризация больных.
3. Структура гинекологических заболеваний у девочек и девушек подростков.

Билет № 6.

1. Организация, структура и показатели работы женской консультации (приказ № 462), группы диспансерного наблюдения.
2. Методы стимуляции овуляции.
3. Роль смотровых кабинетов в системе охраны здоровья женщин, объем обязательного обследования.

Билет № 7.

1. Цель ультразвукового исследования органов малого таза, гистероскопии у больных с аменореей.
2. Тактика врача при полипе эндометрия.
3. Внутриматочная контрацепция: механизм действия, условия, противопоказания, осложнения, эффективность.

Билет № 8.

1. Критерии постановки и диагноза прогрессирующей внематочной беременности.
2. Пельвиоперитонит: клиника, особенности врачебной тактики.
3. «Острый живот» в гинекологии. Дифференциальный диагноз.

Билет № 9.

1. Особенности диагностики и лечения опухолей яичников у девочек.
2. Методы обследования больных при воспалительных заболеваниях гениталий.
3. Ранние клинические проявления рака шейки матки. Дифференциальный диагноз.

**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».

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

по освоению дополнительной профессиональной образовательной программы повышения квалификации врачей **«Клиническое акушерство и антенатальная охрана плода»**

Основная литература

1. Абрамченко В.В. Классическое акушерство 2 т. - СПб., 2008.
2. Адамян Л.В., Кулаков В.И., Андреева Е.Н. Эндометриозы. - М., 2006.
3. Айламазян Э.К. Гинекология от пубертата до постменопаузы. - М., Медпрессинформ, 2006.
4. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. - Н. Новгород, 2003.
5. Акушерство и гинекология. Схемы лечения/ под ред. акад. В.Н.Серова, Г.Т.Сухих. – Изд-во Литтерра, 2012.
6. Акушерство. Курс лекций/под ред. А.Н.Стрижакова, А.И.Давыдова. – ГЭОТАР - Медиа, 2009.
7. Акушерство: национальное руководство/ под ред. Э.К. Айламазяна, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой – М: ГЭОТАР - Медиа, 2009.
8. Акушерство. Курс лекций: учебное пособие/ под ред. А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова «ГЭОТАР - Медиа», 2009.
9. Ашрафян Л.А., Киселев В.И., Муйжнек Е.Л. Патогенетическая профилактика рака репродуктивных органов. – М.: Изд-во Димитрейд График Групп, 2009.
10. Барышев.Б.А., Айламазян Э.К. Инфузионно-трансфузионная терапия акушерских кровотечений – С-Петербург, 2008.
11. Бекманн Ч.Р. Акушерство и гинекология. – DJVU, 2004.
12. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях/ под ред. В.Е. Радзинского. - «ГЭОТАР-Медиа»,2009.
13. Венцовский Б.М., Запорожан В.Н. и др. Гестозы.- М., МИА, 2005.
14. Воскресенский С.Л. Оценка состояния плода.- Минск, 2004.
15. Гарден А. Детская и подростковая гинекология. - М., 2002.
16. Гинекология по Э.Новак. М. 2002.
17. Гинекология клинические лекции/ под ред. проф. Макарова О.В. М., «ГЭОТАР-Медиа», 2010.
18. Гинекология. Курс лекций, учебное пособие/ под ред.А.Н. Стрижакова, А.И.Давыдова. - «ГЭОТАР-Медиа»,2009.
19. Женская консультация 3-е изд./ под ред. В.Е.Радзинского, -«ГЭОТАР-Медиа». 2010.
20. Киселев В.И., Сидорова И.С., Унанян А.Л., Муйжнек Е.Л. Гиперпластические процессы органов женской репродуктивной системы: теория и практика. – М.: ИД «Медпрактика - М», 2011.
21. Клинические лекции по акушерству и гинекологии / под ред. Ю.Э. Доброхотовой, - «ГЭОТАР-Медиа»,2009, (Серия «Библиотека врача-специалиста»).
22. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология: 3-е изд./ под ред. Г.М. Савельевой В.Н. Серова, Г.Т. Сухих,- «ГЭОТАР-Медиа», 2009.
23. Краснополянский В.И., Мельник Т.Н., Серова О.Ф. Безопасный аборт. – «ГЭОТАР-Медиа», 2009.
24. Краснополянский В.И. и соавт. Оперативная гинекология. – М.: Медпресс-информ, 2010.
25. Кулаков В.И., Серов В.Н. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. - М «ЛИТТЕРРА», 2005.
26. Лекарственные средства в акушерстве и гинекологии: 3-е изд., испр. и доп. Адамян Л.В., Комиссарова Л.М., Ляшко Е.С., и др. / под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих, - «ГЭОТАР-Медиа», 2010.
27. Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. Гинекологическая эндокринология. Клинические лекции: руководство; 2-е изд., испр. и доп.,- «ГЭОТАР - Медиа»,2010.
28. Манухин И.Б., Аксененко В.А. Репродуктивное здоровье у больных с воспалительными заболеваниями придатков матки. - Ставрополь, 2002.

29. Национальное руководство по акушерству и гинекологии/ под. ред. акад. В.И. Кулакова. - М., 2007 г.
30. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии. Диагностика и лечение./ под общ. ред., проф. М.А. Курцера, - М: Бином. Лаборатория знаний, 2009.
31. Перитонит /под. ред. акад. В.С. Савельева, проф. Б.Р. Гельфанда. М.- «ЛИТТЕРРА», 2006.
32. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. - «Status Praesens», 2011.
33. Роговская С.И. Практическая кольпоскопия. - «ГЭОТАР - Медиа», 2011г
34. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / под ред. акад. В.И. Кулакова, проф. В.Н. Прилепской В.Е.Радзинского - М.: ГОЭТАР - Медиа, 2007.
35. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передающихся половым путем / под ред. А.А. Кубановой, В.И. Кисиной. – М., «ЛИТТЕРРА», 2005.
36. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии/ под ред. Акад. В.И. Кулакова. – М., 2007
37. Сепсис в начале 21 века: Практическое руководство/ под ред. акад. В.С. Савельева, проф. Б.Р. Гельфанда. – М.: Литтерра, 2006.
38. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии / под ред. акад. Г.М. Савельевой. - М. МИА., 2006.
39. Уварова Е.В. Детская и подростковая гинекология: руководство, - «Литтерра», 2009.
40. Тарасова М.А., Ярмолинская М.И. Принципы индивидуального выбора гормональной заместительной терапии в пери- и постменопаузе. – СПб.: Изд-во Н-Л, 2011.
41. Хачатурян А.Р., Марютина Л.В. Кольпоскопия. Основы алгоритмов диагностики и тактики ведения заболеваний шейки матки: методические рекомендации. – СПб.: Изд-во Н-Л, 2011.
42. Шифман Е.М. Преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром - Петрозаводск, 2002.

Дополнительная литература

1. Анализы. Полный справочник/ под ред. проф. Елисеева Ю.Ю. – М.: ЭКСМО, 2008.
2. Бочков Н.П. Клиническая генетика. – М., 2001.
3. Внутренние болезни (пер. с англ.)/ под ред. Марка Х. Бирс. – Литтерра, 2011.
4. Дерматовенерология: Национальное руководство/ под ред. Ю.К.Скрипкина, Ю.С.Бутова, О.Л.Иванова. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2011.
5. Заболевания мочеполовых органов/ под ред. проф. Ю.Г. Аляева. – Литтерра, 2007.
6. Инфекционные болезни: Национальное руководство/ под ред. Н.Д.Ющук, Ю.Я.Венгерова. – ГЭОТАР – Медиа, 2010.
7. Кожные болезни и инфекции, передающиеся половым путем/ под ред. Ю.С.Бутова. – М.: Медицина, 2002.
8. Нефрология: Неотложные состояния/под ред. Н.А.Мухина. – М.: Эксмо, 2010.
9. Полный справочник инфекциониста. Под ред. проф. Елисеева Ю.Ю. – М.: ЭКСМО, 2004.
10. Пушкарь Д.Ю., Гумин Л.М. Тазовые расстройства у женщин.- М. Медпресс-информ, 2006.
11. Рациональная фармакотерапия в акушерстве, гинекологии и неонатологии. 2-т/под общ. Ред. В.Н.Серова, Г.Т.Сухих. – Изд-во Литтерра, 2010.
12. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем: рук. Для практикующих врачей/под общ. ред. А.А.Кубановой, В.И.Кисиной. – М.: Литтерра, 2005.
13. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии/ под ред. А.А.Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
14. Руководство по лабораторным методам диагностики/под ред. А.А.Кишкун. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.

15. Семенов Г.М., Петришин В.Л., Ковшова М.В.- Хирургический шов – СПб: «Питер», 2008.
16. Серов В.Н., Звенигородский И.Н. Диагностика гинекологических заболеваний с курсом патологической анатомии. – М.: Бином. Лаборатория знаний, 2003.
17. Судебно-медицинская экспертиза вреда здоровью /под ред. проф. В.А. Клевню-М: «ГЭОТАР - Медиа», 2009.
18. Струков А.И., Серов В.В. Патологическая анатомия. – Изд-во. Литтерра, 2012.
19. Таранов А.Г. Лабораторная диагностика в акушерстве и гинекологии. Изд. 2. – Литтерра, 2004.
20. Топографическая анатомия и оперативная хирургия/под ред. А.М.Панина. – Изд-во Литтерра, 2011.
21. Урология: Национальное руководство/ под ред. Н.А.Лопаткина. – ГЭОТАР – Медиа, 2009.
22. Чеботарев В.В. Урогенитальная хламидийная инфекция. – Ставрополь, 2011.
23. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – М.: Трида Х, 1999.
24. Экстрагенитальная патология и беременность/ под ред. Л.С.Логутовой. – Литтерра, 2011.

10.1.1 МЕДИЦИНСКИЕ РЕСУРСЫ ИНТЕРНЕТА

С целью создания условий для самостоятельной работы обучающихся, кафедра хирургических дисциплин ИДПО ВГМУ обеспечивает каждого обучающегося неограниченным доступом к электронным образовательным ресурсам через сеть Интернет.

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.vrngmu.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.-496с. –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

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

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

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, МСП 2, МСП 3, МСП 4, МСП 5		Енькова Елена Владимировн	д.м.н., профессор	ВГМУ им. Н.Н. Бурденко	ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

	а			
	Битюкова Валерия Витальевна	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	Кол ичес тво	Год выпуск а
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.

Планируется работа в виртуальной клинике ВГМУ