

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

Кафедра акушерства и гинекологии №2

«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор по ДПО

Профессор

_____ О.С. Саурина
« _____ » _____ 2024 г

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
«АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»
по теме: «Критические и неотложные состояния в акушерско-
гинекологической клинике (для врачей скорой медицинской помощи)»
(срок обучения – 36 академических часов)**

**ВОРОНЕЖ
2024**

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 2010г № 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 Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 г. № 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2020 г. № 60869), Профессиональным стандартом 02.084 «Врач акушер-гинеколог» (Утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 19.04.2021 № 262н).

Программа обсуждена на заседании кафедры

от 26.08.2024 года, протокол №1

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

Разработчики программы:

Профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №2 _____ Е.В. Енькова

Доцент кафедры акушерства и гинекологии №2 _____ Н.В.Хороших

Доцент кафедры акушерства и гинекологии №2 _____ Е.В.Киселева

Доцент кафедры акушерства и гинекологии №2 _____ А.В.Хатунцев

Доцент кафедры акушерства и гинекологии №2 _____ С.В.Шамарин

Доцент кафедры акушерства и гинекологии №2 _____ О.В.Хоперская

Доцент кафедры акушерства и гинекологии №2 _____ В.В.Енькова

Рецензенты:

Ф.И.О: Коротких Ирина Николаевна

ученая степень: доктор медицинских наук

ученое звание: профессор

должность: заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №1

Ф.И.О: Иванова Оксана Юрьевна

ученая степень: доктор медицинских наук

ученое звание: профессор

должность: заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО "Курский государственный медицинский университет"

Программа одобрена на заседании ЦМК ИДПО

от 27.08.2024 года, протокол №1

Утверждено на Ученом совете ИДПО

от 28.08.2024 года, протокол №1

Проректор по ДПО О.С. Саурина _____

ОПИСЬ КОМПЛЕКТА ДОКУМЕНТОВ

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации со сроком освоения 36 академических часов по специальности «акушерство и гинекология» по теме «Критические и неотложные состояния в акушерско-гинекологической клинике (для врачей скорой медицинской помощи)»

№ 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 по специальности «акушерство и гинекология» по теме «Критические и неотложные состояния в акушерско-гинекологической клинике (для врачей скорой медицинской помощи)»
7.	Календарный учебный график дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «акушерство и гинекология» по теме «Критические и неотложные состояния в акушерско-гинекологической клинике (для врачей скорой медицинской помощи)»
8.	Рабочие программы учебных модулей (фундаментальных дисциплин (МФ), специальных дисциплин (МСП), смежных дисциплин (МСМ))
8.1.	МСП «Критические и неотложные состояния в акушерско-гинекологической клинике (для врачей скорой медицинской помощи)»
9.	Оценочные материалы для итоговой аттестации
10.	Организационно-педагогические условия реализации программы (модуля)

3. ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Дополнительная профессиональная образовательная программа повышения квалификации по специальности **«акушерство и гинекология»**: «Критические и неотложные состояния в акушерско-гинекологической клинике (для врачей скорой медицинской помощи)»

- является учебно-методическим нормативным документом, регламентирующим содержание, организационно-методические формы и трудоемкость обучения.

Актуальность программы

Программными документами правительства Российской Федерации, национальными проектами «Здравоохранение» и «Демография», концепцией развития здравоохранения и медицинской помощи в стране одной из самых приоритетных задач названо улучшение демографической ситуации в стране, в чем важнейшую роль играет совершенствование оказания медицинской помощи населению по профилю «Акушерство и гинекология» и проведение мероприятий по охране репродуктивного здоровья. Оказание медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», особенно при развитии неотложных и критических состояний у беременных, рожениц, родильниц и гинекологических больных, приходится проводить врачам различных медицинских специальностей, в том числе врачам скорой медицинской помощи.

При проведении лечебных мероприятий следует учитывать физиологические изменения в организме беременной и вызванные ими особенности в течении патологических процессов, а также возможность развития специфических акушерских осложнений в

первой и второй половине беременности, в родах и в раннем и позднем послеродовом периодах. Изучение врачами скорой медицинской помощи критических и неотложных состояний у пациенток акушерско-гинекологического профиля позволит уменьшить количество осложнений и улучшить перинатальные исходы.

Настоящая программа дополнительного профессионального образования предназначена для повышения квалификации врачей скорой медицинской помощи, встречающихся в своей практической деятельности с развитием неотложных и критических состояний у беременных, рожениц, родильниц и гинекологических больных.

Цель преподавания дисциплины.

Совершенствование профессиональных знаний и компетенций врача скорой медицинской помощи при решении вопросов о тактике ведения и маршрутизации пациенток с неотложными и критическими состояниями в акушерско-гинекологической клинике.

Задачи.

Ознакомление с современной демографической ситуацией в стране, основными нормативными документами, направленными на охрану репродуктивного здоровья.

Ознакомление учащихся с основными нормативными документами в акушерско-гинекологической службе. Приказ МЗ РФ №1130н от 01.01.2021 года. Ознакомление учащихся с физиологическими изменениями в организме женщины во время беременности.

Понятия «норма» и «патология» беременности.

Усвоение обучающимися современных принципов ведения физиологической беременности.

Усвоение обучающимися современных принципов ведения нормальных родов.

Ознакомление учащихся с понятием «нормальные роды».

Усвоение обучающимися знаний о возможных осложнениях в первой половине беременности: внематочная беременность, прерывание маточной беременности.

Усвоение обучающимися знаний и причинах, клинике и тактике ведения пациенток с острым животом в гинекологии.

Усвоение обучающимися знаний об акушерских кровотечениях в конце беременности и в родах. Маршрутизация пациенток.

Усвоение обучающимися знаний о гипертензивных расстройствах во время беременности. Преэклампсия. Эклампсия. Маршрутизация пациенток.

Усвоение обучающимися знаний о послеродовых гнойно-септических осложнениях. Акушерский сепсис.

Усвоение учащимися информации о тромбо-эмболических осложнениях в акушерской клинике. Маршрутизация пациентов.

Совершенствовать диагностические и лечебные навыки врача скорой медицинской помощи при ведении пациенток с критическими и неотложными состояниями в акушерско-гинекологической практике.

Категории обучающихся: врачи скорой медицинской помощи.

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

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

4. Планируемые результаты обучения:

В результате обучения планируется совершенствование профессиональных компетенций врача скорой медицинской помощи во время решения вопроса о тактике ведения и маршрутизации пациенток с экстренными и критическими состояниями в акушерско-гинекологической практике.

4.1. Характеристика трудовых функций (видов деятельности) «Врач скорой медицинской помощи», соответствие компетенций, подлежащих совершенствованию и формированию, в результате освоения ДПП ПК, трудовой функции и трудовым действиям (из приказа Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14.03.2018 № 133н)

Код компетенции и её содержание		Этап формирования компетенции
Универсальные компетенции (УК)		
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.	- текущий - промежуточный
УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.	- текущий - промежуточный
УК-3	Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.	- текущий - промежуточный
Профессиональные компетенции		
Профилактическая деятельность		
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.	- текущий - промежуточный
ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными.	- текущий - промежуточный
ПК-3	Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях.	- текущий - промежуточный

ПК-4	Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков.	- текущий - промежуточный
<i>Диагностическая деятельность</i>		
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.	- текущий - промежуточный
<i>Лечебная деятельность</i>		
ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании специализированной скорой медицинской помощи.	- текущий - промежуточный
ПК-7	Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации.	- текущий - промежуточный
<i>Психолого-педагогическая деятельность</i>		
ПК-8	Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.	- текущий - промежуточный
<i>Организационно-управленческая деятельность</i>		
ПК-9	Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.	- текущий - промежуточный
ПК-10	Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.	- текущий - промежуточный
ПК-11	Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.	- текущий - промежуточный

Основная цель вида профессиональной деятельности: оказание медицинской помощи пациентам во время решения вопроса о планировании семьи и подборе адекватных средств современной контрацепции.

4.2.1. Описание трудовых функций, входящих в профессиональный стандарт.

1. Оказание скорой медицинской помощи вне медицинской организации.
Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний, требующих оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации
Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации, контроль его эффективности и безопасности.
Ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
2. Оказание скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях.

Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний, требующих оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях.

Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях, контроль его эффективности и безопасности.

Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала.

Необходимые знания:

Общие вопросы организации оказания медицинской помощи населению.

Порядок оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология".

Стандарты первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология".

Приказ МЗ РФ №1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2020 N 60869).

Приказ Минздрава России от 20 декабря 2012 г. N 1183н "Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников" (зарегистрирован Минюстом России 18 марта 2013 г., регистрационный N 27723), с изменениями, внесенными приказом Минздрава России от 1 августа 2014 г. N 420н (зарегистрирован Минюстом России 14 августа 2014 г., регистрационный N 33591).

Приказ Минздрава России от 8 октября 2015 г. N 707н "Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "Здравоохранение и медицинские науки" (зарегистрирован Минюстом России 23 октября 2015 г., регистрационный N 39438), с изменениями, внесенными приказом Минздрава России от 15 июня 2017 г. N 328н (зарегистрирован Минюстом России 3 июля 2017 г., регистрационный N 47273).

Статьи 13 и 71 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст.6724; 2013, N 27, ст.3477, N 30, ст.4038; N 48, ст.6165; 2014, N 23, ст.2930; 2015, N 14, ст.2018; N 29, ст.4356).

Основы топографической анатомии областей тела, в том числе передней брюшной стенки и брюшной полости, забрюшинного пространства, органов малого таза, урогенитальной области, молочных желез, в норме и при патологии у пациентов с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей.

Основные вопросы нормальной и патологической физиологии органов репродуктивной системы и молочных желез у пациентов до беременности, во время беременности, в родах и в послеродовой период с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей, группы риска заболеваний органов репродуктивной системы.

Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции у пациентов с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей.

Методика сбора жалоб, анамнеза жизни, заболевания у пациентов (их законных представителей) в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез.

Методика осмотра и медицинских обследований пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез.

Методы лабораторных и инструментальных обследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к их проведению, правила интерпретации их результатов у

пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез.

Этиология, патогенез, современная классификация, факторы риска, клиническая симптоматика, методы диагностики акушерских осложнений, в том числе неотложных состояний, в период беременности, родов и в послеродовой период.

Этиология, патогенез, современная классификация, факторы риска, клиническая симптоматика, методы диагностики гинекологических заболеваний.

Медицинские показания к оказанию специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез.

Основы и принципы проведения дифференциальной диагностики акушерских осложнений, гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез.

Основы и принципы проведения дифференциальной диагностики акушерских осложнений, гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез и других болезней и (или) состояний.

Требования к квалификации.

Высшее профессиональное образование по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия», послевузовское профессиональное образование (интернатура или ординатура) и сертификат специалиста по специальности «Скорая медицинская помощь», без предъявления требований к стажу работы.

4.2.2. Характеристика профессиональных компетенций врача специалиста, подлежащих совершенствованию в результате освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Скорая медицинская помощь» по теме «Критические и неотложные состояния в акушерско-гинекологической клинике (для врачей скорой медицинской помощи)» (36 часов)

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

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу. (УК-1)

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

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5),
- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании специализированной скорой медицинской помощи (ПК-6),
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-10).

4.3. Характеристика новых профессиональных компетенций, формирующихся в результате освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Скорая медицинская помощь» по теме «Критические и неотложные состояния в акушерско-гинекологической клинике (для врачей скорой медицинской помощи)» (36 часов)

Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний, требующих оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации

Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации, контроль его эффективности и безопасности.

Ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала.

Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний, требующих оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях

Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях, контроль его эффективности и безопасности

Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала

4.4. Соответствие знаний, умений, владений врача скорой медицинской помощи компетенциям в результате освоения ДПП.

В результате освоения дисциплины обучающийся должен демонстрировать следующие результаты образования:

Соответствие компетенций обучающегося, формируемых в результате освоения программы дисциплины «скорая медицинская помощь» функциям врача - специалиста по скорой медицинской помощи

1.

Код компетенции и её содержание	оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях, при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства					
	Оказание скорой медицинской помощи вне медицинской организации			Оказание скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях		
	Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний, требующих оказания скорой медицинской помощи	Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой медицинской помощи вне медицинской помощи	Ведение медицинской документации, организация деятельности и находящегося в распоряжении медицинского персонала	Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний, требующих оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи вне	Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи вне	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности и

	ой помощи вне медицинск ой организац ии	й организации , контроль его эффективно сти и безопасност и	го персонала	медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях	медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях, контроль его эффективности и безопасности	находящего ся в распоряжен ии медицинско го персонала
УК-1	+	+		+	+	
ПК-5	+	+		+	+	
ПК-6	+	+		+	+	
ПК-10			+			+

5. ТРЕБОВАНИЯ К ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

1. Итоговая аттестация по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации врачей по специальности «Скорая медицинская помощь» со сроком освоения 36 академических часов по теме **«Критические и неотложные состояния в акушерско-гинекологической клинике (для врачей скорой медицинской помощи)»** 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 «Скорая медицинская помощь» со сроком освоения 36 академических часов по теме **«Критические и неотложные состояния в акушерско-гинекологической клинике (для врачей скорой медицинской помощи)»**. 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 «Скорая медицинская помощь» со сроком освоения 36 академических часов по теме **«Критические и неотложные состояния в акушерско-гинекологической клинике (для врачей скорой медицинской помощи)»** и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают документ установленного образца - Удостоверение о повышении квалификации.

6. Учебный план дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей–специалистов по специальности «Скорая медицинская помощь» со сроком освоения 36 академических часов по теме **«Критические и неотложные состояния в акушерско-гинекологической клинике (для врачей скорой медицинской помощи)»**.

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

Категория обучающихся: врачи акушеры-гинекологи.

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

Форма обучения: ДОТ без отрыва от работы.

Режим занятий: 6 академических часов в день.

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов	Лекции	ПЗ, СЗ	Симуляция	Форма контроля
МФ№ 1	«Критические и неотложные состояния в акушерско-гинекологической клинике (для врачей скорой медицинской помощи)».	36	20	10	6	Промежуточный контроль (тестирование)
1.1.	Изменения в организме во время беременности. Физиологическая беременность. Нормальные роды.	6	5	1	-	Текущий контроль (тестирование, решение задач)
1.2.	Акушерские кровотечения.	6	2	2	4	Текущий контроль (тестирование, решение кейсов)
1.3.	Гипертензивные осложнения во время беременности. Преэклампсия. Эклампсия.	6	3	1		Текущий контроль (решение кейсов)
1.4.	Послеродовые гнойно-септические заболевания. Акушерский сепсис.	6	3	1	2	Текущий контроль (тестирование, решение кейсов)
1.5.	ВТЭО в акушерстве.	6	5	1		Текущий контроль (решение кейсов)
1.6.	Острый живот в гинекологии.	2	2	-	-	Текущий контроль (тестирование)
Итоговая аттестация		4	-	4	-	Экзамен
Всего		36	20	10	6	

7. КАЛЕНДАРНЫЙ УЧЕБНЫЙ ГРАФИК

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации по специальности «Скорая медицинская помощь» со сроком освоения 36 академических часов по теме «Критические и неотложные состояния в акушерско-гинекологической клинике (для врачей скорой медицинской помощи)».

Учебные модули	0,4 месяца	
	1 – 6	
	Неделя	Дней
МСП 1. «Критические и неотложные состояния в акушерско-гинекологической клинике (для врачей скорой медицинской помощи)».	1 6	
Итоговая аттестация	4 часа	

8. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОГО МОДУЛЯ

МСП «Критические и неотложные состояния в акушерско-гинекологической клинике (для врачей скорой медицинской помощи)».

Пояснительная записка

Актуальность программы

Программными документами правительства Российской Федерации, национальными проектами «Здравоохранение» и «Демография», концепцией развития здравоохранения и медицинской помощи в стране одной из самых приоритетных задач названо улучшение демографической ситуации в стране, в чем важнейшую роль играет совершенствование оказания медицинской помощи населению по профилю «Акушерство и гинекология» и проведение мероприятий по охране репродуктивного здоровья. Оказание медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», особенно при развитии неотложных и критических состояний у беременных, рожениц, родильниц и гинекологических больных., приходится проводить врачам различных медицинских специальностей, в том числе врачам скорой медицинской помощи.

При проведении лечебных мероприятий следует учитывать физиологические изменения в организме беременной и вызванные ими особенности в течении патологических процессов, а также возможность развития специфических акушерских осложнений в первой и второй половине беременности, в родах и в раннем и позднем послеродовом периодах. Изучение врачами скорой медицинской помощи критических и неотложных состояний у пациенток акушерско-гинекологического профиля позволит уменьшить количество осложнений и улучшить перинатальные исходы.

Настоящая программа дополнительного профессионального образования предназначена для повышения квалификации врачей скорой медицинской помощи, встречающихся в своей практической деятельности с развитием неотложных и критических состояний у беременных, рожениц, родильниц и гинекологических больных.

Цель преподавания дисциплины.

Совершенствование профессиональных знаний и компетенций врача скорой медицинской помощи при решении вопросов о тактике ведения и маршрутизации пациенток с неотложными и критическими состояниями в акушерско-гинекологической клинике.

Задачи.

Ознакомление с современной демографической ситуацией в стране, основными нормативными документами, направленными на охрану репродуктивного здоровья.

Ознакомление учащихся с основными нормативными документами в акушерско-гинекологической службе. Приказ МЗ РФ №1130н от 01.01.2021 года. Ознакомление учащихся с физиологическими изменениями в организме женщины во время беременности.

Понятия «норма» и «патология» беременности.

Усвоение обучающимися современных принципов ведения физиологической беременности.

Усвоение обучающимися современных принципов ведения нормальных родов. Ознакомление учащихся с понятием «нормальные роды».

Усвоение обучающимися знаний о возможных осложнениях в первой половине беременности: внематочная беременность, прерывание маточной беременности.

Усвоение обучающимися знаний и причинах, клинике и тактике ведения пациенток с острым животом в гинекологии.

Усвоение обучающимися знаний об акушерских кровотечениях в конце беременности и в родах. Маршрутизация пациенток.

Усвоение обучающимися знаний о гипертензивных расстройствах во время беременности. Преэклампсия. Эклампсия. Маршрутизация пациенток.

Усвоение обучающимися знаний о послеродовых гнойно-септических осложнениях. Акушерский сепсис.

Усвоение учащимися информации о тромбо-эмболических осложнениях в акушерской клинике. Маршрутизация пациентов.

Совершенствовать диагностические и лечебные навыки врача скорой медицинской помощи при ведении пациенток с критическими и неотложными состояниями в акушерско-гинекологической практике.

По окончании изучения учебного модуля обучающийся должен знать:

Общие знания:

- Закономерности протекания патологических процессов
- Основы нормальной и патологической физиологии репродуктивной системы.
- Основы лабораторных и инструментальных в акушерско-гинекологической клинике;
- Основы нормативно-правовых законодательных документов.

Специальные знания:

Должен знать:

- - Патофизиологические механизмы формирования патологических состояний и закономерности протекания патологических процессов в акушерско-гинекологической клинике;
 - Клинические рекомендации (протоколы лечения), стандарты медицинской помощи у акушерских и гинекологических пациентов;
 - Клиническую картину, лабораторную и инструментальную диагностику при акушерской и гинекологической патологии;
 - Виды и объемы оперативной помощи, показания и противопоказания к оперативному лечению, сроки его выполнения;
- Клиническую картину, функциональную и лабораторную диагностику интра- и послеоперационных осложнений;

- Основы нормативно-правовых законодательных документов, регламентирующих профессиональную деятельность.

По окончании изучения учебного модуля обучающийся должен уметь:

Интерпретировать и применять на практике полученные знания при решении профессиональных задач с целью оказания специализированной медицинской помощи;

Диагностировать нозологию, определить оптимальный объем медикаментозного лечения и маршрутизации пациентки.

По окончании изучения модуля у обучающегося совершенствуются следующие компетенции:

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

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу. (УК-1)

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

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5),
- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании специализированной скорой медицинской помощи (ПК-6),
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-10).

**Учебно-тематический план учебного модуля МСП
«Критические и неотложные состояния в акушерско-гинекологической
клинике (для врачей скорой медицинской помощи)».**

Код модуля	Наименование модулей и тем	Всего часов	Лекции	ПЗ, СЗ	Симуляция	Форма контроля
МФ№ 1	«Критические и неотложные состояния в акушерско-гинекологической клинике (для врачей скорой медицинской помощи)».	36	20	16	0	Промежуточный контроль (тестирование)
1.1.	Изменения в организме во время беременности. Физиологическая беременность. Нормальные роды.		5	1		Текущий контроль (тестирование, решение задач)

1.2.	Акушерские кровотечения		2	2	4	Текущий контроль (тестирование, решение задач)
1.3.	Гипертензивные осложнения во время беременности. Преэклампсия. Эклампсия.		3	1		Текущий контроль (решение кейсов)
1.4.	Послеродовые гнойно-септические заболевания. Акушерский сепсис.		3	1	2	Текущий контроль (тестирование, решение задач)
1.5.	ВТЭО в акушерстве.		5	1		Текущий контроль (решение кейсов)
1.6.	Острый живот в гинекологтт		2	-	-	Текущий контроль (тестирование)
Итоговая аттестация		4	-	4	-	Экзамен
Всего		36	20	10	6	

**Содержание учебного модуля МСП
«Актуальные вопросы современной контрацепции».**

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов
1.1	Изменения в организме во время беременности. Физиологическая беременность. Нормальные роды.
1.1.1	Изменения в организме женщины во время физиологической беременности (по системам органов).
1.1.2	Ведение физиологической беременности (клинические рекомендации МЗ РФ).
1.1.3	Ведение нормальных родов (клинические рекомендации МЗ РФ).
1.2	Акушерские кровотечения
1.2.1	Кровотечения первой половины беременности. Ранние выкидыши (клинические рекомендации МЗ РФ).
1.2.2	ПОНРП (клинические рекомендации МЗ РФ).
1.2.3	Предлежание плаценты (клинические рекомендации МЗ РФ).
1.2.4.	Кровотечения в третьем периоде родов. Приращение плаценты.
1.2.5	Гипотонические кровотечения.
1.3	Гипертензивные осложнения во время беременности. Преэклампсия. Эклампсия.
1.3.1	Гипертензивные осложнения во время беременности (клинические рекомендации МЗ РФ).
1.3.2	Преэклампсия.
1.3.3	Эклампсия.
1.3.4.	Маршрутизация пациенток с гипертензивными осложнениями во время беременности.

1.4	Послеродовые гнойно-септические заболевания. Акушерский сепсис.
1.4.1	Послеродовые гнойно-септические заболевания: классификация, диагностика, врачебная тактика.
1.4.2	Акушерский сепсис (клинические рекомендации МЗ РФ).
1.4.3	Маршрутизация пациенток с акушерскими послеродовыми гнойно-септическими заболеваниями.
1.5	ВТЭЛ в акушерстве
1.5.1	ВТЭО во время беременности (клинические рекомендации МЗ РФ).
1.5.2	ВТЭО в послеродовом периоде (клинические рекомендации МЗ РФ).
1.5.3.	Эмболия околоплодными волами
1.6	Острый живот в гинекологии
1.6.1	Внематочная беременность (клинические рекомендации МЗ РФ).
1.6.2	Кисты и апоплексия яичников: классификация, диагностика, врачебная тактика..
1.6.3	Тубоовариальные образования: классификация, диагностика, врачебная тактика.

9. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ:

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ТЕСТИРОВАНИЯ:

Выберите один правильный ответ:

1. Совместное пребывание матери и новорожденного организуется
 - 1) в специализированном родильном доме
 - 2) в неспециализированном родильном доме
 - 3) в наблюдательном отделении родильного дома
 - 4) в послеоперационных палатах родильного дома
2. Госпитализация беременных с вирусным гепатитом
 - 1) в специализированном акушерском стационаре (родильном доме)
 - 2) в специализированных боксах
 - 3) в неспециализированном родильном доме
 - 4) в наблюдательном акушерском отделении родильного дома
3. В структуре причин материнской смертности, как правило, первое место занимает
 - 1) поздний гестоз беременных
 - 2) экстрагенитальная патология
 - 3) кровотечения
 - 4) инфекция
 - 5) разрыв матки
4. К материнской смертности относится смертность женщины
 - 1) от медицинского аборта
 - 2) от внематочной беременности
 - 3) от деструктирующего пузырного заноса
 - 4) от всего перечисленного
 - 5) ничего из перечисленного
5. Основными качественными показателями деятельности родильного отделения являются все перечисленное, кроме
 - 1) материнской смертности
 - 2) перинатальной смертности
 - 3) заболеваемости новорожденных
 - 4) средне – годовой занятости койки
6. При нормальном течении беременности уровень хГЧ достигает максимума при сроке

- 1) 5-6 недель
 - 2) 7-8 недель
 - 3) 9-10 недель
 - 4) 11-12 недель
 - 5) 13-14 недель
7. При оценке ктгплода имеют значение следующие данные
- 1) базальная частота сердечных сокращений
 - 2) наличие и частота акцелераций
 - 3) наличие децелераций
 - 4) амплитуда мгновенных осцилляций
 - 5) все перечисленные
8. О тяжелом внутриутробном страдании плода по данным ктг свидетельствует следующая амплитуда мгновенных осцилляций
- 1) 1-3 в минуту
 - 2) 5-10 в минуту
 - 3) 10-25 в минуту
 - 4) все перечисленные
 - 5) ни одна из перечисленных
9. Сократительную функцию матки можно оценить с помощью
- 1) наружной гистерографии
 - 2) внутренней токографии
 - 3) реографии
 - 4) радиотелеметрии
 - 5) всего перечисленного
10. Базальной частотой сердечных сокращений (ЧСС) плода называется
- 1) ЧСС, сохраняющаяся неизменной в течение 10 мин и более
 - 2) ЧСС при повышении внутриматочного давления в схватку
 - 3) число мгновенных колебаний (осцилляций) за 10 мин исследования
 - 4) сердцебиение плода до начала процесса родов
 - 5) ничего из перечисленного
11. Показаниями к применению анальгезирующих препаратов в родах является все перечисленное, кроме
- 1) дискоординации родовой деятельности
 - 2) преждевременных родов
 - 3) нефропатии
 - 4) рубца на матке
 - 5) правильно а) и б)
12. При перидуральной анестезии возможны следующие осложнения
- 1) токсическая реакция на анестетик
 - 2) кратковременная гипотензия
 - 3) кратковременное снижение сократительной активности матки
 - 4) все перечисленные
 - 5) никакие из перечисленных
13. Основным недостатком перидуральной анестезии является
- 1) периферическая вазодилатация
 - 2) нарушение компенсаторной вазоконстрикции при невосполненной кровопотере
 - 3) отсутствие болевого симптомокомплекса в условиях реальной угрозы разрыва матки
 - 4) все перечисленное
 - 5) ничего из перечисленного
14. При ручном обследовании послеродовой матки обычно применяют следующее обезболивание

- 1) ингаляционный анестетик
- 2) внутривенное введение анестетика
- 3) пудендальную анестезию
- 4) парацервикальную анестезию
- 5) правильно а) и б)

15. Становление фетоплацентарной системы, как правило, заканчивается:

- 1) к 16-й неделе беременности
- 2) к 20-й неделе беременности
- 3) к 24-й неделе беременности
- 4) к 28-й неделе беременности
- 5) к 32-й неделе беременности

16. При нарушении маточно-плацентарного кровотока в первом триместре беременности, как правило, развивается:

- 1) первичная плацентарная недостаточность
- 2) ранний токсикоз беременных
- 3) гипертония беременных
- 4) все перечисленное

17. Первый триместр беременности называется периодом:

- 1) органогенеза
- 2) плацентации
- 3) плодовыми
- 4) правильно а) и б)
- 5) правильно б) и в)

18. При нормальной беременности наблюдаются следующие изменения гемодинамики:

- 1) возрастает объем циркулирующей крови (ОЦК) на 40-50 %
- 2) увеличивается объем циркулирующих эритроцитов (ОЦЭ) на 30-40%
- 3) отмечается гидремия
- 4) все перечисленные
- 5) ничего из перечисленного

19. В период физиологически развивающейся беременности происходят следующие изменения в системе гемостаза:

- 1) гиперкоагуляция
- 2) гипокоагуляция
- 3) коагулопатия потребления
- 4) активизация только сосудисто-тромбоцитарного звена
- 5) активизация только плазменного звена

20. Наиболее частыми осложнениями в I триместре являются все перечисленные, кроме:

- 1) угрозы выкидыша
- 2) раннего токсикоза
- 3) анемии
- 4) гипотонии
- 5) нефропатии

21. Основной причиной развития позднего выкидыша является:

- 1) истмико-цервикальная недостаточность
- 2) гипоплазия матки
- 3) гиперандрогения
- 4) плацентарная недостаточность
- 5) все перечисленное

22. Медикаментозная профилактика плацентарной недостаточности заключается в использовании всех перечисленных препаратов, кроме:

- 1) спазмолитиков
- 2) токолитиков

3) антиагрегантов

4) диуретиков

5) сосудорасширяющих

23. Визуальными признаками полного отделения плаценты в родах являются все перечисленные, кроме:

1) изменение контуров и смещения дна матки

2) опускание отрезка пуповины

3) отсутствие втягивания пуповины при глубоком вдохе роженице

4) прекращение пульсации пуповины

5) усиления кровотечения из половых путей

24. Нормальный подготовительный период характеризуется всем перечисленным, кроме:

1) болезненности

2) формирования в ЦНС доминанты родов

3) увеличения уровня эстрогенов (эстриола), обеспечивающих биологическую готовность организма к родам

4) повышения тонуса симпатико-адреналовой системы

5) увеличения амплитуды сокращения матки

25. Потуги при физиологических родах начинаются, когда:

1) головка вставилась большим сегментом во входе в малый таз

2) произошло полное раскрытие шейки матки

3) головка плода установилась в тазовом дне

4) правильно а) и б)

5) правильно б) и в)

26. Перинатальным периодом считается промежуток времени, начинающийся:

1) с периода зачатия и заканчивающийся рождением плода;

2) с периода жизнеспособности плода и заканчивающийся 7-ю сутками (168 часов) после рождения;

3) с периода рождения плода и заканчивающийся через месяц после родов;

4) с 20 недель беременности и заканчивающийся 14 сутками после рождения;

5) ничего из перечисленного;

27. Гемолитическая болезнь новорожденного связана:

1) с изоиммунизацией матери групповыми антигенами крови плода

2) с изоиммунизацией матери по резус-фактору

3) со всем перечисленным

4) ни с чем из перечисленного

28. Нормальной реакцией плода на задержку дыхания у матери является:

1) учащение частоты сердечных сокращений

2) урежение частоты сердечных сокращений

3) вначале учащение, затем урежение

4) вначале урежение, затем учащение

5) правильно а) и в)

29. Шкала сильвермана применяется для оценки новорожденного:

1) доношенного

2) недоношенного

3) переношенного

4) зрелого

5) с внутриутробной задержкой роста

30. Частота развития синдрома дыхательных расстройств у новорожденного главным образом обусловлена:

1) его массой

2) его ростом

- 3) гестационным возрастом новорожденного
 - 4) степенью незрелости новорожденного
 - 5) ничем из перечисленного
31. Углы пояснично-крестцового ромба у женщин репродуктивного возраста соответствуют
- 1) верхний угол-остистому отростку пятого поясничного позвонка
 - 2) нижний угол-верхушке крестца
 - 3) боковые углы-верхне-задним остям подвздошных костей
 - 4) боковые углы-окончаниям подвздошных гребней сзади
 - 5) правильно 1,2,3
32. Анатомически узким принято считать всякий таз, у которого по сравнению с нормальным
- 1) все размеры уменьшены на 0,5-1 см
 - 2) хотя бы один размер уменьшен на 0,5-1 см
 - 3) все размеры уменьшены на 1,5-2 см
 - 4) хотя бы один размер уменьшен на 1,5-2 см
 - 5) ничего не верно
33. Указанные особенности биомеханизма родов:
- длительное стояние головки плода стреловидным швом в поперечном размере входа в малый таз;
 - некоторое разгибание головки плода во входе в малый таз;
 - асинклитическое вставление головки плода (чаще задне-теменной асинклитизм)
- характерны для следующей формы анатомически узкого таза
- 1) простого плоского
 - 2) плоско-рахитического
 - 3) общеравномерносуженного
 - 4) поперечносуженного
34. Клинически узкий таз – это
- 1) одна из форм анатомически узкого таза
 - 2) отсутствие продвижения головки плода при слабости родовой деятельности
 - 3) несоответствие головки плода и таза матери, выявленное во время беременности
 - 4) все перечисленное
 - 5) ничего из перечисленного
35. Потуги при головке, прижатой ко входу в малый таз, и отошедших водах, как правило, свидетельствуют
- 1) об окончании первого периода родов
 - 2) о начавшемся разрыве матки
 - 3) о клинически узком тазе
 - 4) об ущемлении передней губы шейки матки
 - 5) о всем перечисленном
36. Вслед за операцией интраперитонеального кесарева сечения оперирующему врачу приходится переходить на операцию надвлагалищной ампутации или экстирпации матки при следующих клинических ситуациях
- 1) преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты и развитии «матки Кувелера»
 - 2) гнойном метроэндометрите
 - 3) истинном приращении плаценты
 - 4) субсерозной миоме матки
 - 5) правильно 1,2,3
37. Показания к операции кесарева сечения определяют, как правило, с учетом следующих факторов
- 1) возраст женщины
 - 2) срок беременности

- 3)анатомические размеры таза
- 4)акушерско-гинекологический анамнез
- 5)правильно 1,2,3

38. Показанием к операции кесарева сечения в плановом порядке при тазовом предлежании плода является:

- 1)анатомическое сужение таза
- 2)возраст первородящей старше 35 лет
- 3)привычное невынашивание, мертворождение в анамнезе
- 4)гипотрофия плода различной этиологии
- 5)все ответы правильные

39.Если поперечное положение плода обнаружено в женской консультации в 36 недель беременности, то наиболее правильной является следующая тактика акушера-гинеколога

- 1)госпитализировать беременную в родильный дом
- 2)произвести гимнастику по Дикань
- 3)если поперечное положение плода не изменилось на головное, произвести операцию кесарева сечения в плановом порядке
- 4)при благоприятном течении беременности осуществлять наблюдение за беременной в женской консультации до 40 недель, после чего госпитализировать ее в родильный дом для подготовки к родоразрешению
- 5)правильно 1,2,3

40.Для ранней диагностики возможных септических осложнений после операции кесарева сечения в послеоперационном периоде важно следующее

- 1)учет факторов риска септических осложнений
- 2)учет динамики пульса и артериального давления
- 3)оценка соответствия характера и количества лохий дню послеоперационного послеродового) периода
- 4)измерение трехчасовой температуры тела женщины
- 5)все ответы правильные

41. Расположение плаценты следует считать низким,если при УЗИ матки в 3 триместре беременности её нижний край не доходит до внутреннего зева:

- 1) на 11-12 см
- 2) на 9-10 см
- 3) на 7-8 см
- 4) на 5-6 см

42. Основным показателем коагулопатии потребления является:

- 1) снижение концентрации фибриногена
- 2) снижение концентрации протромбина
- 3) снижение количества тромбоцитов
- 4) всё перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

43.Особенностью кровотечения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты является:

- 1) всегда наружное
- 2) в покое,чаще ночью
- 3) всегда безболезненное
- 4) всё перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

44. Длительный гипертонус матки наиболее характерен:

- 1) для предлежания плаценты
- 2) для преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты
- 3) для шеечно-перешеечной беременности
- 4) правильно а) и в)

- 5) для всего перечисленного
45. При преждевременной отслойке плаценты, расположенной на передней стенке матки, характерно:
- 1) локальная болезненность
 - 2) схваткообразные боли в крестце и пояснице
 - 3) отеки нижних конечностей
 - 4) отеки передней брюшной стенки
 - 5) ничего из перечисленного
46. Для выявления нарушений сосудисто-тромбоцитарного звена системы гемостаза следует определять:
- 1) время свёртывания крови по Ли-Уайту
 - 2) время рекальцификации
 - 3) протромбиновый индекс
 - 4) концентрацию фибриногена
 - 5) ничего из перечисленного
47. Оптимальный срок для родоразрешения у больных с сердечной недостаточностью ii-iii стадии
- 1) 32 недели
 - 2) 36 недель
 - 3) 37-38 недель
 - 4) 39-40 недель
48. Наиболее часто вирусная инфекция попадает к плоду
- 1) параплацентарно
 - 2) трансплацентарно
 - 3) восходящим путём
 - 4) всеми перечисленными путями
 - 5) никаким из перечисленных путей
49. Хронические инфекционные процессы во время беременности, как правило
- 1) находятся в стойкой ремиссии
 - 2) обостряются
 - 3) влияние не выявлено
 - 4) ничего из перечисленного
50. Эмбриопатии при внутриутробном инфицировании наиболее характерны для инфекций
- 1) микотических
 - 2) бактериальных
 - 3) вирусных
 - 4) паразитарных

ОТВЕТЫ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1-1	11-4	21-5	31-5	41-3
2-2	12-4	22-4	32-4	42-4
3-2	13-4	23-5	33-2	43-3
4-4	14-5	24-1	34-5	44-2
5-3	15-1	25-5	35-3	45-1
6-4	16-1	26-2	36-5	46-5
7-5	17-4	27-3	37-5	47-2
8-1	18-5	28-1	38-5	48-4
9-2	19-1	29-2	39-5	49-2
10-1	20-5	30-4	40-5	50-3

ВОПРОСЫ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ:

1. Собрать анамнез у беременной (роженицы).
2. Особенности сбора акушерского анамнеза, течения данной беременности.
3. Общий осмотр беременной (родильницы).
4. Определение срока родов.
5. Наружное акушерское исследование.
6. Измерение размеров таза.
7. Аускультация плода.
8. Определить срок беременности, поставить диагноз и составить план мероприятий по ведению женщины.
9. Внутреннее исследование беременной (родильницы).
10. Бимануальное исследование во время беременности
11. Бимануальное исследование во время родов.
12. Оценка результатов ктг во время беременности.
13. Оценка результатов ктг во время родов.
14. Определение признаков отделения последа.
15. Определение целостности последа.
16. Осмотр родовых путей с помощью зеркал.
17. Определение объема кровопотери.
18. Определение степени инволюции послеродовой матки.
19. Осмотр молочных желез.
20. Собрать анамнез у гинекологической больной.
21. Методики гинекологического обследования
 - Методика осмотра наружных половых органов.
 - Методика исследования при помощи зеркал.
 - Методика влагалищного (внутреннего) исследования.
23. Методика взятия мазков.
 - Методика взятия мазков для микробиологического исследования.
 - Методика взятия мазков для цитологического исследования с экзо- и эндоцервикса по Папаниколу.
 - Методика взятия мазков на гормональную цитологию.
 - Методика взятия материала для исследования на микрофлору и чувствительность к антибиотикам.
24. Методика выполнения амниотеста и рн-метрии влагалищного отделяемого.
25. Методика осмотра и пальпации молочных желез.
26. Методика проведения экспресс-теста для диагностики беременности.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧА №1

Первородящая Ж., 22 лет, поступила в родильный дом спустя 4 ч от начала регулярных, периодически повторяющихся схваток. Общее состояние удовлетворительное, АД - 120/80 мм рт. ст. Положение плода продольное, предлежащая часть—голова. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 130 уд./мин.

Данные влагалищного исследования: влагалище свободное, шейка матки сглажена, края ее тонкие, маточный зев открыт на 3 см, плодный пузырь цел, напряжен, расположение головы плода не удастся определить из-за опасности раннего вскрытия плодного пузыря.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Характер схваток в первом периоде родов.
3. Продолжительность первого периода родов у этой роженицы.

ЗАДАЧА №2

Повторнородящая И., 23 лет, поступила в роддом с доношенной беременностью спустя 4 ч от начала регулярных, периодически повторяющихся схваток. Беременность вторая, первые роды 2 года назад протекали нормально. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. АД 125/80 мм рт. ст. Положение плода продольное, первая позиция, предлежащая голова прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 140 уд./мин.

Данные влагалищного исследования: влагалище широкое, шейка матки укорочена, края ее толстые, цервикальный канал пропускает 2 пальца. Плодный пузырь цел, напрягается при схватках. Расположение предлежащей головы плода не определяется из-за опасности раннего разрыва плодного пузыря.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Механизм сглаживания и раскрытия шейки матки у этой роженицы.
3. Продолжительность и название первого периода родов.

ЗАДАЧА №3

Первородящая М., 20 лет, находится в родах, которые начались в срок и продолжаются 12 ч. отошли светлые околоплодные воды и начались потуги. Общее состояние удовлетворительное, АД—120/80 мм рт. ст. Окружность живота—100 см, высота стояния дна матки—32 см. Размеры таза: 25—28—30—20 см. Положение плода продольное, предлежащая головка вставилась в плоскости входа в малый таз, большая часть ее находится над входом. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 140 уд./ми.

Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, открытие ее полное, плодный пузырь вскрыт, крестцовая впадина свободна, к мысу крестца можно подойти только согнутым пальцем, внутренняя поверхность лобкового симфиза доступна исследованию. Стреловидный шов головки плода стоит в правом косом размере, малый родничок определяется слева, ближе к лобковому симфизу, лежит ниже других точек головы.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Характер предлежащей части, позиция и вид предлежания.
3. Ведение второго периода у рожениц с факторами повышенного риска плода.

ЗАДАЧА №4

Первородящая Ч., 23 лет, находится в родах, которые начались в срок и продолжаются 11 ч. Час назад отошли светлые околоплодные воды и начались потуги. Состояние удовлетворительное, АД—125/85 мм рт. ст. Окружность живота—99 см, высота стояния

дна матки—30 см, размеры таза—26—29—32— 21 см. Положение плода продольное, предлежащая головка в полости таза и при наружном исследовании над входом в таз не определяется. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 2,17 Гц (130 уд./мин), слева ниже пупка.

Данные влагалищного исследования: шейка сглажена, открытие маточного зева полное, плодный пузырь вскрыт. Крестцовая впадина полностью заполнена головкой, седалищные ости не определяются, при потугах происходит выпячивание промежности. Стреловидный шов головки плода стоит в прямом размере таза, малый родничок обращен к лобковому симфизу, лежит ниже большого родничка.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Характер предлежащей части и вид предлежания.
3. Определение наличия и ритма родовых схваток.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5

Первородящая М., 22 лет, находится в родах, начавшихся в срок и продолжающихся 12 ч. Только что отошли светлые, в умеренном количестве, околоплодные воды, начались потуги. Общее состояние удовлетворительное, АД—120/70 мм рт. ст. Окружность живота—98 см, высота стояния дна матки— 29 см, размеры таза—25—28—31—20 см. Положение плода продольное, предлежащая часть - головка плода, над входом в таз определяется незначительная часть головки. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 130 уд./мин.

Данные влагалищного исследования: влагалище нерожавшей женщины, шейка сглажена, открытие маточного зева полное, плодный пузырь вскрыт. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок определяется слева, ближе к крестцу, большой—справа. ближе к лобку. Оба родничка стоят на одном уровне. Верхняя половина крестцовой впадины и две трети внутренней поверхности лобкового сочленения заняты головкой. Свободно прощупываются IV и V крестцовые позвонки и седалищные ости.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Характер предлежащей части, позиция и вид предлежания.
3. Коррекция жизнедеятельности плода в первом периоде родов.

ЗАДАЧА №6

Пациентка Л., 22 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на задержку менструации в течение 2 месяцев, появившуюся тягу к острой пище. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

Данные влагалищного исследования. С помощью влагалищных зеркал установлено: наружные половые органы развиты правильно, слизистая оболочка влагалища и шейки матки синюшная, шейка чистая. При бимануальном исследовании обнаружено: вход во влагалище свободный, шейка цилиндрической формы, наружный зев шейки матки закрыт, своды влагалища глубокие, матка в антефлексии, увеличена до размеров гусиного яйца, мягковатой консистенции; придатки не увеличены, безболезненные. Матка изменяет свою консистенцию, плотнеет и сокращается, перегнута кпереди, как бы сложена вдвое; в области левого угла матки выпячивание (асимметрия); повышена подвижность шейки матки; перешеек матки очень размягчен, пальцы внутренней и наружной руки соединяются в области перешейка.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Вероятные признаки, указывающие на наличие беременности у этой женщины.
3. Что такое вероятные признаки беременности.

ЗАДАЧА №7

Повторнобеременная Л., 26 лет, обратилась за консультацией к участковому врачу женской консультации. Дату последней менструации и первого шевеления плода не помнит. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено, АД — 120/80 мм рт. ст.

Данные наружного акушерского исследования: дно матки на уровне мечевидного отростка, в правой боковой стороне матки прощупывается гладкая широкая поверхность плода, в левой - мелкие выступы, часто изменяющие положение. Предлежащая часть прощупывается в виде крупной, округлой, баллотирующей части, имеющей отчетливые контуры. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота—140 уд./мин, лучше прослушивается справа ниже пупка.

Вопросы:

1. Срок беременности по высоте стояния дна матки.
2. Положение и позиция плода, предлежащая часть плода.
3. Соответствует ли точка лучшего выслушивания сердцебиения плода описанному в задаче расположению частей плода.

ЗАДАЧА №8

Первобеременная И., 23 лет, обратилась в женскую консультацию по поводу беременности. Срок последней менструации и первого шевеления плода не помнит.

Данные наружного акушерского исследования: дно матки на 3—4 пальца выше пупка, в области дна определяется крупная, шаровидная, баллотирующая часть плода, в правой боковой стороне матки прощупывается гладкая широкая поверхность плода, в левой — мелкие подвижные бугорки. Предлежащей частью является объемистая, мягкая часть плода, не способная к баллотированию. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота—136 уд/мин, ясно выслушивается справа выше пупка.

В опрос ы:

1. Срок беременности по высоте стояния дна матки.
2. Положение и позиция плода, предлежащая часть плода.
3. Соответствует ли точка лучшего выслушивания сердцебиения плода описанному членорасположению?

ЗАДАЧА №9

МногOROжавшая беременная, 30 лет, обратилась в женскую консультацию. Дату последней менструации и первого шевеления плода не помнит.

При наружном акушерском исследовании обнаружено: живот поперечно-овальной формы, дно матки на два пальца выше пупка, в левой боковой стороне матки прощупывается круглая, плотная, баллотирующая часть плода, в правом боковом отделе определяется объемистая, мягковатая, не баллотирующая часть плода. Предлежащая часть над входом в таз не прощупывается. Сердцебиение плода отчетливо прослушивается на уровне пупка.

Вопросы:

1. Срок беременности по высоте стояния дна матки.
2. Положение и позиция плода, предлежащая часть плода.
3. Соответствует ли точка лучшего выслушивания сердцебиения плода описанному членорасположению?

ЗАДАЧА №10

Пациентка И., 24 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на задержку менструации в течение 3 месяцев, появившееся отвращение к табачному дыму. В течение полугода жила половой жизнью, от беременности не предохранялась. Со стороны

внутренних органов патологических изменений не обнаружено, АД—120/60 мм рт. На лице и сосках молочных желез выражена пигментация кожи.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно, выражен цианоз слизистой оболочки шейки и влагалища. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев округлой формы, плотно закрыт. Матка в антефлексии, увеличена до размеров головы новорожденного, дно ее доходит до уровня верхнего края лобкового симфиза. Трубы и яичники не увеличены.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Вероятные признаки, указывающие на наличие беременности у этой женщины.
3. Что такое достоверные признаки беременности.

ЗАДАЧА №11

Беременная Л., 34 года. Обратилась к гинекологу по поводу беременности 8-9 недель.

Данные анамнеза. С 7 лет болеет сахарным диабетом 1 типа. Настоящая беременность 1. Беременность желает сохранить.

Объективно. Состояние удовлетворительное, жалоб нет. Телосложение правильное, подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. АД— 120/75 мм рт. ст. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, 80 в 1 мин. Со стороны внутренних органов: диабетическая нефропатия, протеинурия; диабетическая пролиферативная ретинопатия; диабетическая сенсорная полинейропатия .

Данные влагалищного исследования. С помощью влагалищных зеркал установлено: наружные половые органы развиты правильно, слизистая оболочка влагалища и шейки матки синюшная, шейка чистая. При бимануальном исследовании обнаружено: вход во влагалище свободный, шейка цилиндрической формы, наружный зев шейки матки закрыт, своды влагалища глубокие, матка в антефлексии, увеличена до 9-10 недель, мягковатой консистенции; придатки не увеличены, безболезненные. Матка изменяет свою консистенцию, плотнеет и сокращается, перегнута кпереди, как бы сложена вдвое; в области левого угла матки выпячивание (асимметрия); повышена подвижность шейки матки; перешеек матки очень размягчен, пальцы внутренней и наружной руки соединяются в области перешейка.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Тактика ведения беременности в этом случае.
3. Способы прерывания беременности у больных с диабетом.

ЗАДАЧА №12

Повторнобеременная Н., 36 лет, состоит на учете в женской консультации по поводу беременности сроком 10-11 недель.

Данные анамнеза: акушерский анамнез не отягощен. Беременность вторая, первая закончилась нормальными родами в срок 8 лет назад.. Сейчас 2 брак. Беременность желает сохранить. Из соматического анамнеза: гипотиреоз в стадии медикаментозно компенсированного эутиреоза, до беременности получала л-тироксин 75 мг.

Объективно: С помощью влагалищных зеркал установлено: наружные половые органы развиты правильно, слизистая оболочка влагалища и шейки матки синюшная, шейка чистая. При бимануальном исследовании обнаружено: вход во влагалище свободный, шейка цилиндрической формы, наружный зев шейки матки закрыт, своды влагалища глубокие, матка в антефлексии, увеличена до 10-11 недель беременности. Клинические показатели крови и мочи в норме. Уровень ТТГ – 5,78 мкМЕ/л, Т4 – 6.3 пмоль/л.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Тактика ведения.

ЗАДАЧА №13

Повторнородящая Р., 27 лет, при беременности сроком 36 недель поступила в родильный дом с регулярными родовыми схватками, начавшимися 6 ч назад.

Данные анамнеза. Наследственность неотягощена. В детстве неоднократно болела ангиной, с 16-летнего возраста состоит на диспансерном учете по поводу порока сердца.

Настоящая беременность вторая, первая закончилась нормальными родами. На учете в женской консультации с 8-недельного срока беременности.

Объективно. Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимая слизистая оболочка нормальной окраски. На голенях и стопах небольшие отеки. Температура тела 36,5 °С. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, 76 в 1 мин, АД—120/75—115/75 мм рт. ст. Сердечный толчок определяется в пятом межреберье на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Левая граница сердца совпадает с толчком, правая заходит за правый край грудины на 1 см. При аускультации у верхушки сердца определяется грубый систолический шум, акцент II тона над легочным стволом. В легких при перкуссии ясный легочный звук, при аускультации — везикулярное дыхание. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Мочеиспускание безболезненное, симптом Пастернацкого отрицательный.

Живот овоидной формы, окружность живота — 96 см, высота стояния дна матки—35 см, размеры таза—25—28—30—20 см. Положение плода продольное, предлежащая голова над входом в малый таз. Сердцебиение плода определяется слева ниже пупка, 136 уд./мин, ясное, ритмичное.

Экстренно произведены обследования.

Данные рентгеноскопии грудной клетки: легочные поля прозрачны, отмечается небольшое увеличение левого желудочка и левого предсердия.

Анализ крови: содержание гемоглобина — 116 г/л; лейкоцитов—5,8.10⁹/л; лейкограмма в пределах нормы; СОЭ — 16 мм/ч.

Анализ мочи: относительная плотность—1015, белка нет, данные микроскопии без особенностей.

Дифениламиновая проба и реакция на содержание сиаловой кислоты без особенностей. С-реактивный протеин в крови не обнаружен. Через 1 ч после поступления в отделение отошли чистые околоплодные воды в умеренном количестве, начались потуги.

Данные влагалищного исследования. Влагалище свободное, шейка сглажена, края тонкие, раскрытие зева полное, плодный пузырь вскрыт, предлежащая головка большим сегментом в широкой части таза, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. Костный таз без деформаций.

Состояние роженицы удовлетворительное. Кожа обычной окраски. АД—115/75—120/75 мм рт. ст. пульс—106 в 1 мин. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 148 уд./мин.

Через 20 мин. после отхождения вод и начала потуг родился живой мальчик, закричал сразу, масса тела—2450 г, рост—44 см.

После рождения ребенка состояние родильницы резко ухудшилось, кожа побледнела, появился липкий пот. Пульс участился, слабого наполнения и напряжения, АД—90/50 мм рт. ст. Сознание сохранено. После подкожного введения 1 мл 0,1 % раствора адреналина гидрохлорида состояние женщины улучшилось.

Вопросы:

1. Диагноз. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
2. Причина ухудшения состояния родильницы после рождения ребенка. Как предотвратить это осложнение?
3. Какие осложнения для матери и плода возможны при сердечной патологии при беременности и в родах?

ЗАДАЧА №14

Беременная Н., 23 лет, поступила в родильный дом с беременностью сроком 37 недель, с начавшимися схватками и жалобами на головную боль, насморк, мучительный сухой кашель, конъюнктивит, озноб, повышение температуры тела.

Данные анамнеза. Беременность первая, регулярно посещала женскую консультацию, обследована, сопутствующих заболеваний не обнаружено.

Данные общего и акушерского исследования. Общее состояние удовлетворительное, телосложение правильное. Кожа и видимая слизистая оболочка розовые. Отеков нет. Выражены конъюнктивит, гиперемия слизистой оболочки полости носа, открытые участки тела покрываются «гусиной кожей». Температура тела 37,3°C, АД 115/80—120/80 мм рт. ст., пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, 80 в 1 мин. Тоны сердца чистые, в легких везикулярное дыхание, сухой кашель. Симптом Пастернацкого отрицательный. Язык чистый, влажный, зев слегка гиперемирован, миндалины не увеличены, глотание безболезненное. Печень и селезенка не пальпируются.

Матка овоидной формы, окружность живота — 95 см, высота стояния дна матки — 34 см. Положение плода продольное, предлежащая голова прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода слева ниже пупка, ясное, ритмичное, 136 уд./мин. Размеры таза: 26—28—31—21 см. Схватки хорошей силы продолжительностью 20 с через 10—12 мин.

Данные влагалищного исследования. Влагалище нерожавшей женщины, шейка матки укорочена, зев свободно пропускает палец, через него пальпируются оболочки плодного яйца. Предлежащая часть—малый сегмент головы во входе в малый таз. Стреловидный шов в поперечном, слегка в правом косом размере, малый родничок—слева ближе к лобку. Мыс крестца не достигается.

Вопросы:

1. Диагноз (вместе с диагнозом инфекционного заболевания). Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
2. Какие осложнения беременности и родов может вызвать это заболевание?
3. Куда следует госпитализировать роженицу Н. и какие мероприятия рекомендуется провести?

ЗАДАЧА №15

Первобеременная С., 22 лет, поступила в отделение патологии беременности с угрозой преждевременных родов. Заболела накануне вечером, появились боль в надчревной области, тошнота. Приняв 2 таблетки бесалол, больная ночью спала спокойно. Утром возобновилась ноющая нарастающая боль, сильнее в правом подреберье, появились тошнота и рвота. Больная вызвала машину скорой помощи и была направлена в роддом с угрозой преждевременных родов при беременности сроком 36 недель.

Данные анамнеза. Настоящая беременность первая, женскую консультацию посещала регулярно, обследована, сопутствующих заболеваний не обнаружено, беременность протекала без осложнений.

Объективно. Состояние удовлетворительное, кожа и слизистая оболочка чистые, нормальной окраски, отеков нет. Температура тела — 37,6 °C, АД — 15,6/10,4 кПа (120/80 мм рт. ст.), пульс ритмичный, частота — 1,67 Гц (100 в 1 мин), удовлетворительного наполнения и напряжения. Со стороны сердечно-сосудистой системы и органов дыхания патологических изменений не установлено. Язык сухой, обложен сероватым налетом. При поверхностной пальпации в правом подреберье определяется напряжение мышц передней брюшной стенки. Здесь же и несколько кверху при глубокой пальпации отмечается резкая болезненность. Симптом Щеткина — Блюмберга положительный. При перемещении больной на левый бок боль в правом подреберье усилилась (симптом Ситковского). Симптом Пастернацкого отрицательный.

Размеры матки соответствуют 36 неделям беременности, положение плода продольное, предлежащая голова подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода слева ниже пупка, частота — 2,29 Гц (136 уд./мин). Тонус матки нормальный. Размеры таза: 25—28—30—20 см.

Данные влагалищного исследования. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, отверстие закрыто. Мыс крестца не достигается. Костных деформаций нет. Параметральная клетчатка не инфильтрирована. Выделения из влагалища слизистые.

Анализ крови: содержание гемоглобина—7,57ммоль/л; количество эритроцитов — 4,2 Т/л, лейкоцитов — 10,7 Г/л; лейкограмма: сегментоядерные — 0,72, палочкоядерные — 0,03, эозинофильные гранулоциты—0, лимфоциты—0,14, моноциты—0,11; СОЭ — 20 мм/ч.

Анализ мочи: относительная плотность—1012; белка нет; лейкоцитов—1—2 в поле зрения; эритроцитов и почечного эпителия нет.

Вопросы:

1. Диагноз. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
2. Дифференциальная диагностика с угрозой прерывания беременности.
3. Лечение.

ЗАДАЧА №16

Первобеременная О., 20 лет, поступила в клинику с жалобами на тошноту, рвоту и слюнотечение.

Данные анамнеза.

В детстве болела корью, в 15-летнем возрасте перенесла аппендэктомию, 3 месяца назад болела гриппом, осложнившимся бронхопневмонией.

Менструация началась в 13 лет, установилась сразу, продолжительность — 2—3 дня, интервал — 30 дней. Последняя менструация—около 2 месяцев назад, точную дату не помнит. Замужем 6 месяцев, брак не зарегистрирован.

Развитие настоящего заболевания. У больной две недели назад появилась тошнота и рвота по утрам, изредка слюнотечение. Вскоре рвота участилась, около 8—10 раз в сутки до и после приема пищи, появились слабость, головокружение, отсутствие аппетита, плохой сон, понизилась работоспособность. Усилилось слюноотделение—до 150—200 мл/сут, с момента появления рвоты и слюнотечения больная похудела на 3 кг.

Объективно: общее состояние средней тяжести, обильное слюнотечение, частая рвота небольшими кусочками пищи и мутной слюзой с примесью желчи. Кожа и видимая слизистая оболочка бледные. Температура—37,2°C, пульс—86 в 1 мин, АД—110/60 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно, влагалище узкое, шейка матки конической формы, чистая, слизистая оболочка шейки и влагалища синюшная, отверстие матки закрыто. Тело матки в антефлексии, мягковатой консистенции, шаровидной формы, размером больше куриного яйца, при пальпации сокращается. Придатки с обеих сторон не определяются, свод влагалища свободный, выделения слизистые.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Можно ли лечить эту беременную в амбулаторных условиях и почему.

ЗАДАЧА №17

Первобеременная Б., 23 лет, обратилась на прием к участковому врачу женской консультации с жалобами на общую слабость, отвращение к пище, рвоту. Первое

обращение в консультацию было 2 недели назад при беременности сроком 6 недель. За это время состояние женщины заметно ухудшилось, она похудела на 2 кг.

Данные анамнеза. Росла здоровым ребенком, не болела, менструация с 14 лет, установилась сразу по 3 дня с интервалом в 28 дней. Последняя менструация—2 месяца назад. Половая жизнь с 22 лет, брак зарегистрирован, беременность желанная.

С наступлением беременности у больной по утрам натощак появилась рвота, но общее состояние не нарушилось. В последние 8—10 дней рвота участилась до 16—20 раз в сутки, стала возникать даже от одной мысли о пище. В течение последних двух суток не ест, так как рвота появляется даже после приема воды.

Объективно: больная апатичная, вялая, температура тела — 37,4 °С, пульс— 100 в 1 мин удовлетворительного наполнения, АД—105/70—100/70 мм рт. ст. Кожа сухая, дряблая. Подкожная клетчатка выражена слабо. Язык и губы сухие. Отмечается дурной запах изо рта. Со стороны внутренних органов патологических отклонений не обнаружено.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно, влагалище узкое, длинное, матка увеличена до размеров гусиного яйца, округлая, мягкая, уплотняется при пальпации. Придатки не пальпируются. Шейка сформирована, отверстие закрыто, слизистая оболочка влагалища и влагалищной части шейки матки синюшна.

При биохимическом исследовании крови обнаружено повышенное содержание билирубина и остаточного азота. В моче содержится ацетон и следы белка.

Вопросы:

1. Диагноз. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Каковы лечение и прогноз?

ЗАДАЧА №18

Беременная Г., 29 лет, доставлена в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на сильную боль в области желудка, рвоту. Появление боли связывает с отравлением колбасой. В экстренном порядке введено 1 мл 0,1 % раствора атропина сульфата и сделано промывание желудка. Состояние больной немного улучшилось, но вскоре боль в надчревной области возобновилась и появились жалобы на головную боль и мелькание перед глазами.

Данные анамнеза. Беременность первая, сроком 36 недель, протекала без особенностей. Неделю назад была выявлена нефропатия I степени: АД 125/90—125/95 мм рт. ст., прибавка массы тела за неделю— 400 г, небольшие отеки на нижних конечностях, отсутствие белка в моче. Женщина написала отказ от госпитализации.

Объективно. Беременная правильного телосложения, кожа слегка бледная, на голенях и стопах значительно выраженные отеки. Язык влажный, чистый. Зев не гиперемирован. Температура тела — 36,7 °С. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, частота 82 в 1 мин. АД на правой руке — 160/90, на левой — 160/100 мм рт. ст. Со стороны сердца и легких патологических изменений не обнаружено. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Живот увеличен за счет беременности, болезнен в надчревной области. Симптом Щеткина—Блюмберга отрицательный. Положение плода продольное, предлежащая голова подвижная над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 140 уд./мин. Родовая деятельность отсутствует.

Анализ мочи: лейкоциты—3—4; цилиндры гиалиновые и зернистые—4—5 в поле зрения; содержание белка—4 г/л; глюкоза отсутствует; относительная плотность—1018.

Вопросы:

1. Диагноз. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
2. Какие допущены ошибки при ведении беременной К.?

3. Лечение.

ЗАДАЧА №19

Беременная К., 19 лет, доставлена в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на сильную боль в области желудка, рвоту. Появление боли связывает с употреблением винегрета. В экстренном порядке, сразу при поступлении, подкожно введено 1 мл 0,1 % раствора атропина сульфата и сделано промывание желудка. Состояние больной немного улучшилось, но вскоре боль в надчревной области возобновилась и появились жалобы на головную боль и мелькание перед глазами.

Данные анамнеза. Беременность первая, сроком 35 недель, протекала без особенностей. При последнем осмотре в женской консультации, неделю назад, установлена нефропатия I степени: АД 125/90—125/95 мм рт. ст, прибавка массы тела за неделю— 400 г, небольшие отеки на нижних конечностях, отсутствие белка в моче. Женщина отказалась от госпитализации.

Объективно. Беременная правильного телосложения, кожа слегка бледная, на голенях и стопах значительно выраженные отеки. Язык влажный, не обложен, зев чистый, температура тела — 36,7 °С. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, частота 82 в 1 мин. АД на правой руке — 160/90, на левой — 160/100 мм рт. ст. Со стороны сердца и легких патологических изменений не обнаружено. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Живот увеличен за счет беременности, болезнен в надчревной области. Симптом Щеткина—Блюмберга отрицательный. Положение плода продольное, предлежащая голова подвижная над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 140 уд./мин. Родовая деятельность отсутствует.

Анализ мочи: лейкоциты—3—4; цилиндры гиалиновые и зернистые—4—5 в поле зрения; содержание белка—4 г/л; глюкоза отсутствует; относительная плотность—1018.

Вопросы:

1. Диагноз. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
2. Дифференциальная диагностика с пищевой интоксикацией.
3. Лечение.

ЗАДАЧА №20

Роженица В., 22 лет, поступила в родильный дом с доношенной беременностью по поводу родовой деятельности, продолжающейся 6ч.

Данные анамнеза: соматический и акушерско-гинекологический анамнезы не отягощены. Женскую консультацию на протяжении беременности посещала нерегулярно. Во время последнего посещения женской консультации, при сроке беременности 38 недель, впервые отмечено повышение артериального давления до 135/90— 130/90 мм рт. ст, небольшая пастозность голеней, содержание белка в моче составляло 0,06 г/л.

Объективно. Роженица вялая, предъявляет жалобы на периодическую боль в области затылка, лба и в надчревной области, понижение зрения. Лицо одутловатое, на конечностях, наружных половых органах значительно выраженные отеки. Пульс 82 в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД - 140/90 мм рт. ст. на правой руке и 155/90 мм рт. ст. на левой руке. Температура тела—36,6°С. Со стороны сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и пищеварения патологических изменений не обнаружено. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, дизурических расстройств нет.

Живот увеличен за счет беременности. Окружность живота — 101 см, высота стояния дна матки над лобком—35 см, положение плода продольное, предлежащая голова прижата к входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева ниже пупка, частот 136 уд./мин. Размер таза: 26—29—31—21 см. Для выяснения акушерской ситуации и тактики ведения родов проведено влагалищное исследование, во время которого у роженицы

появилось двигательное беспокойство, мелкие фибриллярные подергивания отдельных групп мышц лица и рук, распространившиеся на все мышцы тела, тонические судороги. У больной остановилось дыхание, наступил цианоз лица, изо рта выделилась слюна с примесью крови. Приступ длился 1,5 мин, после чего наступило коматозное состояние. Сразу после окончания приступа женщине дали наркоз эфиром и влагалищное исследование было закончено. Шейка матки сглажена, края ее тонкие, податливые, легко растягиваются, открытие зева на 6 см, плодный пузырь цел, хорошо наливается, голова плода малым сегментом находится во входе в малый таз. Малый родничок располагается слева спереди ниже большого. Стреловидный шов в правом косом размере. Мыс крестца не достигается, деформаций таза нет.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Какие ошибки были допущены при ведении беременной и в родах?

ЗАДАЧА 21

Роженица Т., 38 лет, поступила в родильный дом по поводу кровотечения из половых органов, начавшегося 2 ч назад при появлении родовых схваток. К моменту поступления кровопотеря составила 50 мл. Беременность доношенная.

Данные анамнеза. Наследственность здоровая. В детстве перенесла корь, неоднократно болела гриппом. Менструация с 14 лет, установилась сразу, продолжительностью 3 дня через 4 недели, умеренная, безболезненная. Замужем с 22 лет, брак второй. Всего беременностей пять: первые две закончились нормальными срочными родами, затем было 3 медицинских аборта, без осложнений. Настоящая беременность шестая. Впервые обратилась в женскую консультацию при сроке беременности 8 недель. Беременность протекала без осложнений.

Объективно, При поступлении состояние женщины удовлетворительное, рост— 160 см, масса тела— 77 кг, телосложение правильное. Кожа и слизистая оболочка розовые. АД— 120/60—120/70 мм рт. ст, пульс—76 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Живот правильной овоидной формы, мягкий, безболезненный, окружность—104 см, высота стояния дна матки над лобком— 32 см. Пальпация матки безболезненна. Положение плода продольное, предлежащая голова стоит высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева на уровне пупка, частота—136 уд./мин. Размеры таза: 25—28—30—21 см. Схватки через 5—6 мин продолжительностью 30—35 с, хорошей силы.

Влагалищное исследование проводилось очень бережно, в условиях операционной, с соблюдением правил асептики. При осмотре с помощью зеркал со стороны влагалища и шейки матки патологических изменений не обнаружено.

Данные влагалищного исследования. Влагалище рожавшей женщины, шейка сглажена, раскрытие маточного зева на 3 см. В шейке матки спереди слева прощупывается мясистая, губчатая ткань с неровной поверхностью. Большая часть маточного зева занята плодными оболочками, напрягающимися при схватках. Предлежащая голова плода подвижна над входом в малый таз. Мыс крестца не достигается. Деформации таза нет.

После влагалищного исследования кровотечение усилилось, выделилось одномоментно 100 мл яркой алой крови.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Какую опасность для плода представляет вышеназванная патология?
3. План ведения родов.

ЗАДАЧА 22

Роженица С., 32 лет, находилась в отделения патологии беременности в течение 20 дней по поводу повторного кровотечения из половых органов. Два часа назад вместе с начавшимися родовыми схватками появилось кровотечение. Беременность сроком 36 недель.

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена. В детстве болела скарлатиной, взрослой—малярией и пневмонией. Менструация с 12 лет, продолжительностью 3 дня через 4 недели, безболезненная, умеренная. Половая жизнь с 23 лет, брак первый. Беременность шестая. Первая беременность закончилась срочными родами; три последующие — медицинским абортом без осложнений, пятая—самопроизвольным абортом на 16-й неделе. После этого дважды выскабливали полость матки. Во время настоящей беременности с 10-недельного срока регулярно наблюдалась в женской консультации. На 33-й неделе беременности во время ночного сна внезапно началось кровотечение. Машиной скорой помощи роженица С. доставлена в отделение патологии беременности, где кровотечение трижды повторялось. Каждый раз оно было кратковременным, по 7—10 мин, но с увеличивающейся кровопотерей (50—70—100 мл).

Объективно. Телосложение правильное. Кожа и слизистая оболочка бледные. Температура — 36,6 °С, пульс — 86 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД—110/60—110/65 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологических отклонений не обнаружено. Отеков нет. Живот увеличен за счет беременности, окружность—100 см, высота стояния дна матки — 32 см. Положение плода продольное, в области дна матки пальпируется ballotирующая крупная часть округлой формы. Предлежащая часть плода тоже крупная, неправильной формы, высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода выслушивается справа выше пупка, частота — 136 уд./мин, ясное, ритмичное. Схватки средней силы, продолжительностью 30—35 с через 5—6 мин. Размеры таза: 25—28—30—20 см. Воды не отходили, выделения мажущие, кровянистые.

При развернутой операционной очень бережно произведено влагалищное исследование и осмотр с помощью зеркал.

Данные влагалищного исследования. Во влагалище находятся сгустки крови. Слизистая оболочка влагалища и шейки матки без патологических изменений. Шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева на 3 см, перешеек полностью прикрыт толстой, губчатой тканью с шероховатой поверхностью, плодные оболочки не определяются. Мыс крестца не достигается. После влагалищного исследования кровотечение усилилось, **кровопотеря достигла 200 мл.**

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Причины, обуславливающие кровотечение при беременности и во время родов.
3. Какую опасность для матери представляет диагностированная патология ?

ЗАДАЧА 23

Роженица В., 34 лет, поступила в родильный дом с хорошей родовой деятельностью. Настоящая беременность третья, протекала без осложнений. Первые две беременности искусственно прерваны.

Объективно. При поступлении состояние удовлетворительное. Рост— 159 см, масса тела—64 кг. Температура тела—36,5 °С. Со стороны внутренних органов патологических отклонений не обнаружено. Отеков нет. Через 3 ч после поступления родился живой доношенный мальчик — масса 3000 г, рост — 50 см. Общее состояние родильницы удовлетворительное, моча выведена катетером. Под таз женщины подставлен специальный лоток для сбора и учета количества теряемой крови. Матка на один поперечный палец ниже пупка, почти шаровидной формы. Кровотечения нет. Через 10 мин

после рождения ребенка появилась схваткообразная боль по типу родовой. Одномоментно выделилось 400 мл крови, кровотечение продолжается. Общее состояние родильницы удовлетворительное, пульс — 80 в 1 мин, ритмичный, хорошего наполнения, АД — 120/70 мм рт. ст. Форма матки изменилась — уменьшилась в поперечнике, стала узкой, дно матки поднялось выше пупка, почти до правого подреберья, над лобком появилось выпячивание. Свисающая из влагалища пуповина опустилась ниже, как бы удлинилась примерно на 8—10 см. При надавливании ребром кисти на подчрестье пуповина не втягивается во влагалище. Кровотечение не прекращается, кровопотеря составляет около 450 мл.

Вопросы:

1. Диагноз. Клинические признаки, подтверждающие установленный диагноз.
2. Признаки отделения плаценты от стенок матки.
3. Лечение при задержавшейся в матке плаценте.

ЗАДАЧА 24

Роженица У., 33 лет, поступила в акушерскую клинику с активной родовой деятельностью. Роды в срок.

Данные анамнеза. Росла и развивалась здоровым ребенком, взрослой ничем не болела. Менструация с 13 лет, без отклонений от нормы. Половая жизнь с 20 лет. Имела 4 беременности, из которых первая закончилась нормальными родами, а 3 последующие — искусственным абортom без осложнений. Настоящая беременность пятая, протекала нормально, регулярно наблюдалась в женской консультации.

Объективно. Роженица правильного телосложения. Со стороны внутренних органов у нее отклонений от нормы не отмечается. Через два часа после поступления родился живой доношенный мальчик массой 4100 г.

Через 10 мин после рождения ребенка появились кровянистые выделения, кровопотеря составила 250 мл. Матка шаровидной формы, дно ее стоит на уровне пупка. Моча выведена катетером. При потуживании послед не выделился, кровопотеря достигла 300 мл. После выделения последа кровотечение не прекратилось, а усилилось. При осмотре с помощью влагалищных зеркал разрывов шейки матки и влагалища не установлено, промежность и клитор целые. При осмотре материнской поверхности плаценты при складывании надорвавшихся долек обнаружен участок размером 4X5 см, лишенный плацентарной ткани. Оболочки последа целые.

Женщина бледная, состояние ее удовлетворительное, АД — 110/60 мм рт. ст, пульс удовлетворительного наполнения, частота — 88 в 1 мин. Матка плотная, шаровидная, дно ее на один поперечный палец ниже пупка. Кровотечение продолжается, кровопотеря достигла 550 мл. Кровь свернулась в плотный сгусток.

Вопросы:

1. Диагноз. Клинические данные, подтверждающие диагноз.
3. Причины, вызывающие кровотечение после рождения последа. Дифференциальная диагностика.
4. Лечебная тактика при кровотечении в раннем послеродовом периоде.

ЗАДАЧА 25

Роженица В., 28 лет, доставлена машиной скорой помощи в родильное отделение в первом периоде родов с беременностью сроком 40 недель. Схватки слабые, через 10—12 мин, продолжительностью 25—30 с.

Данные влагалищного исследования. Шейка матки укорочена, раскрытие маточного зева на 2 см, плодного пузыря нет, подтекают воды, окрашенные меконием. Голова плода прижата ко входу в малый таз. После создания эстрогено-глюкозо-кальциево-витаминного фона проведена родостимуляция окситоцином. Через 10 ч от начала родостимуляции родилась девочка массой 3700 г, длиной 52 см, состояние которой равно 6—7 баллам по шкале Апгар. В послеродовом периоде началось гипотоническое маточное

кровотечение, в связи с чем произведено ручное отделение плаценты и выделение последа, массаж на кулаке. Кровопотеря при этом составила 800 мл. Несмотря на проведенный массаж и окситоцические препараты (внутримышечно введен метилэргомотрин), кровотечение продолжалось и через 10 мин после удаления последа составило 1800 мл. Несмотря на внутривенное вливание одногруппной крови, состояние больной резко ухудшилось. АД снизилось до 90/40 мм рт. ст., пульс нитевидный, кожа бледная, слизистая оболочка синюшная, родильница возбуждена, задыхается, покрыта холодным потом, гематокритное число менее 0,25 (25%), состояние декомпенсированного метаболического ацидоза.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Механизмы развития и стадии геморрагического шока.
3. Тактика лечения и профилактики геморрагического шока.

ЗАДАЧА 26

Повторнородящая З., 26 лет, переведена в родильное отделение из палаты патологии беременности с регулярными схватками, начавшимися 2 ч назад. Роды в срок. Женщина хочет иметь ребенка.

Данные анамнеза. В детстве росла в тяжелых материально-бытовых условиях, перенесла корь, рахит, скарлатину и краснуху, взрослой—грипп, аппендэктомия. Менструация началась с 15 лет, установилась сразу, продолжительностью 3 дня через 30 дней. Замужем с 23 лет, мужу 29 лет, здоров.

Настоящая беременность вторая, первая закончилась родами 2 года назад, которые длились около 2 суток. Родился мертвый мальчик массой 2750 г. Во время настоящей беременности чувствовала себя хорошо, регулярно посещала женскую консультацию. Перед родами заблаговременно госпитализирована в отделение патологии беременности, где была обследована. Патологических отклонений со стороны внутренних органов не обнаружено.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное, температура тела—36,6 °С. Телосложение правильное: рост—147 см, масса тела — 56 кг. Скелет без деформаций. АД на обеих руках 120/80 мм рт. ст, пульс ритмичный, 76 в 1 мин.

Живот в положении стоя остроконечный, окружность — 98 см, высота стояния дна матки над лобком—34 см. Положение плода продольное, предлежащая головка слегка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд./мин. Размеры таза: 23—26—28—16 см, индекс Соловьева — 14,5 см, ромб Михаэлиса измененной формы—верхний треугольник ромба очень низкий, верхний угол тупой. Ориентировочная масса плода 3330 г. Схватки регулярные, продолжительностью 20—25 с через 8—10 мин. Воды не отходили.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты нормально, влагалище рожавшей женщины. Шейка матки сглажена, открытие маточного зева 2 см. Плодный пузырь цел, предлежащая головка плода прижата ко входу в малый таз. Швы и роднички из-за небольшого раскрытия шейки матки не пальпируются. Мыс крестца достигается, диагональная конъюгата — 9 см, истинная — 7 см.

Вопросы:

1. Диагноз. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Условия для проведения кесарева сечения.

ЗАДАЧА 27

Первородящая Н., 25 лет, находится в родовом блоке. Роды срочные, продолжаются 18 ч.

Объективно. Головка плода прижата ко входу в малый таз, сердцебиение из ясного, ритмичного стало редким, до 60 уд./мин во время схватки, вне схватки до 120 уд./мин, аритмичным, приглушенным.

Данные влагалищного исследования. При влагалищном исследовании, произведенном 2 ч назад, установлено, что шейка матки сглажена, открытие на 2 см. Излились светлые околоплодные воды.

Вопросы:

1. Диагноз. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
2. Причины развившегося осложнения.
3. Тактика врача.

ЗАДАЧА 28

Роженица Б., 35 лет, первородящая. Поступила в родильный дом с нерегулярными схватками. Воды отошли 3 часа назад. Беременность доношенная. Плод средних размеров, головка над входом в малый таз, сердцебиение ритмичное, ясное, частота 136 уд./мин.

Данные влагалищного исследования. При влагалищном исследовании установлено: шейка матки длиной 1,5 см, плотноватая, отклонена кзади, с трудом пропускает палец. Мыс крестца недостижим. Плодного пузыря нет. Головка плода находится над входом в малый таз.

Вопросы:

1. Диагноз. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
2. Тактика врача,
3. Перечислите известные Вам показания к кесареву сечению.

ЗАДАЧА 29

Повторнобеременная Н., 30 лет, поступила в родильное отделение с беременностью сроком 38—39 недель.

Данные анамнеза. Первые роды 3 года назад закончились кесаревым сечением из-за клинического несоответствия (масса плода—4500 г) между размерами таза матери и подлежащей части плода (головки). Послеоперационный период протекал с лихорадкой, рана живота зажила вторичным натяжением.

Объективно. Положение плода продольное, головное предлежание. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд./мин, слева, ниже пупка. Головка плода прижата ко входу в малый таз. При пальпации матки область рубца болезненна, имеется выпячивание по ходу рубца. Размеры таза нормальные. Околоплодные воды целые. Мыс крестца недостижим.

Вопросы:

1. Диагноз. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
2. Причины развившегося осложнения.
3. Тактика врача.

ЗАДАЧА 30

Повторнородящая Ю., 37 лет, находится в родовом блоке. Роды срочные, продолжаются 12 ч.

Объективно. Головка плода прижата ко входу в малый таз, сердцебиение из ясного, ритмичного стало редким, до 60 уд./мин во время схватки, вне схватки до 120 уд./мин, аритмичным, приглушенным

Данные влагалищного исследования. При влагалищном исследовании, произведенном 2 ч назад, установлено, что шейка матки сглажена, открытие на 3 см. Излились светлые околоплодные воды.

Вопросы:

1. Диагноз. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.

2. Какая ошибка допущена врачами при ведении этих родов?
3. Тактика врача.

10. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ И НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ ДОКУМЕНТЫ В СООТВЕТСВИИ 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 «Опорядке 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 (вышем учебном заведении)».
9. Приказа Рособрнадзора от 25.04.2008 № 885 «Об утверждении показателей деятельности и критериев государственной аккредитации высших учебных заведений».
10. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 г. № 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2020 г. № 60869).
11. Клинические рекомендации «Доброкачественная дисплазия молочной железы». Москва, 2020 г.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА ОСНОВНАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ Минздрава России от 20.10.2020 N 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология (за исключением вспомогательных репродуктивных технологий)». - Москва, 2020. - 805 с..
2. Национальные медицинские критерии приемлемости методов контрацепции. Адаптированный документ «Медицинские критерии приемлемости использования методов контрацепции ВОЗ, 5 издание, 2015». - Москва 2023. - 272 с.
3. Руководство по контрацепции / под ред. В.Н.Прилепской – 4-е 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: «МЕДпресс-информ», 2017. – 464 с. : ил. ISBN 978-5-00030-504-1 2017
4. Гинекология : национальное руководство / под редакцией Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В.Н. Серова, И. Б. Манухина, В. Е. Радзинского. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 1048 с. – ISBN 978-5-9704-4889-2. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448892.html>. – Текст: электронный.
Гинекология / под редакцией Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова [и др.]. – Москва:ГЭОТАР-Медиа,2017 – 108 с. - ISBN 978-5-9704-4152-7. - URL:
5. Гинекологическая эндокринология, клинические лекции / под редакцией И.Б. Манухина, Л.Г. Тумилович Л.Г., М.А. Геворкян, Е.И. Манухиной - 4-е 2-е изд., перераб. и доп. - Москва., ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 304 с. – ISBN 978-5-9704-5821-1
6. Шмидт, А. А. Клинические протоколы (гинекология) / А. А. Шмидт, А. А. Безменко, Д. И. Гайворонских. – 3-е изд. доп. – Санкт-Петербург : СпецЛит, 2019. – 160 с. – ISBN 9785299010169. – URL: <https://www.books-up.ru/ru/book/klinicheskie-protokoly-ginekologiya-9087816/>. – Текст : электронный.

МЕДИЦИНСКИЕ РЕСУРСЫ ИНТЕРНЕТА

1. <http://www.rlsnet.ru> Справочник лекарств и товаров аптечного ассортимента
2. <http://www.vidal.ru> Справочник лекарственных средств
3. <http://med-lib.ru> Большая медицинская библиотека
4. <http://rsra.rusanesth.com> Русское общество регионарной анестезии
5. <http://www.univadis.ru> Информационно-образовательный портал для врачей
6. Научная электронная библиотека e-library.ru (<http://elibrary.ru/titles.asp>)
7. Электронно-библиотечная система "Консультант врача" - <http://www.rosmedlib.ru/>
8. Электронно-библиотечная система «Book-up» - <http://www.books-up.ru/>
9. Электронно-библиотечная система издательства «Лань» - <http://www.e.lanbook.com/>
10. Электронная библиотека ВГМУ им. Н.Н. Бурденко –<http://www.lib.vrngmu.ru/>
11. Образовательная он-лайн программа «**cervix uteri**»: <http://www.cervix-uteri.ru/>
12. Интернет-сайты, рекомендованные для непрерывного медицинского образования:
Портал непрерывного и медицинского образования врачей <https://edu.rosminzdrav.ru/>
Координационный совет по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования: <http://www.sovetnmo.ru/>
Всероссийская Образовательная Интернет-Программа для Врачей: <http://internist.ru/>
Международный медицинский портал для врачей: <http://www.univadis.ru/>

Медицинский видеопортал: <http://www.med-edu.ru/>

Медицинский информационно-образовательный портал для врачей <https://mirvracha.ru/>

Программное обеспечение-общесистемное и прикладное программное обеспечение 1. Microsoft Windows 7 2. Microsoft Office 2013 3. Kaspersky Endpoint Security 10 6.3 Базы данных, информационно-справочные и поисковые системы - Интернетресурсы, отвечающие тематике дисциплины 1. Электронно-библиотечная система IPRbooks <http://www.iprbookshop.ru> 2. Электронно-библиотечная система «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru> 3. Электронная медицинская библиотека "Консультант врача" <http://www.rosmedlib.ru/> 4. Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU <http://elibrary.ru> 5. Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) <http://feml.scsml.rssi.ru/feml> 6. Русский медицинский журнал <http://www.rmj.ru/i.htm> ДПП ПК Заболевания молочной железы в практике акушера-гинеколога 36 часов 7. Электронная библиотека MedLib <http://www.medlib.ws> 8. Всемирная организация здравоохранения <http://www.who.int/en/> 9. Внутренняя электронно-библиотечная система (ВЭБС) ОпГМУ. <http://lib.orgma.ru/jirbis2/elektronnyj-katalog> 10. Реферативная и наукометрическая база данных Scopus <http://www.scopus.com/>