

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СЕВЕРО-КАВКАЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АКАДЕМИЯ»



УТВЕРЖДАЮ

И.о. проректора по учебной работе

Т.Ю. Нагорная

2024 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

Акушерство и гинекология

Уровень образовательной программы ординатура

Специальность 31.08.01 Акушерство и гинекология

Квалификация Врач – акушер-гинеколог

Нормативный срок обучения 2 года

Формы обучения очная

Институт Медицинский

Кафедра разработчик РПД Хирургические болезни

Выпускающая кафедра Хирургические болезни

Начальник
учебно-методического отдела

Семенова Л.У.

Директор Института

Узденов М.Б.

Заведующий выпускающей кафедрой

Узденов М.А.

Черкесск 2024

СОДЕРЖАНИЕ

1. Цель и задачи освоения дисциплины	3
2. Планируемые результаты обучения по дисциплине	3
3. Место дисциплины в структуре ОП ВО программы ординатуры	7
4. Структура и содержание дисциплины.....	8
4.1. Объем дисциплины и виды учебной работы.....	8
4.2. Содержание и структура дисциплины	8
4.3. Самостоятельная работа обучающихся	52
5. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине	57
6. Образовательные технологии.....	63
7. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины	63
7.1. Перечень основной и дополнительной литературы	63
7.2. Периодические (специализированные) издания.....	64
7.3. Интернет-ресурсы, справочные системы	64
7.4. Информационные технологии, лицензионное программное обеспечение	64
8. Материально-техническое и программное обеспечение дисциплины.....	64
8.1. Требования к аудиториям (помещениям, местам) для проведения занятий.....	64
8.2. Требования к оборудованию рабочих мест преподавателя и обучающихся	67
8.3. Требования к специализированному оборудованию	67
9. Особенности реализации дисциплины для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья	67
10. Оценка качества освоения программы	67

Приложение 1. Фонд оценочных средств

Приложение 2. Аннотация рабочей программы

1. Цель и задачи освоения дисциплины

Цель освоения дисциплины «Акушерство и гинекология» основной профессиональной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности «Акушерство и гинекология» - подготовка квалифицированного врача – специалиста врача-акушера-гинеколога, обладающего системой универсальных, профессиональных, и общепрофессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности по акушерству и гинекологии.

Задачи дисциплины:

Задачи освоения дисциплины «Акушерство и гинекология» основной профессиональной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология:

1. Сформировать объём базовых, фундаментальных медицинских знаний, умений, навыков, формирующих профессиональные компетенции врача – акушера-гинеколога с целью самостоятельного ведения больных и способного успешно решать свои профессиональные задачи.
2. Сформировать умения в освоении новейших прогрессивных технологий и методик в сфере профессиональных интересов по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология.
3. Подготовить врача – специалиста к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности в области акушерства и гинекологии.

2. Планируемые результаты обучения по дисциплине

Изучение дисциплины «Акушерство и гинекология» направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК), профессиональных (ПК), и общепрофессиональных (ОПК) компетенций.

Код компетенции	Содержание компетенции	Индикаторы достижений компетенций:	Оценочные средства
УК-1	Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	тестовые задания, ситуационные клинические задачи, темы докладов, контрольные вопросы
		УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	
ОПК-4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями	
		ОПК 4.2 Направляет пациентов на лабораторные и инструментальные обследования	
ОПК-5	Способен назначать	ОПК-5.1 Назначает лечение	

	лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	пациентам при заболеваниях и (или) состояниях ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения
ОПК-6	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	ОПК-6.1 Назначает мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях
		ОПК-6.2 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях
ОПК-7	Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ОПК-7.1 Направляет пациентов на медицинскую экспертизу
		ОПК-7.2 Организует, контролирует и проводит медицинскую экспертизу
ОПК-8	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	ОПК-8.1 Проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
		ОПК-8.2 Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением
ОПК-9	Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	ОПК-9.1 Проводит анализ медико-статистической информации
		ОПК-9.2 Ведет медицинскую документацию и организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

ОПК-10	Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	<p>ОПК-10.1 Оценивает состояния пациентов</p> <p>ОПК-10.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p>	
ПК-1	Способен к оказанию медицинской помощи населению по профилю "акушерство и гинекология" в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара	<p>ПК-1.1 Проводит медицинское обследование пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара</p> <p>ПК-1.2 Назначает и проводит лечение пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контролирует его эффективность и безопасность в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара</p> <p>ПК-1.3 Проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара</p> <p>ПК-1.4 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по</p>	

		<p>профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно- гигиеническому просвещению среди женщин в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара</p> <p>ПК-1.5 Проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара</p> <p>ПК-1.6 Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме</p>	
ПК-2	<p>Способен к оказанию медицинской помощи населению по профилю "акушерство и гинекология" в стационарных условиях</p>	<p>ПК-2.1 Проводит медицинское обследование пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях</p> <p>ПК-2.2 Назначает и проводит лечение пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контролирует его эффективность и безопасность в стационарных условиях</p> <p>ПК-2.3 Проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с</p>	

		<p>гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях</p> <p>ПК-2.4 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению среди женщин в стационарных условиях</p> <p>ПК-2.5 Проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях</p> <p>ПК-2.6 Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме</p>	
ПК-3	Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	ПК-2.1 Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа	
		ПК-2.2 Организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	

3. Место дисциплины в структуре ОП ВО программы ординатуры

Дисциплина «Акушерство и гинекология» изучается в 1 и 3 семестрах и входит в базовую часть Блока 1. Дисциплины (модули).

В таблице приведены предшествующие и последующие дисциплины, направленные на формирование компетенций дисциплины в соответствии с матрицей компетенций ОП.

Предшествующие и последующие дисциплины, направленные на формирование компетенций

№ п/п	Предшествующие дисциплины	Последующие дисциплины
-------	---------------------------	------------------------

1.	Дисциплины, изученные по программам специалитета.	Производственная (клиническая) практика (4 семестр, обязательная часть)
2.		Акушерство и гинекология (3 семестр, обязательная часть)
3.		Производственная практика - научно-исследовательская работа (4 семестр, часть, формируемая участниками образовательных отношений)
4.		«Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена» (4 семестр, обязательная часть).

4. Структура и содержание дисциплины

4.1. Объем дисциплины и виды учебной работы

Вид учебных занятий и самостоятельная работа	Объем дисциплины, час.			
	Всего час, /з.ед.	Семестр 1	Семестр 3	
Аудиторная контактная работа обучающихся с преподавателем, в том числе:	492	246	246	
Лекции (Л)	28	14	14	
Практические занятия (ПЗ), Семинары (С)	464	232	232	
Лабораторные работы (ЛР)	-	-	-	
Самостоятельная работа обучающихся (СР) всего	534	249	285	
<i>Самостоятельное изучение материала. Работа с книжными и электронными источниками</i>	138	63	75	
<i>Подготовка к практическим занятиям (ППЗ)</i>	132	62	70	
<i>Подготовка к текущему контролю (ПТК)</i>	132	62	70	
<i>Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)</i>	132	62	70	
В том числе: контактная внеаудиторная работа	4	2	2	
Контроль (экзамен)	18	9	9	
Промежуточная аттестация	Экзамен	Экзамен	Экзамен	
ИТОГО: Общая трудоемкость	Часов	1044	504	540
	зач. ед.	29	14	15

4.2. Содержание и структура дисциплины

4.2.1. Содержание дисциплины

Наименование разделов:			
.			
Семестр 1			
№ п/п	Содержание разделов	Коды компетенций	Формы контроля

<p>Раздел 1. Акушерство Тема 1. Общие вопросы организации акушерско-гинекологической помощи Основные методы обследования в акушерстве Предгравидарная подготовка</p>	<p>Принципы организации акушерско-гинекологической помощи. Основные задачи современного акушерства. Амбулаторно-гинекологическая помощь. Принципы организации стационарной акушерской помощи. Структура акушерского стационара. Методы обследования в акушерстве и гинекологии. Сбор общего и специального акушерско-гинекологического анамнеза. Основные и дополнительные методы диагностика. Диагностика ранних и поздних сроков беременности. Перинатальный скрининг, задачи, сроки проведения. Осмотр пациенток. План ведения беременности и родов. Оформление медицинской документации. Планирование беременности. Предгравидарная подготовка, ее задачи и место в профилактике акушерских и перинатальных осложнений. Группы риска беременности. Особенности ведения беременности в женской консультации среднего и высокого риска.</p>	<p>УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-8 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-3</p>	<p>тестовые задания, ситуационные клинические задачи, доклады, контрольные вопросы</p>
<p>Тема 2. Физиология беременности Таз с акушерской точки зрения. Плод как объект родов.</p>	<p>Нормальная беременность. Ведение беременности в женской консультации. Основные и дополнительные методы диагностика. Жалобы, характерные для нормальной беременности. Физиологические изменения в органах и системах во время нормальной беременности. Нормальная анатомия органов малого таза. Топографическая анатомии наружных и внутренних половых органов, костей таза, мышц, связок, кровеносной, венозной и лимфатической систем.</p>	<p>УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-8 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-3</p>	<p>тестовые задания, ситуационные клинические задачи, доклады, контрольные вопросы</p>

	<p>Плоскости таза, границы и размеры плоскостей таза.</p> <p>Плод как объект родов: швы и роднички головки, размеры головки и туловища плода.</p> <p>Оценка функционального состояния плода во время беременности и в родах.</p> <p>Биомеханизм родов. Моменты биомеханизма родов при затылочных предлежаниях.</p>		
<p>Тема 3. Биомеханизм родов при затылочных предлежаниях.</p> <p>Биомеханизм родов при разгибательных вставлениях головки, асинклитизм</p>	<p>Биомеханизм родов. Моменты биомеханизма родов при разгибательных предлежаниях.</p> <p>Асинклитические вставления головки. Диагностика.</p> <p>Особенности течения родов.</p> <p>Высокое прямое стояние головки и низкое поперечное стояние головки.</p>	<p>УК-1</p> <p>ОПК-4</p> <p>ОПК-5</p> <p>ОПК-7</p> <p>ОПК-8</p> <p>ОПК-10</p> <p>ПК-1</p> <p>ПК-2</p> <p>ПК-3</p>	<p>тестовые задания,</p> <p>ситуационные клинические задачи,</p> <p>доклады,</p> <p>контрольные вопросы</p>
<p>Тема 4. Клиническое течение и ведение родов.</p> <p>Аномалии родовой деятельности.</p>	<p>Причины наступления родов.</p> <p>Периоды родов. Определение нормальных родов. Основные принципы ведения физиологических родов. Роль врача и акушерки в каждом периоде родов. Определение и классификация аномалий родовой деятельности.</p> <p>Факторы риска развития аномалий родовой деятельности. Принципы ведения родов – лечение аномалий родовой деятельности. Показания для индукции родов, родостимуляции, оперативному родоразрешению путем операции кесарева сечения, вакуум-экстракции аппаратом KIWI при аномалиях родовой деятельности.</p>	<p>УК-1</p> <p>ОПК-4</p> <p>ОПК-5</p> <p>ОПК-7</p> <p>ОПК-8</p> <p>ОПК-10</p> <p>ПК-1</p> <p>ПК-2</p> <p>ПК-3</p>	<p>тестовые задания,</p> <p>ситуационные клинические задачи,</p> <p>доклады,</p> <p>контрольные вопросы</p>
<p>Тема 5. Тазовые предлежания.</p> <p>Узкий таз.</p> <p>Клинический узкий таз.</p>	<p>Диагностика, тактика ведения и принципы родоразрешения с учетом перинатального риска.</p> <p>Причины тазового предлежания. Классификация.</p> <p>Методы диагностики.</p> <p>Особенности</p>	<p>УК-1</p> <p>ОПК-4</p> <p>ОПК-5</p> <p>ОПК-7</p> <p>ОПК-8</p> <p>ОПК-10</p> <p>ПК-1</p> <p>ПК-2</p>	<p>тестовые задания,</p> <p>ситуационные клинические задачи,</p> <p>доклады,</p> <p>контрольные вопросы</p>

	<p>родоразрешения. Осложнения беременности и родов.</p> <p>Принципы ведения беременности и родов.</p> <p>Ручные пособия при тазовых приращениях.</p> <p>Определение анатомически узкого таза. Классификация анатомически узкого таза.</p> <p>Диагностика. Особенности биомеханизма родов при различных формах сужения таза. Определение клинически узкого таза. Диагностика и клиника клинически узкого таза. Осложнения. Принципы родоразрешения при узких тазах. Показания для операции кесарева сечения.</p>	ПК-3	
<p>Тема 6. Клиника, диагностика, родоразрешение. Невынашивание беременности. Преждевременные роды.</p>	<p>Определение невынашивания беременности. Причины.</p> <p>Методы диагностики и лечения. Особенности родоразрешения.</p> <p>Профилактические меры.</p> <p>Преждевременные роды: классификация, этиология, клиника, акушерская тактика в зависимости от срока гестации. Схемы токолиза.</p> <p>Тактика при ПРПО.</p> <p>Профилактика преждевременных родов и невынашивания беременности.</p>	<p>УК-1</p> <p>ОПК-4</p> <p>ОПК-5</p> <p>ОПК-7</p> <p>ОПК-8</p> <p>ОПК-10</p> <p>ПК-1</p> <p>ПК-2</p> <p>ПК-3</p>	<p>тестовые задания, ситуационные клинические задачи, доклады, контрольные вопросы</p>
<p>Тема 7. Акушерские кровотечения: кровотечения во время беременности и родов</p> <p>Кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах.</p> <p>Геморрагический шок.</p>	<p>Акушерские кровотечения во время беременности.</p> <p>Причины, клиника, диагностика и акушерская тактика. Принципы инфузионной терапии.</p> <p>Кровотечение во время родов: причины, клиника, диагностика, акушерская тактика. Дифференциальная диагностика.</p> <p>Геморрагический шок.</p> <p>Принципы инфузионной терапии.</p> <p>Акушерские кровотечения в послеродовом периоде.</p> <p>Причины, клиника,</p>	<p>УК-1</p> <p>ОПК-4</p> <p>ОПК-5</p> <p>ОПК-7</p> <p>ОПК-8</p> <p>ОПК-10</p> <p>ПК-1</p> <p>ПК-2</p> <p>ПК-3</p>	<p>тестовые задания, ситуационные клинические задачи, доклады, контрольные вопросы</p>

	<p>диагностика. Патология последового периода: клиника, методы диагностики, акушерская тактика.</p> <p>Кровотечения в раннем послеродовом периоде: причины, группы риска, клиника, диагностика.</p> <p>Геморрагический шок: классификация, клиника, лечение. Алгоритм акушерской тактики при акушерском кровотечении.</p>		
<p>Тема 8. Принципы инфузионной терапии</p> <p>Перинатальная охрана плода и новорожденного.</p> <p>Влияние вредных факторов на плод</p>	<p>Принципы инфузионной терапии. Органосохраняющие операции при гипотоническом кровотечении в современном акушерстве.</p> <p>Аутогемотрансфузия в лечении акушерских кровотечений. Профилактика акушерских кровотечений.</p> <p>Оказание неотложной помощи при кровотечениях.</p> <p>Перинатальное акушерство.</p> <p>Перинатальный период.</p> <p>Показатели перинатальной заболеваемости и смертности.</p> <p>Структура перинатальной смертности. Современные возможности снижения показателей. Оценка функционального состояния плода. Диагностика патологии, пороков развития плода. Акушерская тактика при пороках развития плода.</p> <p>Перинатальный скрининг: цели и сроки проведения.</p>	<p>УК-1</p> <p>ОПК-4</p> <p>ОПК-5</p> <p>ОПК-7</p> <p>ОПК-8</p> <p>ОПК-10</p> <p>ПК-1</p> <p>ПК-2</p> <p>ПК-3</p>	<p>тестовые задания, ситуационные клинические задачи, доклады, контрольные вопросы</p>
<p>Тема 9.</p> <p>Врожденные аномалии плода</p> <p>Хромосомная патология плода</p>	<p>Причины развития врожденных аномалий плода.</p> <p>Риски развития врожденных пороков плода.</p> <p>Классификация. Методы диагностики. Акушерская тактика. Цели и сроки перинатальных скринингов.</p> <p>Оценка функционального состояния плода.</p> <p>Перинатальный период.</p> <p>Определение хромосомной аномалии. Риски развития</p>	<p>УК-1</p> <p>ОПК-4</p> <p>ОПК-5</p> <p>ОПК-7</p> <p>ОПК-8</p> <p>ОПК-10</p> <p>ПК-1</p> <p>ПК-2</p> <p>ПК-3</p>	<p>тестовые задания, ситуационные клинические задачи, доклады, контрольные вопросы</p>

	<p>хромосомной аномалии. Классификация и методы диагностики. Акушерская тактика. Цели и сроки перинатальных скринингов. Оценка функционального состояния плода. Перинатальный период.</p>		
<p>Тема 10. Дистресс плода. Асфиксия новорожденного. Помощь новорожденному в родильном зале</p>	<p>Дистресс плода: определение, диагностика дистресса плода во время беременности и в родах. Методы оценки функционального состояния плода, интерпретация. Акушерская тактика при дистрессе плода. Оценка новорожденных по шкале Апгар. Асфиксия новорожденных: классификация, клиника средней и тяжелой асфиксии, реанимационные мероприятия в родзале. Методы снижения перинатальной заболеваемости и смертности в перинатальном акушерстве.</p>	<p>УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-8 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-3</p>	<p>тестовые задания, ситуационные клинические задачи, доклады, контрольные вопросы</p>
<p>Тема 11. Гипертензивные состояния у беременных. Преэклампсия Атипичный гемолитико – уремический синдром (аГУС). Тромботическая Тромбоцитопеническая Пурпура (ТТП) Плацентарная недостаточность. ЗРП</p>	<p>Преэклампсия. Классификация. Хроническая и гестационная артериальная гипертензия. Диагностика, принципы ведения и родоразрешения беременных с преэклампсией. Клинико-лабораторные критерии тяжелой преэклампсии. Критические формы преэклампсии, акушерская тактика, особенности анестезиологического пособия при преэклампсии. Оказание неотложной помощи. Атипичный гемолитико-уремический синдром (аHUS). Определение, симптоматика, диагностика. Клинико-лабораторные показатели. Особенности ведения беременности и родов при атипичном гемолитико-уремическом синдроме. Тромботическая</p>	<p>УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-8 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-3</p>	<p>тестовые задания, ситуационные клинические задачи, доклады, контрольные вопросы</p>

	<p>тромбоцитопеническая пурпура. Определение, симптоматика, диагностика. Клинико-лабораторные показатели. Особенности ведения беременности и родов при атипичном гемолитико-уремическом синдроме. Плацентарная недостаточность: понятие, клиника, диагностика, акушерская тактика при плацентарной недостаточности. Оценка функционального состояния плода как маркер времени и метода родоразрешения.</p>		
<p>Тема 12. Многоплодная беременность</p>	<p>Многоплодная беременность: типы хориальности, формирование многоплодной беременности, диагностика, осложнения беременности, особенности ведение беременности. Показания для родоразрешения путем операции кесарева сечения при многоплодии, принципы ведения родов через естественные родовые пути, осложнения родов.</p>	<p>УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-8 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-3</p>	<p>тестовые задания, ситуационные клинические задачи, доклады, контрольные вопросы</p>
<p>Тема 13. Физиология и патология послеродового периода. Сепсис Экстрагенитальная патология и беременность: сахарный диабет, патология щитовидной железы, патология сердца, патология почек</p>	<p>Физиологическое течение послеродового периода. Инволюция половых органов. Лактация. Невоспалительные осложнения послеродового периода: субинволюция матки, лактостаз. Акушерская тактика. Воспалительные осложнения послеродового периода, классификация, клиника, диагностика. Принципы лечения. Акушерский перитонит: клиника, диагностика, лечение. Сепсис. Септический шок. Принципы лечения. Оказание неотложной помощи. Экстрагенитальная патология: определение, классификация, осложнения, принципы</p>	<p>УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-8 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-3</p>	<p>тестовые задания, ситуационные клинические задачи, доклады, контрольные вопросы</p>

	<p>ведения беременности и родов. Противопоказания для планирования и вынашивания беременности. Патология щитовидной железы: осложнения беременности, показания и коррекция медикаментозной коррекции. Патология сердца: осложнения, принципы ведения беременности и родов. Противопоказания для планирования и вынашивания беременности. Патология мочевыделительной системы: осложнения, принципы ведения беременности и родов. Противопоказания для планирования и вынашивания беременности.</p>		
<p>Тема 14. Резус-сенсibilизация Хирургия плода Гинекологические заболевания и беременность «Острый живот» в акушерстве</p>	<p>Диагностика, факторы риска, тактика ведения беременности и принципы родоразрешения. Резус-конфликтная беременность: определение, классификация, причины, диагностика. Профилактика и методы лечения. Сроки проведения специфической профилактики резус-сенсibilизации. Снижение перинатальной заболеваемости и смертности при резус-конflikте. Особенности ведения беременности и сроки родоразрешения при резус-конфликтной беременности. Фетальная хирургия: определение, показания, риски. Типы доступов. Открытая хирургия плода. Фетоскопическая хирургия. Миома матки: этиология и патогенез миомы матки, клиника и диагностика. Классификация. Дифференциальный диагноз. Особенности клинического течения заболевания в</p>	<p>УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-8 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-3</p>	<p>тестовые задания, ситуационные клинические задачи, доклады, контрольные вопросы</p>

	<p>зависимости от расположения узлов. Показания к различным видам лечения. Оказание неотложной помощи при миоме матки.</p> <p>Причины «острого живота» в практике акушера.</p> <p>Особенности клинического течения, трудности в диагностике, осложнения беременности. Тактика при клинике «острого живота» во время беременности, родов, послеродовом периоде.</p> <p>Особенности хирургического лечения во время беременности.</p>		
Семестр 3			
<p>Раздел 2 Гинекология Тема 15. Современные методы диагностики в гинекологической практике. Лапароскопия и гистероскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний.</p>	<p>Основные и дополнительные методы диагностики в гинекологии. Сроки их проведения в зависимости от фазы менструального цикла. Подготовка к дополнительным методам диагностики.</p> <p>Диспансерное наблюдение в гинекологической практике.</p> <p>Значение профилактических осмотров в снижении онкогинекологической заболеваемости и смертности.</p> <p>Диагностика гинекологических заболеваний.</p>	<p>УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-8 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-3</p>	<p>тестовые задания, ситуационные клинические задачи, доклады, контрольные вопросы</p>
<p>Тема 16. Современные представления о физиологии и нарушении менструального цикла Аномальные маточные кровотечения. Классификация по PALM- COEIN</p>	<p>Менструальный цикл и уровни его регуляции. Роль центральной нервной системы в регуляции менструального цикла. Изменения в гипоталамо-гипофизарной системе, яичниках, матке во время менструального цикла. Роль щитовидной железы и надпочечников в регуляции менструального цикла.</p> <p>Принципы обратной связи регуляции менструальной функции.</p> <p>Тесты функциональной диагностики, характеристики</p>	<p>УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-8 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-3</p>	

	<p>нормального менструального цикла. Классификация нарушений менструального цикла: аномальные маточные кровотечения, гипоменструальный синдром, предменструальный синдром. Аномальные маточные кровотечения в разные возрастные периоды жизни женщины. Особенности течения заболевания, методы остановки кровотечения, тактика ведения больных. Алгоритм диагностических и лечебных мероприятий. Оказание неотложной помощи. Основные причины маточных кровотечений в различные возрастные периоды по классификации PALM-SOEFIN. Алгоритм обследования пациенток с нарушениями менструального цикла. Значение УЗИ, гидросонографии, гистероскопии, раздельного диагностического выскабливания, биопсии для дифференциальной диагностики заболеваний. Консервативные методы лечения АМК.</p>		
<p>Тема 17. Нейроэндокринные синдромы Воспалительные заболевания женских половых органов</p>	<p>Классификация гипоменструального синдрома в зависимости от уровня и вида поражения. Принципы обследования и терапии. Формы аменореи. Значение генетических нарушений в генезе первичной аменореи. Дисгенезия гонад, тестикулярная феминизация. Принципы обследования и терапии больных с различными эндокринными синдромами. Дополнительные методы обследования. Неспецифические</p>	<p>УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-8 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-3</p>	

	<p>воспалительные процессы наружных и внутренних половых органов. Этиология, патогенез, методы лечения. Особенности течения заболеваний на фоне применения внутриматочных контрацептивов. Комплексное лечение пациентов с острыми воспалительными заболеваниями внутренних половых органов.</p> <p>Микробиоценоз влагалища в норме и при патологии, барьерные механизмы в женских половых органах.</p> <p>Классификация воспалительных заболеваний в зависимости от локализации и течения процесса.</p> <p>Этиология воспалительных заболеваний гениталий.</p> <p>Понятие об инфекциях, передающихся половым путем. Основные вопросы патогенеза воспалительных заболеваний. Клиническая картина. Методы диагностики и лечения. Дифференциальная диагностика. Значение лапароскопии в диагностике и лечении воспалительных заболеваний придатков матки.</p> <p>Тактика ведения больных с пельвиоперитонитом, перитонитом. Показания к оперативному лечению воспалительных заболеваний придатков матки. Объем оперативного вмешательства.</p> <p>Рациональная антибиотикотерапия.</p> <p>Специфические воспалительные заболевания женских половых органов.</p> <p>Эпидемиология, клиника, диагностика, терапия и профилактика. Заболевания, передающиеся половым путем.</p>		
--	---	--	--

<p>Тема 18. Планирование семьи. Методы контрацепции Бесплодный брак. Вспомогательные репродуктивные технологии</p>	<p>Планирование семьи. Современные методы контрацепции. Принципы консультирования супружеских пар, генетическое консультирование. Классификация методов контрацепции. Внутриматочная, гормональная контрацепция. Барьерные, ритмические, хирургические методы. Различные виды контрацептивов. Эффективность, преимущества, недостатки, показания и противопоказания к использованию, осложнения при использовании. Особенности применения контрацепции у подростков. Виды контрацепции. Особенности использования определенного вида контрацепции в зависимости от различных факторов. Противопоказания к использованию различных видов контрацепции. Осложнения при использовании гормональной и внутриматочной контрацепции, методы профилактики осложнений. Хирургическая контрацепция (мужская и женская стерилизация). Определение женского и мужского бесплодия. Основные причины бесплодия у женщин. Методика обследования больных с бесплодием, принципы и методы лечения. Роль эндоскопических методов в диагностике бесплодия у женщин. Алгоритм обследования бесплодной супружеской пары. Современные методы</p>	<p>УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-8 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-3</p>	
--	---	---	--

	<p>обследования супружеской пары. Роль определения гормонального профиля, эндоскопических методов в обследовании и лечении бесплодия. Беременность и репродуктивная функция после эмболизации маточных артерий, произведенной по поводу бесплодия при миоме матки. Диагностика и лечение мужского бесплодия. Спермограмма и сперматогенез (нормальные показатели и особенности исследования). Лечение олиго- и азооспермии. Вспомогательные репродуктивные технологии. Виды. Показания. Противопоказания.</p>		
<p>Тема 19. Миома матки Современные технологии в лечении миомы матки: ЭМА, гистерорезекция миоматозных узлов</p>	<p>Миома матки. Определение, этиология и патогенез миомы матки. Патологоанатомическая картина. Клиника, диагностика. Классификация. Дифференциальный диагноз. Особенности клинического течения заболевания в зависимости от расположения узлов. Осложнения. Причины кровотечений при миоме. Принципы консервативной терапии. Виды хирургического лечения. Показания к различным видам терапии. Эндоскопическая диагностика и лечение миомы матки. Показания к оперативному лечению миомы матки. Показания к лечению миомы матки методом эмболизации маточных артерий. Оказание неотложной помощи при миоме матки. Высокотехнологические, органосохраняющие, малоинвазивные операции при лечении миомы матки. Показания и</p>	<p>УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-8 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-3</p>	

	противопоказания к ЭМА и гистерорезекции миоматозных узлов. Ведение постэмболизационного периода, реабилитация.		
Тема 20. Эндометриоз. Аденомиоз Патология эндометрия. Гиперпластические процессы эндометрия	Эндометриоз. Этиология и патогенез эндометриoidных гетеротопий. Классификация. Клиническая картина генитального эндометриоза. Понятие о наружном эндометриозе. Клиника экстрагенитального эндометриоза. Методы диагностики, значение эндоскопии, дифференциальная диагностика. Принципы ведения больных с эндометриозом. Хирургические и консервативные методы лечения эндометриоза. Реабилитация больных. Классификация эндометриoidных гетеротопий. Патогенетические аспекты, клиническая картина. Роль эндометриоза в возникновении бесплодия. Принципы лечения и ведения больных различных возрастных групп с эндометриозом. Эндоскопическая диагностика и лечение аденомиоза. Значение эндоскопических методов диагностики. Методы лечения эндометриоза. Патология эндометрия: понятие о гиперпластических процессах эндометрия. Этиология и патогенез. Классификация. Понятие о предраке эндометрия. Классификация. Клиника, диагностика, прогноз. Значение гистероскопии в диагностике и лечении	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-8 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-3	

	<p>патологии эндометрии. Тактика ведения больных с гиперпластическими процессами эндометрия в зависимости от возраста, характера и распространения процесса.</p>		
<p>Тема 21. Патология вульвы Нарушение функции тазового дна. Опущение тазовых органов. Несостоятельность мышц тазового дна</p>	<p>Классификация патологии вульвы: доброкачественные и злокачественные заболевания наружных женских половых органов. Воспалительные процессы; ретенционные образования; доброкачественные опухоли; фоновые заболевания; предраковые состояния; злокачественные опухоли. Методы диагностики, этиология и патогенез. Тактика ведения и лечения. Реабилитация пациентов. Нарушение функции тазового дна: опущение половых органов, несостоятельность мышц тазового дна и недержание мочи. Анатомия и функции поддерживающего аппарата органов малого таза в норме и функция мочевого пузыря. Этиология и патогенез. Классификация. Показания к оперативному лечению опущения и выпадения матки. Виды оперативных вмешательств при опущении и выпадении матки. Анатомия тазового дна, регуляция органов малого таза, регуляция функции мочевого пузыря. Классификация нарушений функции мочевыделительной системы у женщин. Функциональные пробы, используемые в урогинекологии. Принципы консервативной терапии и показания к оперативному лечению. Виды оперативных вмешательств.</p>	<p>УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-8 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-3</p>	

Тема 22. Пороки развития половых органов	Аномалии развития половых органов. Понятие, клиника, диагностика, методы лечения. Классификация. Показания к оперативному лечению.	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-8 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-3	
Тема 23. Тромбоэмболические осложнения в акушерстве и гинекологии. Риски и профилактика ВТЭО	Беременность и послеродовой период. Риск развития тромбозов в послеродовом периоде. Профилактика, диагностика и лечение тромбоэмболических осложнений. Принципы ведения послеоперационного периода. Интерпретация гемостазиограммы, тромбоэластограммы.	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-8 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-3	
Тема 24. Заболевания молочных желез. Профилактические осмотры, диагностика заболеваний молочных желез.	Молочные железы. Анатомия, этиология и патогенез. Методы диагностики и лечения. Принципы онкологической настороженности. Показания к оперативному лечению.	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-8 ОПК-10 ПК-1 ПК-2	
Тема 25. Тактика врача акушера-гинеколога «Острый живот» в гинекологии	«Острый живот» в гинекологии. Классификация заболеваний, вызывающих картину «острого живота». Этиология. Особенности клинической картины. Современные методы диагностики, дифференциальная диагностика, лечение. Значение эндоскопических методов в диагностике и лечении заболеваний, сопровождающихся клинической картиной «острого живота».	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ОПК-8 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-3	

4.2.2. Разделы дисциплины, виды учебной деятельности и формы контроля

Номер семестра	Наименование раздела, темы	Виды занятий в часах					Формы текущей и промежуточной аттестации
		Лек.	Лаб.	Пр.	Ср.	Всего	

1	Раздел 1. Акушерство Тема 1. Общие вопросы организации акушерско-гинекологической помощи Основные методы обследования в акушерстве Предгравидарная подготовка	1		14	18	33	тестовые задания, ситуационные клинические задачи, доклады, контрольные вопросы
1	Тема 2. Физиология беременности Таз с акушерской точки зрения. Плод как объект родов.	1		16	18	35	
1	Тема 3. Биомеханизм родов при затылочных предлежаниях. Биомеханизм родов при разгибательных вставлениях головки, асинклитизм	1		16	18	35	
1	Тема 4. Клиническое течение и ведение родов. Аномалии родовой деятельности.	1		18	18	37	
1	Тема 5. Тазовые предлежания. Узкий таз. Клинический узкий таз.	1		16	18	35	
1	Тема 6. Клиника, диагностика, родоразрешение. Невынашивание беременности. Преждевременные роды.	1		18	18	37	
1	Тема 7. Акушерские кровотечения: кровотечения во время беременности и родов Кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах. Геморрагический шок.	1		18	18	37	
1	Тема 8. Принципы инфузионной терапии	1		18	18	37	

	Перинатальная охрана плода и новорожденного. Влияние вредных факторов на плод					
1	Тема 9. Врожденные аномалии плода Хромосомная патология плода	1		16	18	35
1	Тема 10. Дистресс плода. Асфиксия новорожденного. Помощь новорожденному в родильном зале	1		16	18	35
1	Тема 11. Гипертензивные состояния у беременных. Преэклампсия Атипичный гемолитико – уремический синдром (аГУС). Тромботическая Тромбоцитопеническая Пурпура (ТТП) Плацентарная недостаточность. ЗРП	1		18	18	37
1	Тема 12. Многоплодная беременность	1		16	18	35
1	Тема 13. Физиология и патология послеродового периода. Сепсис Экстрагенитальная патология и беременность: сахарный диабет, патология щитовидной железы, патология сердца, патология почек	1		16	16	33
1	Тема 14. Резус-сенсibilизация Хирургия плода Гинекологические заболевания и беременность «Острый живот» в	1		16	17	34

	акушерстве						
						9	экзамен
Итого за 1 семестр		14		232	249	504	
3	Раздел 2 Гинекология Тема 15. Современные методы диагностики в гинекологической практике. Лапароскопия и гистероскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний.	2		22	30	54	тестовые задания, ситуационные клинические задачи, доклады, контрольные вопросы
3	Тема 16. Современные представления о физиологии и нарушении менструального цикла Аномальные маточные кровотечения. Классификация по PALM- COEIN	1		20	30	51	
3	Тема 17. Нейроэндокринные синдромы Воспалительные заболевания женских половых органов	1		22	30	53	
3	Тема 18. Планирование семьи. Методы контрацепции Бесплодный брак. Вспомогательные репродуктивные технологии	2		22	26	50	
3	Тема 19. Миома матки Современные технологии в лечении миомы матки: ЭМА, гистерорезекция миоматозных узлов	1		20	26	47	
3	Тема 20. Эндометриоз. Аденомиоз Патология эндометрия. Гиперпластические процессы эндометрия	1		20	24	45	
3	Тема 21. Патология вульвы Нарушение функции тазового дна. Опушение тазовых	1		20	24	45	

	органов. Несостоятельность мышц тазового дна						
3	Тема 22. Пороки развития половых органов	1		20	24	45	
	Тема 23. Тромбоэмболические осложнения в акушерстве и гинекологии. Риски и профилактика ВТЭО	1		22	24	47	
	Тема 24. Заболевания молочных желез. Профилактические осмотры, диагностика заболеваний молочных желез.	2		22	24	48	
	Тема 25. Тактика врача акушера-гинеколога «Острый живот» в гинекологии	1		22	23	46	
						9	экзамен
Итого за 3 семестр		14		232	285	540	
Общий объем, часов		28		464	504	1044	

4.2.3. Лекционный курс

№ п/п	Наименование раздела (темы) лекционного занятия	Содержание лекционного занятия	Всего часов
1	3	4	5
Семестр 1			
1.	Раздел 1. Акушерство Тема 1. Общие вопросы организации акушерско- гинекологической помощи Основные методы обследования в акушерстве Предгравидарная подготовка	Принципы организации акушерско- гинекологической помощи. Основные задачи современного акушерства. Амбулаторно-гинекологическая помощь. Принципы организации стационарной акушерской помощи. Структура акушерского стационара. Методы обследования в акушерстве и гинекологии. Сбор общего и специального акушерско- гинекологического анамнеза. Основные и дополнительные методы диагностика. Диагностика ранних и поздних сроков беременности. Перинатальный скрининг, задачи, сроки проведения. Осмотр пациенток. План ведения беременности и родов.	1

№ п/п	Наименование раздела (темы) лекционного занятия	Содержание лекционного занятия	Всего часов
		<p>Оформление медицинской документации.</p> <p>Планирование беременности.</p> <p>Предгравидарная подготовка, ее задачи и место в профилактике акушерских и перинатальных осложнений. Группы риска беременности. Особенности ведения беременности в женской консультации среднего и высокого риска.</p>	
2	<p>Тема 2. Физиология беременности</p> <p>Таз с акушерской точки зрения. Плод как объект родов.</p>	<p>Нормальная беременность. Ведение беременности в женской консультации. Основные и дополнительные методы диагностика. Жалобы, характерные для нормальной беременности. Физиологические изменения в органах и системах во время нормальной беременности.</p> <p>Нормальная анатомия органов малого таза. Топографическая анатомии наружных и внутренних половых органов, костей таза, мышц, связок, кровеносной, венозной и лимфатической систем. Плоскости таза, границы и размеры плоскостей таза.</p> <p>Плод как объект родов: швы и роднички головки, размеры головки и туловища плода. Оценка функционального состояния плода во время беременности и в родах.</p> <p>Биомеханизм родов. Моменты биомеханизма родов при затылочных предлежаниях.</p>	1
3	<p>Тема 3. Биомеханизм родов при затылочных предлежаниях.</p> <p>Биомеханизм родов при разгибательных вставлениях головки, асинклитизм</p>	<p>Биомеханизм родов. Моменты биомеханизма родов при разгибательных предлежаниях.</p> <p>Асинклитические вставления головки.</p> <p>Диагностика. Особенности течения родов. Высокое прямое стояние головки и низкое поперечное стояние головки.</p>	1
4	<p>Тема 4. Клиническое течение и ведение родов.</p> <p>Аномалии родовой деятельности.</p>	<p>Причины наступления родов.</p> <p>Периоды родов. Определение нормальных родов. Основные принципы ведения физиологических родов. Роль врача и акушерки в каждом периоде родов. Определение и</p>	1

№ п/п	Наименование раздела (темы) лекционного занятия	Содержание лекционного занятия	Всего часов
		классификация аномалий родовой деятельности. Факторы риска развития аномалий родовой деятельности. Принципы ведения родов – лечение аномалий родовой деятельности. Показания для индукции родов, родостимуляции, оперативному родоразрешению путем операции кесарева сечения, вакуум-экстракции аппаратом KИWI при аномалиях родовой деятельности.	
5	Тема 5. Тазовые предлежания. Узкий таз. Клинический узкий таз.	Диагностика, тактика ведения и принципы родоразрешения с учетом перинатального риска. Причины тазового предлежания. Классификация. Методы диагностики. Особенности родоразрешения. Осложнения беременности и родов. Принципы ведения беременности и родов. Ручные пособия при тазовых предлежаниях. Определение анатомически узкого таза. Классификация анатомически узкого таза. Диагностика. Особенности биомеханизма родов при различных формах сужения таза. Определение клинически узкого таза. Диагностика и клиника клинически узкого таза. Осложнения. Принципы родоразрешения при узких тазах. Показания для операции кесарева сечения.	1
6	Тема 6. Клиника, диагностика, родоразрешение. Невынашивание беременности. Преждевременные роды.	Определение невынашивания беременности. Причины. Методы диагностики и лечения. Особенности родоразрешения. Профилактические меры. Преждевременные роды: классификация, этиология, клиника, акушерская тактика в зависимости от срока гестации. Схемы токолиза. Тактика при ПРПО. Профилактика преждевременных родов и невынашивания беременности.	1
7	Тема 7. Акушерские кровотечения: кровотечения во время беременности и родов Кровотечения в	Акушерские кровотечения во время беременности. Причины, клиника, диагностика и акушерская тактика. Принципы инфузионной терапии. Кровотечение во время родов:	1

№ п/п	Наименование раздела (темы) лекционного занятия	Содержание лекционного занятия	Всего часов
	<p>послеродовом и раннем послеродовом периодах. Геморрагический шок.</p>	<p>причины, клиника, диагностика, акушерская тактика. Дифференциальная диагностика. Геморрагический шок. Принципы инфузионной терапии. Акушерские кровотечения в последовом периоде. Причины, клиника, диагностика. Патология последового периода: клиника, методы диагностики, акушерская тактика. Кровотечения в раннем послеродовом периоде: причины, группы риска, клиника, диагностика. Геморрагический шок: классификация, клиника, лечение. Алгоритм акушерской тактики при акушерском кровотечении.</p>	
8	<p>Тема 8. Принципы инфузионной терапии Перинатальная охрана плода и новорожденного. Влияние вредных факторов на плод</p>	<p>Принципы инфузионной терапии. Органосохраняющие операции при гипотоническом кровотечении в современном акушерстве. Аутогемотрансфузия в лечении акушерских кровотечений. Профилактика акушерских кровотечений. Оказание неотложной помощи при кровотечениях. Перинатальное акушерство. Перинатальный период. Показатели перинатальной заболеваемости и смертности. Структура перинатальной смертности. Современные возможности снижения показателей. Оценка функционального состояния плода. Диагностика патологии, пороков развития плода. Акушерская тактика при пороках развития плода. Перинатальный скрининг: цели и сроки проведения.</p>	1
9	<p>Тема 9. Врожденные аномалии плода Хромосомная патология плода</p>	<p>Причины развития врожденных аномалий плода. Риски развития врожденных пороков плода. Классификация. Методы диагностики. Акушерская тактика. Цели и сроки перинатальных скринингов. Оценка функционального состояния плода. Перинатальный период. Определение хромосомной аномалии. Риски развития хромосомной</p>	1

№ п/п	Наименование раздела (темы) лекционного занятия	Содержание лекционного занятия	Всего часов
		аномалии. Классификация и методы диагностики. Акушерская тактика. Цели и сроки перинатальных скринингов. Оценка функционального состояния плода. Перинатальный период.	
10	Тема 10. Дистресс плода. Асфиксия новорожденного. Помощь новорожденному в родильном зале	Дистресс плода: определение, диагностика дистресса плода во время беременности и в родах. Методы оценки функционального состояния плода, интерпретация. Акушерская тактика при дистрессе плода. Оценка новорожденных по шкале Апгар. Асфиксия новорожденных: классификация, клиника средней и тяжелой асфиксии, реанимационные мероприятия в родзале. Методы снижения перинатальной заболеваемости и смертности в перинатальном акушерстве.	1
11	Тема 11. Гипертензивные состояния у беременных. Преэклампсия Атипичный гемолитико – уремический синдром (аГУС). Тромботическая Тромбоцитопеническая Пурпура (ТТП) Плацентарная недостаточность. ЗРП	Преэклампсия. Классификация. Хроническая и гестационная артериальная гипертензия. Диагностика, принципы ведения и родоразрешения беременных с преэклампсией. Клинико-лабораторные критерии тяжелой преэклампсии. Критические формы преэклампсии, акушерская тактика, особенности анестезиологического пособия при преэклампсии. Оказание неотложной помощи. Атипичный гемолитико-уремический синдром (aHUS). Определение, симптоматика, диагностика. Клинико-лабораторные показатели. Особенности ведения беременности и родов при атипичном гемолитико-уремическом синдроме. Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура. Определение, симптоматика, диагностика. Клинико-лабораторные показатели. Особенности ведения беременности и родов при атипичном гемолитико-уремическом синдроме. Плацентарная недостаточность: понятие, клиника, диагностика, акушерская тактика при плацентарной	1

№ п/п	Наименование раздела (темы) лекционного занятия	Содержание лекционного занятия	Всего часов
		недостаточности. Оценка функционального состояния плода как маркер времени и метода родоразрешения.	
12	Тема 12. Многоплодная беременность	Многоплодная беременность: типы хориальности, формирование многоплодной беременности, диагностика, осложнения беременности, особенности ведение беременности. Показания для родоразрешения путем операции кесарева сечения при многоплодии, принципы ведения родов через естественные родовые пути, осложнения родов.	1
13	Тема 13. Физиология и патология послеродового периода. Сепсис Экстрагенитальная патология и беременность: сахарный диабет, патология щитовидной железы, патология сердца, патология почек	Физиологическое течение послеродового периода. Инволюция половых органов. Лактация. Невоспалительные осложнения послеродового периода: субинволюция матки, лактостаз. Акушерская тактика. Воспалительные осложнения послеродового периода, классификация, клиника, диагностика. Принципы лечения. Акушерский перитонит: клиника, диагностика, лечение. Сепсис. Септический шок. Принципы лечения. Оказание неотложной помощи. Экстрагенитальная патология: определение, классификация, осложнения, принципы ведения беременности и родов. Противопоказания для планирования и вынашивания беременности. Патология щитовидной железы: осложнения беременности, показания и коррекция медикаментозной коррекции. Патология сердца: осложнения, принципы ведения беременности и родов. Противопоказания для планирования и вынашивания беременности. Патология мочевыделительной системы: осложнения, принципы ведения беременности и родов. Противопоказания для планирования и вынашивания	1

№ п/п	Наименование раздела (темы) лекционного занятия	Содержание лекционного занятия	Всего часов
		беременности.	
14	Тема 14. Резус-сенсibilизация Хирургия плода Гинекологические заболевания и беременность «Острый живот» в акушерстве	<p>Диагностика, факторы риска, тактика ведения беременности и принципы родоразрешения.</p> <p>Резус-конфликтная беременность: определение, классификация, причины, диагностика. Профилактика и методы лечения. Сроки проведения специфической профилактики резус-сенсibilизации. Снижение перинатальной заболеваемости и смертности при резус-конфликте.</p> <p>Особенности ведения беременности и сроки родоразрешения при резус-конфликтной беременности.</p> <p>Фетальная хирургия: определение, показания, риски. Типы доступов.</p> <p>Открытая хирургия плода.</p> <p>Фетоскопическая хирургия.</p> <p>Миома матки: этиология и патогенез миомы матки, клиника и диагностика. Классификация. Дифференциальный диагноз. Особенности клинического течения заболевания в зависимости от расположения узлов. Показания к различным видам лечения. Оказание неотложной помощи при миоме матки.</p> <p>Причины «острого живота» в практике акушера. Особенности клинического течения, трудности в диагностике, осложнения беременности. Тактика при клинике «острого живота» во время беременности, родов, послеродовом периоде. Особенности хирургического лечения во время беременности.</p>	1
			14
Семестр 3			
15	<p>Раздел 2 Гинекология</p> <p>Тема 15. Современные методы диагностики в гинекологической практике.</p> <p>Лапароскопия и гистероскопия в диагностике и лечении</p>	<p>Основные и дополнительные методы диагностики в гинекологии. Сроки их проведения в зависимости от фазы менструального цикла. Подготовка к дополнительным методам диагностики.</p> <p>Диспансерное наблюдение в гинекологической практике. Значение профилактических осмотров в</p>	2

№ п/п	Наименование раздела (темы) лекционного занятия	Содержание лекционного занятия	Всего часов
	гинекологических заболеваний.	снижении онкогинекологической заболеваемости и смертности. Диагностика гинекологических заболеваний.	
16	Тема 16. Современные представления о физиологии и нарушении менструального цикла Аномальные маточные кровотечения. Классификация по PALM- COEIN	Менструальный цикл и уровни его регуляции. Роль центральной нервной системы в регуляции менструального цикла. Изменения в гипоталамо-гипофизарной системе, яичниках, матке во время менструального цикла. Роль щитовидной железы и надпочечников в регуляции менструального цикла. Принципы обратной связи регуляции менструальной функции. Тесты функциональной диагностики, характеристики нормального менструального цикла. Классификация нарушений менструального цикла: аномальные маточные кровотечения, гипоменструальный синдром, предменструальный синдром. Аномальные маточные кровотечения в разные возрастные периоды жизни женщины. Особенности течения заболевания, методы остановки кровотечения, тактика ведения больных. Алгоритм диагностических и лечебных мероприятий. Оказание неотложной помощи. Основные причины маточных кровотечений в различные возрастные периоды по классификации PALM- COEIN. Алгоритм обследования пациенток с нарушениями менструального цикла. Значение УЗИ, гидросонографии, гистероскопии, раздельного диагностического выскабливания, биопсии для дифференциальной диагностики заболеваний. Консервативные методы лечения АМК.	1
17	Тема 17. Нейроэндокринные синдромы Воспалительные заболевания женских	Классификация гипоменструального синдрома в зависимости от уровня и вида поражения. Принципы обследования и терапии. Формы аменореи. Значение	1

№ п/п	Наименование раздела (темы) лекционного занятия	Содержание лекционного занятия	Всего часов
	половых органов	<p>генетических нарушений в генезе первичной аменореи. Дисгенезия гонад, тестикулярная феминизация. Принципы обследования и терапии больных с различными эндокринными синдромами. Дополнительные методы обследования. Неспецифические воспалительные процессы наружных и внутренних половых органов. Этиология, патогенез, методы лечения. Особенности течения заболеваний на фоне применения внутриматочных контрацептивов. Комплексное лечение пациентов с острыми воспалительными заболеваниями внутренних половых органов.</p> <p>Микробиоценоз влагалища в норме и при патологии, барьерные механизмы в женских половых органах. Классификация воспалительных заболеваний в зависимости от локализации и течения процесса. Этиология воспалительных заболеваний гениталий. Понятие об инфекциях, передающихся половым путем. Основные вопросы патогенеза воспалительных заболеваний. Клиническая картина. Методы диагностики и лечения. Дифференциальная диагностика. Значение лапароскопии в диагностике и лечении воспалительных заболеваний придатков матки. Тактика ведения больных с пельвиоперитонитом, перитонитом. Показания к оперативному лечению воспалительных заболеваний придатков матки. Объем оперативного вмешательства. Рациональная антибиотикотерапия. Специфические воспалительные заболевания женских половых органов. Эпидемиология, клиника, диагностика, терапия и профилактика. Заболевания, передающиеся половым путем.</p>	

№ п/п	Наименование раздела (темы) лекционного занятия	Содержание лекционного занятия	Всего часов
18	Тема 18. Планирование семьи. Методы контрацепции Бесплодный брак. Вспомогательные репродуктивные технологии	<p>Планирование семьи. Современные методы контрацепции. Принципы консультирования супружеских пар, генетическое консультирование. Классификация методов контрацепции. Внутриматочная, гормональная контрацепция. Барьерные, ритмические, хирургические методы. Различные виды контрацептивов. Эффективность, преимущества, недостатки, показания и противопоказания к использованию, осложнения при использовании. Особенности применения контрацепции у подростков. Виды контрацепции. Особенности использования определенного вида контрацепции в зависимости от различных факторов. Противопоказания к использованию различных видов контрацепции. Осложнения при использовании гормональной и внутриматочной контрацепции, методы профилактики осложнений. Хирургическая контрацепция (мужская и женская стерилизация). Определение женского и мужского бесплодия. Основные причины бесплодия у женщин. Методика обследования больных с бесплодием, принципы и методы лечения. Роль эндоскопических методов в диагностике бесплодия у женщин. Алгоритм обследования бесплодной супружеской пары. Современные методы обследования супружеской пары. Роль определения гормонального профиля, эндоскопических методов в обследовании и лечении бесплодия. Беременность и репродуктивная функция после эмболизации маточных артерий, произведенной по поводу бесплодия при миоме матки. Диагностика и лечение мужского бесплодия. Спермограмма и сперматогенез (нормальные</p>	2

№ п/п	Наименование раздела (темы) лекционного занятия	Содержание лекционного занятия	Всего часов
		показатели и особенности исследования). Лечение олиго- и азооспермии. Вспомогательные репродуктивные технологии. Виды. Показания. Противопоказания.	
19	Тема 19. Миома матки Современные технологии в лечении миомы матки: ЭМА, гистерорезекция миоматозных узлов	Миома матки. Определение, этиология и патогенез миомы матки. Патологоанатомическая картина. Клиника, диагностика. Классификация. Дифференциальный диагноз. Особенности клинического течения заболевания в зависимости от расположения узлов. Осложнения. Причины кровотечений при миоме. Принципы консервативной терапии. Виды хирургического лечения. Показания к различным видам терапии. Эндоскопическая диагностика и лечение миомы матки. Показания к оперативному лечению миомы матки. Показания к лечению миомы матки методом эмболизации маточных артерий. Оказание неотложной помощи при миоме матки. Высокотехнологические, органосохраняющие, малоинвазивные операции при лечении миомы матки. Показания и противопоказания к ЭМА и гистерорезекции миоматозных узлов. Ведение постэмболизационного периода, реабилитация.	1
20	Тема 20. Эндометриоз. Аденомиоз Патология эндометрия. Гиперпластические процессы эндометрия	Эндометриоз. Этиология и патогенез эндометриоидных гетеротопий. Классификация. Клиническая картина генитального эндометриоза. Понятие о наружном эндометриозе. Клиника экстрагенитального эндометриоза. Методы диагностики, значение эндоскопии, дифференциальная диагностика. Принципы ведения больных с эндометриозом. Хирургические и консервативные методы лечения эндометриоза. Реабилитация больных. Классификация эндометриоидных гетеротопий. Патогенетические аспекты, клиническая картина. Роль эндометриоза в возникновении бесплодия. Принципы лечения и	1

№ п/п	Наименование раздела (темы) лекционного занятия	Содержание лекционного занятия	Всего часов
		<p>ведения больных различных возрастных групп с эндометриозом. Эндоскопическая диагностика и лечение аденомиоза. Значение эндоскопических методов диагностики. Методы лечения эндометриоза.</p> <p>Патология эндометрия: понятие о гиперпластических процессах эндометрия. Этиология и патогенез. Классификация. Понятие о предраке эндометрия. Классификация. Клиника, диагностика, прогноз. Значение гистероскопии в диагностике и лечении патологии эндометрии. Тактика ведения больных с гиперпластическими процессами эндометрия в зависимости от возраста, характера и распространения процесса.</p>	
21	<p>Тема 21. Патология вульвы.</p> <p>Нарушение функции тазового дна.</p> <p>Опущение тазовых органов.</p> <p>Несостоятельность мышц тазового дна</p>	<p>Классификация патологии вульвы: доброкачественные и злокачественные заболевания наружных женских половых органов. Воспалительные процессы; ретенционные образования; доброкачественные опухоли; фоновые заболевания; предраковые состояния; злокачественные опухоли. Методы диагностики, этиология и патогенез. Тактика ведения и лечения. Реабилитация пациентов.</p> <p>Нарушение функции тазового дна: опущение половых органов, несостоятельность мышц тазового дна и недержание мочи.</p> <p>Анатомия и функции поддерживающего аппарата органов малого таза в норме и функция мочевого пузыря. Этиология и патогенез. Классификация. Показания к оперативному лечению опущения и выпадения матки. Виды оперативных вмешательств при опущении и выпадении матки.</p> <p>Анатомия тазового дна, регуляция органов малого таза, регуляция функции мочевого пузыря.</p> <p>Классификация нарушений функции</p>	1

№ п/п	Наименование раздела (темы) лекционного занятия	Содержание лекционного занятия	Всего часов
		мочевыделительной системы у женщин. Функциональные пробы, используемые в урогинекологии. Принципы консервативной терапии и показания к оперативному лечению. Виды оперативных вмешательств.	
22	Тема 22. Пороки развития половых органов	Аномалии развития половых органов. Понятие, клиника, диагностика, методы лечения. Классификация. Показания к оперативному лечению.	1
23	Тема 23. Тромбоэмболические осложнения в акушерстве и гинекологии. Риски и профилактика ВТЭО	Беременность и послеродовой период. Риск развития тромбозов в послеродовом периоде. Профилактика, диагностика и лечение тромбоэмболических осложнений. Принципы ведения послеоперационного периода. Интерпретация гемостазиограммы, тромбоэластограммы.	1
24	Тема 24. Заболевания молочных желез. Профилактические осмотры, диагностика заболеваний молочных желез.	Молочные железы. Анатомия, этиология и патогенез. Методы диагностики и лечения. Принципы онкологической настороженности. Показания к оперативному лечению.	2
25	Тема 25. Тактика врача акушера-гинеколога «Острый живот» в гинекологии	«Острый живот» в гинекологии. Классификация заболеваний, вызывающих картину «острого живота». Этиология. Особенности клинической картины. Современные методы диагностики, дифференциальная диагностика, лечение. Значение эндоскопических методов в диагностике и лечении заболеваний, сопровождающихся клинической картиной «острого живота».	1
ИТОГО часов в 3 семестре:			14
Всего			28

4.2.4. Лабораторный практикум – учебным планом не предусмотрен

4.2.5. Практические занятия

№ п/п	Наименование раздела (темы) практического занятия	Содержание практического занятия	Всего часов
-------	---	----------------------------------	-------------

№ п/п	Наименование раздела (темы) практического занятия	Содержание практического занятия	Всего часов
1	3	4	5
Семестр 1			
1.	<p>Раздел 1.</p> <p>Акушерство</p> <p>Тема 1. Общие вопросы организации акушерско-гинекологической помощи</p> <p>Основные методы обследования в акушерстве</p> <p>Предгравидарная подготовка</p>	<p>Принципы организации акушерско-гинекологической помощи. Основные задачи современного акушерства.</p> <p>Амбулаторно-гинекологическая помощь. Принципы организации стационарной акушерской помощи.</p> <p>Структура акушерского стационара.</p> <p>Методы обследования в акушерстве и гинекологии. Сбор общего и специального акушерско-гинекологического анамнеза.</p> <p>Основные и дополнительные методы диагностика. Диагностика ранних и поздних сроков беременности.</p> <p>Перинатальный скрининг, задачи, сроки проведения. Осмотр пациенток.</p> <p>План ведения беременности и родов.</p> <p>Оформление медицинской документации.</p> <p>Планирование беременности.</p> <p>Предгравидарная подготовка, ее задачи и место в профилактике акушерских и перинатальных осложнений. Группы риска беременности. Особенности ведения беременности в женской консультации среднего и высокого риска.</p>	14
2	<p>Тема 2. Физиология беременности</p> <p>Таз с акушерской точки зрения. Плод как объект родов.</p>	<p>Нормальная беременность. Ведение беременности в женской консультации. Основные и дополнительные методы диагностика.</p> <p>Жалобы, характерные для нормальной беременности. Физиологические изменения в органах и системах во время нормальной беременности.</p> <p>Нормальная анатомия органов малого таза. Топографическая анатомии наружных и внутренних половых органов, костей таза, мышц, связок, кровеносной, венозной и лимфатической систем. Плоскости таза, границы и размеры плоскостей таза.</p> <p>Плод как объект родов: швы и</p>	16

№ п/п	Наименование раздела (темы) практического занятия	Содержание практического занятия	Всего часов
		роднички головки, размеры головки и туловища плода. Оценка функционального состояния плода во время беременности и в родах. Биомеханизм родов. Моменты биомеханизма родов при затылочных предлежаниях.	
3	Тема 3. Биомеханизм родов при затылочных предлежаниях. Биомеханизм родов при разгибательных вставлениях головки, асинклитизм	Биомеханизм родов. Моменты биомеханизма родов при разгибательных предлежаниях. Асинклитические вставления головки. Диагностика. Особенности течения родов. Высокое прямое стояние головки и низкое поперечное стояние головки.	16
4	Тема 4. Клиническое течение и ведение родов. Аномалии родовой деятельности.	Причины наступления родов. Периоды родов. Определение нормальных родов. Основные принципы ведения физиологических родов. Роль врача и акушерки в каждом периоде родов. Определение и классификация аномалий родовой деятельности. Факторы риска развития аномалий родовой деятельности. Принципы ведения родов – лечение аномалий родовой деятельности. Показания для индукции родов, родостимуляции, оперативному родоразрешению путем операции кесарева сечения, вакуум-экстракции аппаратом КИWI при аномалиях родовой деятельности.	18
5	Тема 5. Тазовые предлежания. Узкий таз. Клинический узкий таз.	Диагностика, тактика ведения и принципы родоразрешения с учетом перинатального риска. Причины тазового предлежания. Классификация. Методы диагностики. Особенности родоразрешения. Осложнения беременности и родов. Принципы ведения беременности и родов. Ручные пособия при тазовых предлежаниях. Определение анатомически узкого таза. Классификация анатомически узкого таза. Диагностика. Особенности биомеханизма родов при различных формах сужения таза. Определение клинически узкого таза.	16

№ п/п	Наименование раздела (темы) практического занятия	Содержание практического занятия	Всего часов
		Диагностика и клиника клинически узкого таза. Осложнения. Принципы родоразрешения при узких тазах. Показания для операции кесарева сечения.	
6	Тема 6. Клиника, диагностика, родоразрешение. Невынашивание беременности. Преждевременные роды.	<p>Определение невынашивания беременности. Причины. Методы диагностики и лечения. Особенности родоразрешения. Профилактические меры.</p> <p>Преждевременные роды: классификация, этиология, клиника, акушерская тактика в зависимости от срока гестации. Схемы токолиза. Тактика при ПРПО. Профилактика преждевременных родов и невынашивания беременности.</p>	16
7	Тема 7. Акушерские кровотечения: кровотечения во время беременности и родов. Кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах. Геморрагический шок.	<p>Акушерские кровотечения во время беременности. Причины, клиника, диагностика и акушерская тактика. Принципы инфузионной терапии.</p> <p>Кровотечение во время родов: причины, клиника, диагностика, акушерская тактика.</p> <p>Дифференциальная диагностика. Геморрагический шок. Принципы инфузионной терапии.</p> <p>Акушерские кровотечения в послеродовом периоде. Причины, клиника, диагностика. Патология послеродового периода: клиника, методы диагностики, акушерская тактика. Кровотечения в раннем послеродовом периоде: причины, группы риска, клиника, диагностика.</p> <p>Геморрагический шок: классификация, клиника, лечение. Алгоритм акушерской тактики при акушерском кровотечении.</p>	18
8	Тема 8. Принципы инфузионной терапии. Перинатальная охрана плода и новорожденного. Влияние вредных факторов на плод	<p>Принципы инфузионной терапии.</p> <p>Органосохраняющие операции при гипотоническом кровотечении в современном акушерстве.</p> <p>Аутогемотрансфузия в лечении акушерских кровотечений.</p> <p>Профилактика акушерских кровотечений.</p> <p>Оказание неотложной помощи при</p>	18

№ п/п	Наименование раздела (темы) практического занятия	Содержание практического занятия	Всего часов
		<p>кровотечениях. Перинатальное акушерство. Перинатальный период. Показатели перинатальной заболеваемости и смертности. Структура перинатальной смертности. Современные возможности снижения показателей. Оценка функционального состояния плода. Диагностика патологии, пороков развития плода. Акушерская тактика при пороках развития плода. Перинатальный скрининг: цели и сроки проведения.</p>	
9	<p>Тема 9. Врожденные аномалии плода Хромосомная патология плода</p>	<p>Причины развития врожденных аномалий плода. Риски развития врожденных пороков плода. Классификация. Методы диагностики. Акушерская тактика. Цели и сроки перинатальных скринингов. Оценка функционального состояния плода. Перинатальный период. Определение хромосомной аномалии. Риски развития хромосомной аномалии. Классификация и методы диагностики. Акушерская тактика. Цели и сроки перинатальных скринингов. Оценка функционального состояния плода. Перинатальный период.</p>	16
10	<p>Тема 10. Дистресс плода. Асфиксия новорожденного. Помощь новорожденному в родильном зале</p>	<p>Дистресс плода: определение, диагностика дистресса плода во время беременности и в родах. Методы оценки функционального состояния плода, интерпретация. Акушерская тактика при дистрессе плода. Оценка новорожденных по шкале Апгар. Асфиксия новорожденных: классификация, клиника средней и тяжелой асфиксии, реанимационные мероприятия в родзале. Методы снижения перинатальной заболеваемости и смертности в перинатальном акушерстве.</p>	16
11	<p>Тема 11. Гипертензивные состояния у беременных. Преэклампсия</p>	<p>Преэклампсия. Классификация. Хроническая и гестационная артериальная гипертензия. Диагностика, принципы ведения и родоразрешения беременных с</p>	18

№ п/п	Наименование раздела (темы) практического занятия	Содержание практического занятия	Всего часов
	Атипичный гемолитико – уремический синдром (аГУС). Тромботическая Тромбоцитопеническая Пурпура (ТТП) Плацентарная недостаточность. ЗРП	преэклампсией. Клинико-лабораторные критерии тяжелой преэклампсии. Критические формы преэклампсии, акушерская тактика, особенности анестезиологического пособия при преэклампсии. Оказание неотложной помощи. Атипичный гемолитико-уремический синдром (аHUS). Определение, симптоматика, диагностика. Клинико-лабораторные показатели. Особенности ведения беременности и родов при атипичном гемолитико-уремическом синдроме. Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура. Определение, симптоматика, диагностика. Клинико-лабораторные показатели. Особенности ведения беременности и родов при атипичном гемолитико-уремическом синдроме. Плацентарная недостаточность: понятие, клиника, диагностика, акушерская тактика при плацентарной недостаточности. Оценка функционального состояния плода как маркер времени и метода родоразрешения.	
12	Тема 12. Многоплодная беременность	Многоплодная беременность: типы хориальности, формирование многоплодной беременности, диагностика, осложнения беременности, особенности ведение беременности. Показания для родоразрешения путем операции кесарева сечения при многоплодии, принципы ведения родов через естественные родовые пути, осложнения родов.	16
13	Тема 13. Физиология и патология послеродового периода. Сепсис Экстрагенитальная патология и беременность: сахарный диабет, патология щитовидной	Физиологическое течение послеродового периода. Инволюция половых органов. Лактация. Невоспалительные осложнения послеродового периода: субинволюция матки, лактостаз. Акушерская тактика. Воспалительные осложнения послеродового периода,	16

№ п/п	Наименование раздела (темы) практического занятия	Содержание практического занятия	Всего часов
	железы, патология сердца, патология почек	<p>классификация, клиника, диагностика. Принципы лечения. Акушерский перитонит: клиника, диагностика, лечение. Сепсис. Септический шок. Принципы лечения. Оказание неотложной помощи. Экстрагенитальная патология: определение, классификация, осложнения, принципы ведения беременности и родов. Противопоказания для планирования и вынашивания беременности. Патология щитовидной железы: осложнения беременности, показания и коррекция медикаментозной коррекции. Патология сердца: осложнения, принципы ведения беременности и родов. Противопоказания для планирования и вынашивания беременности. Патология мочевыделительной системы: осложнения, принципы ведения беременности и родов. Противопоказания для планирования и вынашивания беременности.</p>	
14	Тема 14. Резус-сенсibilизация Хирургия плода Гинекологические заболевания и беременность «Острый живот» в акушерстве	<p>Диагностика, факторы риска, тактика ведения беременности и принципы родоразрешения. Резус-конфликтная беременность: определение, классификация, причины, диагностика. Профилактика и методы лечения. Сроки проведения специфической профилактики резус-сенсibilизации. Снижение перинатальной заболеваемости и смертности при резус-конфликте. Особенности ведения беременности и сроки родоразрешения при резус-конфликтной беременности. Фетальная хирургия: определение, показания, риски. Типы доступов. Открытая хирургия плода. Фетоскопическая хирургия. Миома матки: этиология и патогенез миомы матки, клиника и диагностика. Классификация. Дифференциальный диагноз. Особенности клинического</p>	16

№ п/п	Наименование раздела (темы) практического занятия	Содержание практического занятия	Всего часов
		<p>течения заболевания в зависимости от расположения узлов. Показания к различным видам лечения. Оказание неотложной помощи при миоме матки.</p> <p>Причины «острого живота» в практике акушера. Особенности клинического течения, трудности в диагностике, осложнения беременности. Тактика при клинике «острого живота» во время беременности, родов, послеродовом периоде. Особенности хирургического лечения во время беременности.</p>	
Итого часов за 1 семестр			232
Семестр 3			
15	<p>Раздел 2 Гинекология Тема 15. Современные методы диагностики в гинекологической практике. Лапароскопия и гистероскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний.</p>	<p>Основные и дополнительные методы диагностики в гинекологии. Сроки их проведения в зависимости от фазы менструального цикла. Подготовка к дополнительным методам диагностики.</p> <p>Диспансерное наблюдение в гинекологической практике. Значение профилактических осмотров в снижении онкогинекологической заболеваемости и смертности.</p> <p>Диагностика гинекологических заболеваний.</p>	22
16	<p>Тема 16. Современные представления о физиологии и нарушении менструального цикла Аномальные маточные кровотечения. Классификация по PALM- COEIN</p>	<p>Менструальный цикл и уровни его регуляции. Роль центральной нервной системы в регуляции менструального цикла. Изменения в гипоталамо-гипофизарной системе, яичниках, матке во время менструального цикла.</p> <p>Роль щитовидной железы и надпочечников в регуляции менструального цикла. Принципы обратной связи регуляции менструальной функции.</p> <p>Тесты функциональной диагностики, характеристики нормального менструального цикла.</p> <p>Классификация нарушений менструального цикла: аномальные маточные кровотечения, гипоменструальный синдром, предменструальный синдром.</p>	20

№ п/п	Наименование раздела (темы) практического занятия	Содержание практического занятия	Всего часов
		<p>Аномальные маточные кровотечения в разные возрастные периоды жизни женщины. Особенности течения заболевания, методы остановки кровотечения, тактика ведения больных.</p> <p>Алгоритм диагностических и лечебных мероприятий. Оказание неотложной помощи.</p> <p>Основные причины маточных кровотечений в различные возрастные периоды по классификации PALM-SOEFIN. Алгоритм обследования пациенток с нарушениями менструального цикла. Значение УЗИ, гидросонографии, гистероскопии, раздельного диагностического выскабливания, биопсии для дифференциальной диагностики заболеваний. Консервативные методы лечения АМК.</p>	
17	<p>Тема 17. Нейроэндокринные синдромы Воспалительные заболевания женских половых органов</p>	<p>Классификация гипоменструального синдрома в зависимости от уровня и вида поражения. Принципы обследования и терапии.</p> <p>Формы аменореи. Значение генетических нарушений в генезе первичной аменореи. Дисгенезия гонад, тестикулярная феминизация.</p> <p>Принципы обследования и терапии больных с различными эндокринными синдромами. Дополнительные методы обследования. Неспецифические воспалительные процессы наружных и внутренних половых органов.</p> <p>Этиология, патогенез, методы лечения. Особенности течения заболеваний на фоне применения внутриматочных контрацептивов.</p> <p>Комплексное лечение пациентов с острыми воспалительными заболеваниями внутренних половых органов.</p> <p>Микробиоценоз влагалища в норме и при патологии, барьерные механизмы в женских половых органах.</p> <p>Классификация воспалительных заболеваний в зависимости от</p>	22

№ п/п	Наименование раздела (темы) практического занятия	Содержание практического занятия	Всего часов
		<p>локализации и течения процесса. Этиология воспалительных заболеваний гениталий. Понятие об инфекциях, передающихся половым путем. Основные вопросы патогенеза воспалительных заболеваний. Клиническая картина. Методы диагностики и лечения. Дифференциальная диагностика. Значение лапароскопии в диагностике и лечении воспалительных заболеваний придатков матки. Тактика ведения больных с пельвиоперитонитом, перитонитом. Показания к оперативному лечению воспалительных заболеваний придатков матки. Объем оперативного вмешательства. Рациональная антибиотикотерапия. Специфические воспалительные заболевания женских половых органов. Эпидемиология, клиника, диагностика, терапия и профилактика. Заболевания, передающиеся половым путем.</p>	
18	Тема 18. Планирование семьи. Методы контрацепции. Бесплодный брак. Вспомогательные репродуктивные технологии	<p>Планирование семьи. Современные методы контрацепции. Принципы консультирования супружеских пар, генетическое консультирование. Классификация методов контрацепции. Внутриматочная, гормональная контрацепция. Барьерные, ритмические, хирургические методы. Различные виды контрацептивов. Эффективность, преимущества, недостатки, показания и противопоказания к использованию, осложнения при использовании. Особенности применения контрацепции у подростков. Виды контрацепции. Особенности использования определенного вида контрацепции в зависимости от различных факторов. Противопоказания к использованию различных видов контрацепции. Осложнения при использовании</p>	22

№ п/п	Наименование раздела (темы) практического занятия	Содержание практического занятия	Всего часов
		<p>гормональной и внутриматочной контрацепции, методы профилактики осложнений. Хирургическая контрацепция (мужская и женская стерилизация).</p> <p>Определение женского и мужского бесплодия. Основные причины бесплодия у женщин. Методика обследования больных с бесплодием, принципы и методы лечения. Роль эндоскопических методов в диагностике бесплодия у женщин. Алгоритм обследования бесплодной супружеской пары. Современные методы обследования супружеской пары. Роль определения гормонального профиля, эндоскопических методов в обследовании и лечении бесплодия.</p> <p>Беременность и репродуктивная функция после эмболизации маточных артерий, произведенной по поводу бесплодия при миоме матки. Диагностика и лечение мужского бесплодия. Спермограмма и сперматогенез (нормальные показатели и особенности исследования). Лечение олиго- и азооспермии. Вспомогательные репродуктивные технологии. Виды. Показания. Противопоказания.</p>	
19	Тема 19. Миома матки Современные технологии в лечении миомы матки: ЭМА, гистерорезекция миоматозных узлов	<p>Миома матки. Определение, этиология и патогенез миомы матки. Патологоанатомическая картина. Клиника, диагностика. Классификация. Дифференциальный диагноз. Особенности клинического течения заболевания в зависимости от расположения узлов. Осложнения. Причины кровотечений при миоме. Принципы консервативной терапии. Виды хирургического лечения. Показания к различным видам терапии. Эндоскопическая диагностика и лечение миомы матки. Показания к оперативному лечению миомы матки. Показания к лечению миомы матки методом эмболизации</p>	20

№ п/п	Наименование раздела (темы) практического занятия	Содержание практического занятия	Всего часов
		маточных артерий. Оказание неотложной помощи при миоме матки. Высокотехнологические, органосохраняющие, малоинвазивные операции при лечении миомы матки. Показания и противопоказания к ЭМА и гистерорезекции миоматозных узлов. Ведение постэмболизационного периода, реабилитация.	
20	Тема 20. Эндометриоз. Аденомиоз Патология эндометрия. Гиперпластические процессы эндометрия	Эндометриоз. Этиология и патогенез эндометриоидных гетеротопий. Классификация. Клиническая картина генитального эндометриоза. Понятие о наружном эндометриозе. Клиника экстрагенитального эндометриоза. Методы диагностики, значение эндоскопии, дифференциальная диагностика. Принципы ведения больных с эндометриозом. Хирургические и консервативные методы лечения эндометриоза. Реабилитация больных. Классификация эндометриоидных гетеротопий. Патогенетические аспекты, клиническая картина. Роль эндометриоза в возникновении бесплодия. Принципы лечения и ведения больных различных возрастных групп с эндометриозом. Эндоскопическая диагностика и лечение аденомиоза. Значение эндоскопических методов диагностики. Методы лечения эндометриоза. Патология эндометрия: понятие о гиперпластических процессах эндометрия. Этиология и патогенез. Классификация. Понятие о предраке эндометрия. Классификация. Клиника, диагностика, прогноз. Значение гистероскопии в диагностике и лечении патологии эндометрии. Тактика ведения больных с гиперпластическими процессами эндометрия в зависимости от возраста, характера и распространения процесса.	20

№ п/п	Наименование раздела (темы) практического занятия	Содержание практического занятия	Всего часов
21	Тема 21. Патология вульвы Нарушение функции тазового дна. Опущение тазовых органов. Несостоятельность мышц тазового дна	Классификация патологии вульвы: доброкачественные и злокачественные заболевания наружных женских половых органов. Воспалительные процессы; ретенционные образования; доброкачественные опухоли; фоновые заболевания; предраковые состояния; злокачественные опухоли. Методы диагностики, этиология и патогенез. Тактика ведения и лечения. Реабилитация пациентов. Нарушение функции тазового дна: опущение половых органов, несостоятельность мышц тазового дна и недержание мочи. Анатомия и функции поддерживающего аппарата органов малого таза в норме и функция мочевого пузыря. Этиология и патогенез. Классификация. Показания к оперативному лечению опущения и выпадения матки. Виды оперативных вмешательств при опущении и выпадении матки. Анатомия тазового дна, регуляция органов малого таза, регуляция функции мочевого пузыря. Классификация нарушений функции мочевыделительной системы у женщин. Функциональные пробы, используемые в урогинекологии. Принципы консервативной терапии и показания к оперативному лечению. Виды оперативных вмешательств.	20
22	Тема 22. Пороки развития половых органов	Аномалии развития половых органов. Понятие, клиника, диагностика, методы лечения. Классификация. Показания к оперативному лечению.	22
23	Тема 23. Тромбоэмболические осложнения в акушерстве и гинекологии. Риски и профилактика ВТЭО	Беременность и послеродовой период. Риск развития тромбозов в послеродовом периоде. Профилактика, диагностика и лечение тромбоэмболических осложнений. Принципы ведения послеоперационного периода. Интерпретация гемостазиограммы,	22

№ п/п	Наименование раздела (темы) практического занятия	Содержание практического занятия	Всего часов
		тромбоэластограммы.	
24	Тема 24. Заболевания молочных желез. Профилактические осмотры, диагностика заболеваний молочных желез.	Молочные железы. Анатомия, этиология и патогенез. Методы диагностики и лечения. Принципы онкологической настороженности. Показания к оперативному лечению.	22
25	Тема 25. Тактика врача акушера-гинеколога «Острый живот» в гинекологии	«Острый живот» в гинекологии. Классификация заболеваний, вызывающих картину «острого живота». Этиология. Особенности клинической картины. Современные методы диагностики, дифференциальная диагностика, лечение. Значение эндоскопических методов в диагностике и лечении заболеваний, сопровождающихся клинической картиной «острого живота».	22
ИТОГО часов в 3 семестре:			232
			Всего 464

4.3. Самостоятельная работа обучающихся

№ п/п	Наименование темы самостоятельной работы	Содержание самостоятельной работы	Всего часов
1	2	3	4
Семестр №1			
1	Раздел 1. Акушерство Тема 1. Общие вопросы организации акушерско-гинекологической помощи Основные методы обследования в акушерстве Предгравидарная подготовка	Самостоятельное изучение материала. Работа с книжными и электронными источниками Подготовка к практическим занятиям (ППЗ) Подготовка к текущему контролю (ПТК) Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)	18
2	Тема 2. Физиология беременности Таз с акушерской	Самостоятельное изучение материала. Работа с книжными и электронными источниками	18

	точки зрения. Плод как объект родов.	Подготовка к практическим занятиям (ППЗ)	
		Подготовка к текущему контролю (ПТК)	
		Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)	
3	Тема 3. Биомеханизм родов при затылочных предлежаниях. Биомеханизм родов при разгибательных вставлениях головки, асинклитизм	Самостоятельное изучение материала. Работа с книжными и электронными источниками	18
		Подготовка к практическим занятиям (ППЗ)	
		Подготовка к текущему контролю (ПТК)	
		Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)	
4	Тема 4. Клиническое течение и ведение родов. Аномалии родовой деятельности.	Самостоятельное изучение материала. Работа с книжными и электронными источниками	18
		Подготовка к практическим занятиям (ППЗ)	
		Подготовка к текущему контролю (ПТК)	
		Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)	
		Контактная внеаудиторная работа	
5	Тема 5. Тазовые предлежания. Узкий таз. Клинический узкий таз.	Самостоятельное изучение материала. Работа с книжными и электронными источниками	18
		Подготовка к практическим занятиям (ППЗ)	
		Подготовка к текущему контролю (ПТК)	
		Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)	
6	Тема 6. Клиника, диагностика, родоразрешение. Невынашивание беременности. Преждевременные роды.	Самостоятельное изучение материала. Работа с книжными и электронными источниками	18
		Подготовка к практическим занятиям (ППЗ)	
		Подготовка к текущему контролю (ПТК)	
		Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)	
7	Тема 7. Акушерские кровотечения: кровотечения во время беременности и родов Кровотечения в	Самостоятельное изучение материала. Работа с книжными и электронными источниками	18
		Подготовка к практическим занятиям (ППЗ)	

	послеродовом и раннем послеродовом периодах. Геморрагический шок.	Подготовка к текущему контролю (ПТК) Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)	
8	Тема 8. Принципы инфузионной терапии Перинатальная охрана плода и новорожденного. Влияние вредных факторов на плод	Самостоятельное изучение материала. Работа с книжными и электронными источниками Подготовка к практическим занятиям (ППЗ) Подготовка к текущему контролю (ПТК) Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)	18
9	Тема 9. Врожденные аномалии плода Хромосомная патология плода	Самостоятельное изучение материала. Работа с книжными и электронными источниками Подготовка к практическим занятиям (ППЗ) Подготовка к текущему контролю (ПТК) Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)	18
10	Тема 10. Дистресс плода. Асфиксия новорожденного. Помощь новорожденному в родильном зале	Самостоятельное изучение материала. Работа с книжными и электронными источниками Подготовка к практическим занятиям (ППЗ) Подготовка к текущему контролю (ПТК) Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)	18
11	Тема 11. Гипертензивные состояния у беременных. Преэклампсия Атипичный гемолитико – уремический синдром (аГУС). Тромботическая Тромбоцитопеническая Пурпура (ТТП) Плацентарная недостаточность. ЗРП	Самостоятельное изучение материала. Работа с книжными и электронными источниками Подготовка к практическим занятиям (ППЗ) Подготовка к текущему контролю (ПТК) Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)	18
12	Тема 12. Многоплодная беременность	Самостоятельное изучение материала. Работа с книжными и электронными источниками Подготовка к практическим занятиям (ППЗ)	18

		Подготовка к текущему контролю (ПТК)	
		Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)	
13	Тема 13. Физиология и патология послеродового периода. Сепсис Экстрагенитальная патология и беременность: сахарный диабет, патология щитовидной железы, патология сердца, патология почек	Самостоятельное изучение материала. Работа с книжными и электронными источниками	17
		Подготовка к практическим занятиям (ППЗ)	
		Подготовка к текущему контролю (ПТК)	
		Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)	
14	Тема 14. Ресус-сенсбилизация Хирургия плода Гинекологические заболевания и беременность «Острый живот» в акушерстве	Самостоятельное изучение материала. Работа с книжными и электронными источниками	16
		Подготовка к практическим занятиям (ППЗ)	
		Подготовка к текущему контролю (ПТК)	
		Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)	
Семестр 3			
15	Раздел 2 Гинекология Тема 15. Современные методы диагностики в гинекологической практике. Лапароскопия и гистероскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний.	Самостоятельное изучение материала. Работа с книжными и электронными источниками	30
		Подготовка к практическим занятиям (ППЗ)	
		Подготовка к текущему контролю (ПТК)	
		Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)	
16	Тема 16. Современные представления о физиологии и нарушении менструального цикла Аномальные маточные кровотечения. Классификация по PALM- COEIN	Самостоятельное изучение материала. Работа с книжными и электронными источниками	30
		Подготовка к практическим занятиям (ППЗ)	
		Подготовка к текущему контролю (ПТК)	
		Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)	
17	Тема 17. Нейроэндокринные синдромы Воспалительные	Самостоятельное изучение материала. Работа с книжными и электронными источниками	30
		Подготовка к практическим занятиям	

	заболевания женских половых органов	(ППЗ) Подготовка к текущему контролю (ПТК) Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)	
18	Тема 18. Планирование семьи. Методы контрацепции Бесплодный брак. Вспомогательные репродуктивные технологии	Самостоятельное изучение материала. Работа с книжными и электронными источниками Подготовка к практическим занятиям (ППЗ) Подготовка к текущему контролю (ПТК) Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)	26
19	Тема 19. Миома матки Современные технологии в лечении миомы матки: ЭМА, гистерорезекция миоматозных узлов	Самостоятельное изучение материала. Работа с книжными и электронными источниками Подготовка к практическим занятиям (ППЗ) Подготовка к текущему контролю (ПТК) Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)	26
20	Тема 20. Эндометриоз. Аденомиоз Патология эндометрия. Гиперпластические процессы эндометрия	Самостоятельное изучение материала. Работа с книжными и электронными источниками Подготовка к практическим занятиям (ППЗ) Подготовка к текущему контролю (ПТК) Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)	24
21	Тема 21. Патология вульвы Нарушение функции тазового дна. Опущение тазовых органов. Несостоятельность мышц тазового дна	Самостоятельное изучение материала. Работа с книжными и электронными источниками Подготовка к практическим занятиям (ППЗ) Подготовка к текущему контролю (ПТК) Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)	24
22	Тема 22. Пороки развития половых органов	Самостоятельное изучение материала. Работа с книжными и электронными источниками Подготовка к практическим занятиям (ППЗ) Подготовка к текущему контролю (ПТК)	24

		Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)	
23	Тема 23. Тромбоэмболические осложнения в акушерстве и гинекологии. Риски и профилактика ВТЭО	Самостоятельное изучение материала. Работа с книжными и электронными источниками	24
		Подготовка к практическим занятиям (ППЗ)	
		Подготовка к текущему контролю (ПТК)	
		Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)	
24	Тема 24. Заболевания молочных желез. Профилактические осмотры, диагностика заболеваний молочных желез.	Самостоятельное изучение материала. Работа с книжными и электронными источниками	24
		Подготовка к практическим занятиям (ППЗ)	
		Подготовка к текущему контролю (ПТК)	
		Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)	
25	Тема 25. Тактика врача акушера-гинеколога «Острый живот» в гинекологии	Самостоятельное изучение материала. Работа с книжными и электронными источниками	23
		Подготовка к практическим занятиям (ППЗ)	
		Подготовка к текущему контролю (ПТК)	
		Подготовка к тестовому контролю и решению задач (ПТКРЗ)	
Всего часов в семестрах №1 и №3			534

5. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине

5.1. Методические указания для подготовки обучающихся к лекционным занятиям

Приступая к изучению дисциплины, обучающийся должен иметь общие представления об их объекте, предмете, методах, структуре, месте в системе наук и соотношении с другими науками.

Лекция — это форма и метод обучения, представляющий собой систематическое, последовательное, монологическое изложение преподавателем-лектором учебного материала. Лекция является ведущим звеном учебного процесса, так как с нее начинается изучение дисциплины, ее тем. Только после лекции следуют другие, подчиненные ей формы обучения: семинары, практические занятия и т. д. Методологическое значение лекции состоит в том, что в ней раскрываются фундаментальные теоретические основы дисциплины и научные методы, с помощью которых анализируются экономические явления. Цель лекции - организация целенаправленной познавательной деятельности студентов по овладению программным материалом дисциплины. Задачи лекции - обеспечение формирования системы знаний по дисциплине. Лекционное занятие

преследует пять основных дидактических целей: информационную - сообщение новых знаний; развивающую - систематизацию и обобщение накопленных знаний; воспитывающую - формирование взглядов, убеждений, мировоззрения; стимулирующую - развитие познавательных и профессиональных интересов; координирующую с другими видами занятий.

В процессе подготовки к лекционным занятиям обучающемуся необходимо перед каждой лекцией просматривать рабочую программу дисциплины, методические разработки по дисциплине, что позволит сэкономить время на записывание темы лекции, ее основных вопросов, рекомендуемой литературы. Следует отметить непонятные термины и положения, подготовить вопросы лектору с целью уточнения правильности понимания. Необходимо приходить на лекцию подготовленным, что будет способствовать повышению эффективности лекционных занятий. Основным средством работы на лекционном занятии является конспектирование. Конспектирование – процесс мысленной переработки и письменной фиксации информации, в виде краткого изложения основного содержания, смысла какого-либо текста. В ходе лекции необходимо зафиксировать в конспекте основные положения темы лекции, категории, формулировки, узловые моменты, выводы, на которые обращается особое внимание. По существу, конспект должен представлять собой обзор, содержащий основные мысли текста без подробностей и второстепенных деталей. Для дополнения прослушанного и зафиксированного на лекции материала необходимо оставить в рабочих конспектах поля, на которых впоследствии при подготовке к практическим занятиям можно делать пометки из рекомендованной по дисциплине литературы, дополняющие материал прослушанной лекции, а также подчеркивающие особую важность тех или иных теоретических положений.

5.2. Методические указания для подготовки обучающихся к лабораторным занятиям

Лабораторный практикум – учебным планом не предусмотрен.

5.3. Методические указания для подготовки обучающихся к практическим (семинарским) занятиям

Практическое занятие — это форма организации учебного процесса, предполагающая выполнение студентами по заданию и под руководством преподавателя одной или нескольких практических работ. Главной целью практических занятий является усвоение метода использования теории, приобретение профессиональных умений, а также практических умений, необходимых для изучения последующих дисциплин. Практические методы обучения охватывают весьма широкий диапазон различных видов деятельности обучаемых. Во время использования практических методов обучения применяются приемы: постановки задания, планирования его выполнения, оперативного стимулирования, регулирования и контроля, анализа итогов практической работы, выявления причин недостатков, корректирования обучения для полного достижения цели. Во время использования практических методов обучения применяются приемы: постановки задания, планирования его выполнения, оперативного стимулирования, регулирования и контроля, анализа итогов практической работы, выявления причин недостатков, корректирования обучения для полного достижения цели.

К практическим методам относятся письменные упражнения, где в ходе упражнения обучаемый применяет на практике полученные им знания.

К практическим методам относятся также упражнения, выполняемые обучаемыми со звукозаписывающей, звуковоспроизводящей аппаратурой, сюда же относятся компьютеры.

Желательно при подготовке к занятиям придерживаться следующих рекомендаций:

1. При изучении нормативной литературы, учебников, учебных пособий, конспектов лекций, интернет-ресурсов и других материалов необходима его собственная интерпретация. Не следует жёстко придерживаться терминологии лектора, а правильно уяснить сущность и передать её в наиболее удобной форме.

2. При изучении основной рекомендуемой литературы следует сопоставить учебный материал темы с конспектом, дать ему критическую оценку и сформулировать собственное умозаключение и научную позицию. При этом нет необходимости составлять дополнительный конспект, достаточно в основном конспекте сделать пояснительные записи (желательно другим цветом).

3. Кроме рекомендуемой к изучению основной и дополнительной литературы, студенты должны регулярно (не реже одного раза в месяц) просматривать специальные журналы, а также интернет-ресурсы. Ряд вопросов учебного материала рассматриваются на практических занятиях в виде подготовленных студентами сообщений, с последующим оппонированием и обсуждением всей группой.

На практических занятиях студенты оперируют экономическими и социально-экономическими показателями, характеризующими деятельность хозяйствующих субъектов, учатся использовать их в планировании и управлении, получают практику формулировки задач принятия решений, обоснованного выбора математического метода их решения, учатся привлекать интерес аудитории к результатам своей работы.

Выбор тем практических занятий обосновывается методической взаимосвязью с программой курса и строится на узловых темах.

5.4. Методические указания по самостоятельной работе обучающихся

Основная задача программы ординатуры заключается в формировании квалифицированного специалиста, способного к саморазвитию, самообразованию, инновационной деятельности. В этом плане следует признать, что самостоятельная работа обучающихся (СР) является не просто важной формой образовательного процесса, а должна стать его основой.

Усиление роли самостоятельной работы обучающихся означает принципиальный пересмотр организации учебно-воспитательного процесса в вузе, который должен строиться так, чтобы развивать умение учиться, формировать у обучающихся способности к саморазвитию, практическому применению полученных знаний, способам адаптации к профессиональной деятельности в современном мире.

Глубокое понимание изучаемой дисциплины во многом зависит от самостоятельной работы обучающихся, изучение основной и дополнительной литературы. Эффективность самостоятельной работы во многом зависит от того, насколько она является самостоятельной и каким образом преподаватель может ее контролировать. Когда обучающийся изучает рекомендуемую литературу эпизодически, он не получает глубоких знаний.

Целью самостоятельной работы обучающихся является:

- умение самостоятельно работать сначала с учебным материалом, затем с информацией, заложить основы самоорганизации и самовоспитания с тем, чтобы привить умение в дальнейшем непрерывно повышать свою квалификацию;
- закрепление, расширение и углубление знаний, умений и практических навыков, полученных ординаторами на аудиторных занятиях под руководством преподавателей;

- изучение обучающимися дополнительных материалов по изучаемым дисциплинам и умение выбирать необходимый материал из различных источников;
- воспитание у обучающихся самостоятельности, организованности, самодисциплины, творческой активности, потребности развития познавательных способностей и упорства в достижении поставленных целей.

Формы самостоятельной работы обучающихся разнообразны. Они включают в себя:

- изучение и систематизацию официальных государственных документов – законов, постановлений, справочных материалов с использованием информационно – поисковых систем «Консультант – плюс», компьютерной сети «Интернет»;
- изучение учебной, научной и другой литературы, материалов периодических изданий с привлечением электронных средств официальной, статистической, периодической и научной информации;
- участие в работе практически и научных конференций.

Самостоятельная работа включает следующие виды деятельности:

- проработку лекционного материала;
- изучение по учебникам программного материала, не изложенного на лекциях.

Методические указания по написанию доклада.

Доклад является результатом индивидуальной самостоятельной письменной работы студента на одну из предложенных тем. Цель написания доклада – развитие навыков самостоятельного творческого мышления и письменного изложения собственных мыслей. В докладе важны чёткость, ясность и грамотность формулировок; умение структурировать информацию, выделять причинно-следственные связи, применять аналитический инструментарий, иллюстрировать суждения соответствующими примерами, аргументировать свои выводы.

Написание доклада – это ответ на вопрос, который основан на классической системе доказательств. Для написания доклада рекомендуется использовать учебную, научную и специальную научно-практическую литературу.

Доклад состоит из следующих частей: Введение; Основная часть; Заключение.

Во введении дается обоснование выбора данной темы и направления ее детализации, что достигается правильно сформулированными задачами, которые целесообразно раскрыть при построении доклада.

В основной части раскрываются теоретические основы изучаемой проблемы, и дается ответ на основной вопрос доклад. Подготовка этой части доклада предполагает развитие навыков аргументации и анализа, обоснование выводов и положений, исходя из имеющихся данных, других аргументов и позиций по изучаемому вопросу. В этом состоит основное содержание доклада и это представляет собой главную трудность. Для четкости и формализации основной части доклада следует использовать подзаголовки (разделы аргументации), т.к. именно структура основной части является обоснованием предлагаемой системы аргументации, иллюстрирует применяемые методы анализа. При необходимости в качестве аналитического инструмента можно использовать графики, диаграммы и таблицы.

Большую часть доклада должен составлять самостоятельный авторский текст, опирающийся на изученную ординатором литературу и его собственное видение проблемы. В то же время, при написании доклада бывает целесообразно приводить соответствующие цитаты из используемых публикаций. Цитаты обычно применяются при необходимости подчеркнуть оценку той или иной проблемы определённым автором.

В заключении обобщаются выводы по теме с указанием области ее применения.

Методические указания по решению ситуационных задач.

Составление и решение ситуационных задач (кейсов) – это вид самостоятельной работы студента по систематизации информации в рамках постановки или решения конкретных проблем. Решение ситуационных задач – чуть менее сложное действие, чем их создание. И в первом, и во втором случае требуется самостоятельный мыслительный поиск самой проблемы её решения. Такой вид самостоятельной работы направлен на развитие мышления, творческих умений, усвоение знаний, добытых в ходе активного поиска и самостоятельного решения проблем. Следует отметить, что такие знания более прочные, они позволяют обучающемуся видеть, ставить и разрешать как стандартные, так и не стандартные задачи, которые могут возникнуть в дальнейшем в профессиональной деятельности. Продумывая систему проблемных вопросов, студент должен опираться на уже имеющуюся базу данных, но не повторять вопросы, уже содержащиеся в прежних заданиях по теме. Проблемные вопросы должны отражать интеллектуальные затруднения и вызывать целенаправленный мыслительный поиск. Решения ситуационных задач относятся к частично поисковому методу, и предполагает третий (применение) и четвертый (творчество) уровень знаний.

Методические рекомендации по подготовке к тестированию.

Тесты – это вопросы или задания, предусматривающие конкретный, краткий, четкий ответ на имеющиеся эталоны ответов. При самостоятельной подготовке к тестированию студенту необходимо:

а) готовясь к тестированию, проработайте информационный материал по дисциплине.

б) четко выясните все условия тестирования заранее. Вы должны знать, сколько тестов Вам будет предложено, сколько времени отводится на тестирование, какова система оценки результатов и т.д.

в) приступая к работе с тестами, внимательно и до конца прочтите вопрос и предлагаемые варианты ответов. Выберите правильные (их может быть несколько). На отдельном листке ответов выпишите цифру вопроса и буквы, соответствующие правильным ответам;

г) в процессе решения желательно применять несколько подходов в решении задания. Это позволяет максимально гибко оперировать методами решения, находя каждый раз оптимальный вариант.

д) если Вы встретили чрезвычайно трудный для Вас вопрос, не тратьте много времени на него. Переходите к другим тестам. Вернитесь к трудному вопросу в конце.

е) обязательно оставьте время для проверки ответов, чтобы избежать механических ошибок.

Работа с книжными и электронными источниками

В процессе подготовки к практическим занятиям, студентам необходимо обратить особое внимание на самостоятельное изучение рекомендованной учебно-методической (а также научной и популярной) литературы.

Самостоятельная работа с учебниками, учебными пособиями, научной, справочной и популярной литературой, материалами периодических изданий и Интернета, статистическими данными является наиболее эффективным методом получения знаний, позволяет значительно активизировать процесс овладения информацией, способствует более глубокому усвоению изучаемого материала, формирует у обучающихся свое отношение к конкретной проблеме.

Более глубокому раскрытию вопросов способствует знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной преподавателем по каждой теме семинарского или практического занятия, что позволяет студентам проявить свою индивидуальность в рамках выступления на данных занятиях, выявить широкий спектр мнений по изучаемой проблеме.

Методические указания по подготовке к опросу

Самостоятельная работа обучающихся включает подготовку к устному опросу на

занятиях. Для этого обучающийся изучает лекции преподавателя, основную и дополнительную литературу, публикации, информацию из Интернет-ресурсов.

Тема и вопросы к практическим занятиям, вопросы для самоконтроля содержатся в рабочей учебной программе и доводятся до студентов заранее. Эффективность подготовки обучающихся к устному опросу зависит от качества ознакомления с рекомендованной литературой.

Для подготовки к устному опросу обучающемуся необходимо ознакомиться с материалом, посвященным теме занятия, в учебнике или другой рекомендованной литературе, записях с лекционного занятия, обратить внимание на усвоение основных понятий дисциплины (модуля), выявить неясные вопросы и подобрать дополнительную литературу для их освещения, составить тезисы выступления по отдельным проблемным аспектам. В зависимости от темы, может применяться фронтальная или индивидуальная форма опроса. При индивидуальном опросе обучающемуся дается 5-10 минут на раскрытие темы.

Подготовка к текущему контролю

Текущий контроль – это регулярная проверка усвоения учебного материала на протяжении семестра. К его достоинствам относится систематичность, постоянный мониторинг качества обучения, а также возможность оценки успеваемости обучающихся.

Текущий контроль осуществляется преподавателем в процессе проведения практических занятий в ходе устного опроса обучающихся, а также выполнения тестовых заданий и (или) решения задач.

Подготовка к текущему контролю включает 2 этапа:

- 1й – организационный;
- 2й - закрепление и углубление теоретических знаний.

На первом этапе обучающийся планирует свою самостоятельную работу, которая включает:

- уяснение задания на самостоятельную работу;
- подбор учебной и научной литературы;
- составление плана работы, в котором определяются основные пункты предстоящей подготовки.

Второй этап включает непосредственную подготовку обучающегося к текущему контролю. Подготовка проводится в ходе самостоятельной работы обучающихся и включает в себя повторение пройденного материала по вопросам предстоящего опроса. Помимо основного материала обучающийся должен изучить дополнительную учебную и научную литературу и информацию по теме, в том числе с использованием Интернет-ресурсов. Опрос предполагает устный ответ обучающегося на один основной и несколько дополнительных вопросов преподавателя.

Заканчивать подготовку следует составлением плана (конспекта) по изучаемому материалу (вопросу). Это позволяет составить концентрированное, сжатое представление по изучаемым вопросам. При необходимости следует обращаться за консультацией к преподавателю. Идя на консультацию, необходимо хорошо продумать вопросы, которые требуют разъяснения.

Подготовка к промежуточной аттестации.

По итогам 1 и 3 семестров проводятся экзамены. При подготовке к сдаче экзаменов рекомендуется пользоваться материалами лекционных, практических занятий и материалами, изученными в ходе текущей самостоятельной работы.

При подготовке к промежуточной аттестации целесообразно:

- внимательно изучить перечень вопросов и определить, в каких источниках находятся сведения, необходимые для ответа на них;
- внимательно прочитать рекомендованную литературу;
- составить краткие конспекты ответов (планы ответов).

6. Образовательные технологии

№ семестра	Виды учебной работы	Образовательные технологии, используемые при реализации различных видов учебной деятельности	Всего часов
1	Тема 1. Общие вопросы организации акушерско-гинекологической помощи Основные методы обследования в акушерстве Предгравидарная подготовка	Лекция-визуализация	2
3	Тема 3. Биомеханизм родов при затылочных предлежаниях. Биомеханизм родов при разгибательных вставлениях головки, асинклитизм	Лекция-визуализация	2
1	Тема 6. Клиника, диагностика, родоразрешение. Невынашивание беременности. Преждевременные роды.	Разбор клинических случаев	20
Всего в 1 и 3 семестре			44

7. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

7.1. Перечень основной и дополнительной литературы

Список основной литературы	
1.	Славянова И.К. Акушерство и гинекология / Славянова И.К.. — Ростов-на-Дону : Феникс, 2021. — 575 с. — ISBN 978-5-222-35222-9. — Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. — URL: https://www.iprbookshop.ru/116223.html — Режим доступа: для авторизир. пользователей .- Текст: электронный
2.	Кузнецова, Л. Э. Акушерство : учебное пособие / Л. Э. Кузнецова. — Минск : Республиканский институт профессионального образования (РИПО), 2022. — 600 с. — ISBN 978-985-7253-99-9. — Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. — URL: https://www.iprbookshop.ru/134072.html — Режим доступа: для авторизир. пользователей .- Текст: электронный
3.	Кузнецова, Л. Э. Гинекология : учебное пособие / Л. Э. Кузнецова. — Минск : Республиканский институт профессионального образования (РИПО), 2021. — 340 с. — ISBN 978-985-7253-63-0. — Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. — URL: https://www.iprbookshop.ru/125448.html — Режим доступа: для авторизир. пользователей.-Текст: электронный
Список дополнительной литературы	
4.	Иванов А.А. Акушерство и гинекология : учебное пособие / Иванов А.А.. — Саратов : Научная книга, 2019. — 158 с. — ISBN 978-5-9758-1879-9. — Текст : электронный // Цифровой образовательный ресурс IPR SMART : [сайт]. — URL: https://www.iprbookshop.ru/80977.html — Режим доступа: для авторизир.

	пользователей.- Текст: электронный
5.	Гинекология: Учебник / Под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Брусенко.- 3-е изд., перераб. и доп. М.: ГЕОТАР- Медиа, 2008 .-432 с. : ил.- ISBN 978-5-9704-0957-2- Текст: непосредственный.
6.	Акушерство: учебник / Г.М. Савельева, Р.И. Шалина, Л.Г. Сичинава, О.Б. Панина, М.А. Курцер.-М.:ГЕОТАР-Медиа,2015.656с.:ил.-ISBN978-5-9704-3295-2-Текст: непосредственный.

7.2. Периодические (специализированные) издания

- журнал Инновационные технологии в медицине <http://www.iprbookshop.ru/37669.html>
- журнал Медицинская визуализации <http://www.iprbookshop.ru/7262.html>

7.3. Интернет-ресурсы, справочные системы

- <https://www.cochrane.org/ru/evidence> - Кокрейновская библиотека
- <http://elibrary.ru> - Научная электронная библиотека

7.4. Информационные технологии, лицензионное программное обеспечение

Лицензионное программное обеспечение	Реквизиты лицензий/ договоров
MS Office 2003, 2007, 2010, 2013	Сведения об Open Office: 63143487, 63321452, 64026734, 6416302, 64344172, 64394739, 64468661, 64489816, 64537893, 64563149, 64990070, 65615073 Лицензия бессрочная
Антивирус Dr.Web Desktop Security Suite	Лицензионный сертификат Серийный № 661F-1EQ8-BH73-6A97 Срок действия: с 22.12.2023 до 22.12.2024
Консультант Плюс	Договор № 272-186/С-24-01 от 19.01.2024 г.
Цифровой образовательный ресурс IPRsmart	Лицензионный договор №10423/23П от 30.06.2023 г. Срок действия: 01.07.2023 г. до 30.06.2024 г.
Бесплатное ПО	
Sumatra PDF, 7-Zip	

8. Материально-техническое и программное обеспечение дисциплины

8.1. Требования к аудиториям (помещениям, местам) для проведения занятий

1. Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа (Ауд.№ 201)

Оборудование: ученические столы – 36 шт., стол учителя – 1шт. кафедра настольная – 1 шт. стулья – 65 шт., доска настенная – 1 шт.

Технические средства обучения: проектор – 1 шт., экран рулонный – 1 шт., ноутбук – 1 шт., мультимедиа –проектор – 1 шт.

Звукоусиливающие устройства: микрофон настольный конденсаторный – 1 шт., усилитель настольный трансляционный – 1 шт., громкоговоритель настенный – 1шт.

2. Учебная аудитория для проведения занятий семинарского типа (Ауд. № 12)

Специализированная мебель

доска меловая – 1 шт., кафедра настольная – 1 шт.,

комплект учебной мебели на 48 посадочных мест, стол преподавательский – 1 шт., кресло – 1 шт.

Мультимедийные средства обучения: экран настенный – 1 шт., проектор – 1 шт.

3. Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами.

Операционный блок. Операционная:

Тонометр – 1 шт., термометр – 1 шт., противошоковый набор – 1 шт., набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий – 1 шт., электрокардиограф – 1 шт., облучатель бактерицидный – 1 шт., аппарат наркозно-дыхательный – 1 шт., аппарат искусственной вентиляции легких – 1 шт., инфузомат – 1 шт., отсасыватель послеоперационный – 1 шт., дефибриллятор с функцией синхронизации – 1 шт., стол операционный хирургический многофункциональный универсальный – 1 шт., хирургический, микрохирургический инструментарий – 1 шт., универсальная система ранорасширителей с прикреплением к операционному столу – 1 шт., лапароскоп – 1 шт., комплект оборудования для лапароскопии – 1 шт., набор эндоскопических инструментов – 1 шт., видеочамера эндоскопическая – 1 шт., видеочамера эндоскопическая однопиповая – 1 шт., вакуумный экстрактор – 1 шт. комплекс для эндовидеохирургии с набором инструментов - 1 шт., УЗИ-аппарат – 1 шт., гистерорезектоскопический видеоконплекс в конплекте – 1 шт., гистероскоп – 1 шт., расходные материалы.

4. Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами.

Манипуляционная.

тонометр - 1 шт., фонендоскоп - 1 шт., термометр - 1 шт., набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий - 1 шт., облучатель бактерицидный - 1 шт., отсасыватель гинекологический – 1 шт., светильник медицинский – 1 шт., кресло гинекологическое – 2 шт., стол для медикаментов – 1 шт., стол для перевязочного материала – 1шт., электрический отсос – 1 шт., расходный материал.

5. Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами.

Кабинет кольпоскопии:

тонометр - 1 шт., фонендоскоп - 1 шт., термометр - 1 шт., набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий - 1 шт., облучатель бактерицидный - 1 шт., медицинские весы – 1 шт., ростомер – 1 шт., кольпоскоп с шарнирной стойкой – 1 шт., вакуумный экстрактор – 1шт., кресло гинекологическое – 1 шт., расходный материал.

6. Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами.

Индивидуальный родовой зал № 1:

акушерские щипцы - 1 шт., амниотом – 3 шт., аппарат для измерения артериального давления - 1 шт., монитор анестезиологический - 1 шт., аппарат для маточной баллонной тампонады - 1 шт., аппарат для ультразвукового исследования с цветным доплером и двумя датчиками (переносной)- 1 шт., аппарат искусственной вентиляции легких стационарный (транспортный) – 1 шт., весы для новорожденных (электронные) - 1 шт., диспенсер для мытья и дезинфекции рук – 1 шт., насос инфузионный для новорожденных – 1 шт., источник кислорода (центральная разводка или концентратор кислорода) – 1 шт., источник медицинского воздуха – 1 шт., каталка медицинская – 1 шт., контейнеры и емкости для сбора бытовых и медицинских отходов – 2 шт., емкость для дезинфекции инструментария и расходных материалов – 1 шт., кровать функциональная для приема родов – 1 шт., ларингоскоп с набором клинков – 1 шт., монитор жизненно важных функций неонатальный с возможностью проведения пульсоксиметрии, ЭКГ-мониторинга, термометрии тела – 1 шт., набор для сердечно-легочной реанимации, многоразового использования – 1 шт., Набор инструментов для зашивания разрывов мягких родовых путей – 3 шт., набор инструментов для осмотра родовых путей – 3 шт., насос инфузионный (инфузомат) – 1 шт., облучатель бактерицидный - 1 шт., облучатель фототерапевтический с возможностью регулировки высоты блока облучения и

возможностью его поворота – 1 шт., стол для реанимации новорожденных – 1 шт., противошоковая укладка – 1 шт., пульсоксиметр с питанием от батареи и возможностью зарядки от сети постоянного тока – 1 шт., светильник медицинский передвижной – 1 шт., светильник медицинский потолочный – 1 шт., система для вакуум-экстракции плода – 1 шт., смеситель воздушно-газовой смеси – 1 шт., стетоскоп акушерский 1 шт., стетофонендоскоп – 1 шт., стол для врача анестезиолога-реаниматолога – 1 шт., стол пеленальный с подогревом для новорожденных – 1 шт., стол инструментальный разборный - 1 шт., укладка для профилактики парентеральных инфекций – 1 шт., установка для дезинфекции медицинских изделий – 1 шт., фетальный монитор – 1 шт., фонендоскоп для новорожденных – 1 шт., холодильник медицинский – 1 шт., шкаф для медикаментов – 1 шт., шкаф для хранения стерильного материала – 1 шт., электроотсос для новорожденных – 1 шт., аппарат наркозно-дыхательный – 1 шт., облучатель для фототерапии красным светом, с питанием от сети- 1 шт., расходный материал.

7. Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами.

Операционная:

аппарат искусственной вентиляции легких стационарный (транспортный) – 1 шт., аппарат для реинфузии крови – 1 шт., аппарат для электрохирургии – 1 шт., аппарат для механической искусственной вентиляции легких для новорожденных с опцией СРАР и кислородным смесителем или аппарат для ручной искусственной вентиляции легких для новорожденных поточного типа с опцией СРАР и кислородным смесителем и ротаметром – 1 шт., аппарат наркозно-дыхательный – 1 шт., аспиратор (помпа) хирургический – 1 шт., весы для новорожденных (электронные) – 1 шт., дефибрилятор внешний автоматический для профессионального использования с питанием от сети и от аккумуляторной батареи – 1 шт., насос инфузионный – 1 шт., насос инфузионный для новорожденных – 1 шт., источник кислорода (центральная разводка или концентратор кислорода) – 1 шт., источник медицинского воздуха – 1 шт., капнограф – 1 шт., каталка медицинская – 1 шт., контейнеры и емкости для сбора бытовых и медицинских отходов – 2 шт., емкость для дезинфекции инструментария и расходных материалов – 1 шт., контейнер для хранения стерильных инструментов и материала – 2 шт., ларингоскоп (набор) – 1 шт., аппарат для подогревания инфузионных растворов – 1 шт., аппарат дыхательный ручной – 1 шт., монитор жизненно важных функций неонатальный с возможностью проведения пульсоксиметрии, ЭКГ-мониторинга, термометрии тела – 1 шт., монитор анестезиологический – 1 шт., набор для катетеризации центральных вен – 1 шт., набор для сердечно-легочной реанимации, многоцветного использования – 1 шт., набор для реанимации – 1 шт., набор для эпидуральной анестезии – 2 шт., набор трахеостомических трубок – 1 шт., набор хирургических инструментов – 3 шт., бактерицидный облучатель – 1 шт., стол для реанимации новорожденных – 1 шт., пульсоксиметр с питанием от батареи и возможностью зарядки от сети постоянного тока – 1 шт., светильник медицинский передвижной – 1 шт., светильник медицинский потолочный – 1 шт., смеситель воздушно-газовой смеси – 2 шт., стеновые или потолочные энерго- и газоснабжающие шины с комплектом передвижных плеч – 2 шт., стетофонендоскоп – 1 шт., стойка (штатив) для инфузионных систем – 2 шт., стойка для медицинской техники – 1 шт., стол многофункциональный хирургический с электроприводом или механический с гидроприводом с приводом в комплекте – 1 шт., стол для врача анестезиолога-реаниматолога – 1 шт., стол пеленальный с подогревом для новорожденных – 1 шт., стол инструментальный для операционной медсестры – 1 шт., термоматрас для операционного стола – 1 шт., укладка для профилактики парентеральных инфекций – 1 шт., фонендоскоп для новорожденных – 1 шт., электроотсос – 1 шт., электроотсос для новорожденных – 1 шт., маска ларингеальная – 1 шт., расходный материал.

8. Специально оборудованное помещение для проведения учебных занятий.

Аудитории, оборудованные фантомной и симуляционной техникой, имитирующей медицинские манипуляции и вмешательства.

Аккредитационно-симуляционный центр.

Кабинет №2:

Специальное оборудование: тренажер для сердечно-легочной реанимации – 1 шт., тренажер для общего ухода за больными – 1 шт., тренажер для выслушивания шумов сердца и легких - 1 шт., тренажер-рука для внутривенных вливаний – 1 шт., тренажер-голова для проведения интубации – 1 шт., тренажер для катетеризации мочевого пузыря – 1 шт., тренажер для пальпации органов ЖКТ – 1 шт., тренажер для выполнения акушерских пособий – 1 шт., электрокардиограф – 1 шт., тренажер Максим 3-01 - 1 шт., тренажер CPR LillyPRO II с планшетным компьютером, светлая кожа – 1 шт., тренажер симулятор для обработки навыков внутривенных и внутримышечных инъекций – 1 шт., симуляционный автоматический наружный дефибриллятор AED – 1 шт.

9. Помещения для самостоятельной работы обучающихся (Библиотечно-издательский центр (БИЦ)).

Электронный читальный зал.

Оборудование: комплект учебной мебели на 28 посадочных мест, столы компьютерные – 20 шт., стулья – 20 шт. Технические средства обучения: интерактивная доска - 1 шт., проектор - 1 шт., универсальное настенное крепление – 1 шт., персональный компьютер-моноблок – 1 шт., персональные компьютеры с подключением к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационно - образовательную среду Организации – 20 шт., МФУ - 1 шт.

8.2. Требования к оборудованию рабочих мест преподавателя и обучающихся

1. Рабочее место преподавателя, оснащенное компьютером с доступом в интернет.
2. Рабочие места обучающихся, оснащенные компьютером с доступом в интернет, предназначенные для работы в цифровом образовательном ресурсе.

8.3. Требования к специализированному оборудованию

Нет.

9. Особенности реализации дисциплины для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

Для обеспечения образования инвалидов и обучающихся с ограниченными возможностями здоровья разрабатывается (в случае необходимости) адаптированная образовательная программа, индивидуальный учебный план с учетом особенностей их психофизического развития и состояния здоровья, в частности применяется индивидуальный подход к освоению дисциплины, индивидуальные задания: доклады, письменные работы и, наоборот, только устные ответы и диалоги, индивидуальные консультации, использование диктофона и других записывающих средств для воспроизведения лекционного и семинарского материала.

В целях обеспечения обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья комплектуется фонд основной учебной литературой, адаптированной к ограничению электронных образовательных ресурсов, доступ к которым организован в БИЦ Академии. В библиотеке проводятся индивидуальные консультации для данной категории пользователей, оказывается помощь в регистрации и использовании сетевых и локальных электронных образовательных ресурсов, предоставляются места в читальном зале.

10. Оценка качества освоения программы

Оценка качества освоения программы обучающимися включает текущий контроль, промежуточную аттестацию и государственную итоговую аттестацию.

Структура, последовательность и количество этапов текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации ординаторов регламентируются учебным планом, графиком учебного процесса, расписаниями учебных занятий. Текущий контроль сформированности компетенций осуществляется на лекциях, семинарах, во время прохождения практик, а также при самостоятельной работе под руководством преподавателя в формах, предусмотренных программой. Результаты текущего контроля успеваемости фиксируются преподавателями в журналах посещаемости и успеваемости. Текущий контроль осуществляется кафедрой, реализующей программу.

Промежуточная аттестация проводится с использованием фонда оценочных средств, представленного в приложении к настоящей программе.

Основные результаты освоения образовательной программы высшего образования с учетом вида профессиональной деятельности, профессиональных задач и профессиональных компетенций приведены в следующей таблице

Виды профессиональной деятельности	Профессиональные задачи	Профессиональные компетенции
Медицинская	<p>А/01.8 Проведение медицинского обследования пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическим и заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара</p> <p>А/02.8 Назначение и проведение лечения пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическим и заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контроль его эффективности и безопасности в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара</p> <p>А/06.8 Проведение анализа медико-статистической информации, ведение</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-3

	медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала А/07.8 Оказание медицинской помощи в экстренной форме	
--	--	--

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

ПО ДИСЦИПЛИНЕ Акушерство и гинекология

ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«Акушерство и гинекология»

1. Компетенции, формируемые в процессе изучения дисциплины

Код компетенции	Содержание компетенции
УК-1	Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
ОПК-4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
ОПК-5	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
ОПК-6	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
ОПК-7	Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу
ОПК-8	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
ОПК-9	Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
ОПК-10	Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства
ПК-1	Способен к оказанию медицинской помощи населению по профилю "акушерство и гинекология" в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара
ПК-2	Способен к оказанию медицинской помощи населению по профилю "акушерство и гинекология" в стационарных условиях
ПК-3	Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала

2. Этапы формирования компетенции в процессе освоения дисциплины

Основными этапами формирования указанных компетенций при изучении обучающимися дисциплины являются последовательное изучение содержательно связанных между собой разделов (тем) учебных занятий. Изучение каждого раздела (темы) предполагает овладение обучающимися необходимыми компетенциями. Результат аттестации обучающихся на различных этапах формирования компетенций показывает уровень освоения компетенций обучающимися.

Этапность формирования компетенций прямо связана с местом дисциплины в образовательной программе.

Тема дисциплины	Формируемые компетенции (коды)										
	УК-1	ОПК-4	ОПК-5	ОПК-6	ОПК-7	ОПК-8	ОПК-9	ОПК-10	ПК-1	ПК-2	ПК-3
Раздел 1. Акушерство Тема 1. Общие	+			+		+	+				+

вопросы организации акушерско-гинекологической помощи Основные методы обследования в акушерстве Предгравидарная подготовка											
Тема 2. Физиология беременности Таз с акушерской точки зрения. Плод как объект родов.	+			+	+		+		+	+	+
Тема 3. Биомеханизм родов при затылочных предлежаниях. Биомеханизм родов при разгибательных вставлениях головки, асинклитизм	+			+	+			+		+	
Тема 4. Клиническое течение и ведение родов. Аномалии родовой деятельности.	+			+			+				+
Тема 5. Тазовые предлежания. Узкий таз. Клинический узкий таз.		+	+		+			+	+	+	
Тема 6. Клиника, диагностика, родоразрешение. Невынашивание беременности. Преждевременные роды.		+	+		+		+	+	+	+	
Тема 7. Акушерские кровотечения: кровотечения во время беременности и родов Кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах. Геморрагический шок.		+	+		+	+		+	+	+	+
Тема 8. Принципы инфузионной терапии Перинатальная охрана плода и новорожденного. Влияние вредных факторов на плод		+	+		+	+	+	+	+	+	
Тема 9. Врожденные аномалии		+	+		+	+		+	+	+	+

плода Хромосомная патология плода											
Тема 10. Дистресс плода. Асфиксия новорожденного. Помощь новорожденному в родильном зале		+	+		+		+	+	+	+	+
Тема 11. Гипертензивные состояния у беременных. Преэклампсия Атипичный гемолитико – уремический синдром (аГУС). Тромботическая Тромбоцитопеническая Пурпура (ТТП) Плацентарная недостаточность. ЗРП		+	+		+	+		+	+	+	
Тема 12. Многоплодная беременность		+	+		+	+		+	+	+	
Тема 13. Физиология и патология послеродового периода. Сепсис Экстрагенитальная патология и беременность: сахарный диабет, патология щитовидной железы, патология сердца, патология почек		+	+		+		+	+	+	+	
Тема 14. Резус- сенсibilизация Хирургия плода Гинекологические заболевания и беременность «Острый живот» в акушерстве		+	+		+		+	+	+	+	+
Тема 17. Нейроэндокринные синдромы Воспалительные заболевания женских половых органов	+	+	+	+	+	+		+	+	+	
Тема 18. Планирование семьи. Методы контрацепции Бесплодный брак.	+	+		+	+		+	+	+	+	+

Вспомогательные репродуктивные технологии											
Тема 19. Миома матки Современные технологии в лечении миомы матки: ЭМА, гистерорезекция миоматозных узлов	+	+	+	+	+	+		+	+	+	
Тема 20. Эндометриоз. Аденомиоз Патология эндометрия. Гиперпластические процессы эндометрия	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+
Тема 21. Патология вульвы Нарушение функции тазового дна. Опущение тазовых органов. Несостоятельность мышц тазового дна	+	+	+	+	+	+		+	+	+	
Тема 22. Пороки развития половых органов	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Тема 23. Тромбозэмболические осложнения в акушерстве и гинекологии. Риски и профилактика ВТЭО	+	+	+	+	+	+		+	+	+	
Тема 24. Заболевания молочных желез. Профилактические осмотры, диагностика заболеваний молочных желез.	+	+	+	+	+		+	+	+	+	
Тема 25. Тактика врача акушера-гинеколога «Острый живот» в гинекологии	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+

3. Показатели, критерии и средства оценивания компетенций, формируемых в процессе изучения дисциплины

УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного)	Критерии оценивания результатов обучения				Средства оценивания результатов обучения	
	Неудовлетв	Удовлетворительно	Хорошо	Отлично	текущий контроль	промежуточный

уровня освоения компетенций)						контроль
УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Не достаточно анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Частично анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	В полной мере анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости, доклады, ситуационные клинические задачи	Экзамен
УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Не достаточно оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Частично оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	В полной мере оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости, доклады, ситуационные клинические задачи	Экзамен

ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения				Средства оценивания результатов обучения	
	Неудовлетв	Удовлетворит ельно	Хорошо	Отлично	текущий контроль	промежуточный контроль
ОПК-4.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями	Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, но допускает	Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями. но	Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями	В полной мере проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания для проведения	Экзамен

ми и (или) состояниями	грубые ошибки	испытывает определенные затруднения			текущего контроля успеваемости, доклады, ситуационные клинические задачи	
ОПК 4.2 Направляет пациентов на лабораторные и инструментальные обследования	Не назначает необходимо достаточный комплекс лабораторных и инструментальных методов исследования, как предоперационного, так и в отделении и интенсивной терапии	Назначает необходимо достаточный комплекс лабораторных и инструментальных методов исследования, как предоперационного, так и в отделении и интенсивной терапии, но допускает ошибки	Назначает необходимо достаточный комплекс лабораторных и инструментальных методов исследования, как предоперационного, так и в отделении и интенсивной терапии	В полной мере назначает необходимо достаточный комплекс лабораторных и инструментальных методов исследования, как предоперационного, так и в отделении и интенсивной терапии	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости, доклады, ситуационные клинические задачи	Экзамен

ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность

Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения				Средства оценивания результатов обучения	
	Неудовлетв	Удовлетворительно	Хорошо	Отлично	текущий контроль	промежуточный контроль
ОПК-5.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях	Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, но допускает грубые ошибки	Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, но испытывает затруднения	Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях	В полной мере назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости, доклады, ситуационные клинические задачи	Экзамен
ОПК-5.2	Не	Контролирует	Контролирует	В полной	Комплект	Экзамен

Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения	достаточно контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения	эффективность и безопасность назначенного лечения, но испытывает затруднения	эффективность и безопасность назначенного лечения	мере контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения	вопросов к устному опросу Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости, доклады, ситуационные клинические задачи
--	---	--	---	---	---

ОПК-6 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов

Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения				Средства оценивания результатов обучения	
	Неудовлетв	Удовлетворительно	Хорошо	Отлично	текущий контроль	промежуточный контроль
ОПК-6.1 Назначает мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях акушерско-гинекологического профиля	Не знает порядок организации медицинской реабилитации, не умеет разрабатывать план реабилитационных мероприятий для пациентов с заболеваниями и (или) состояниями акушерско-гинекологического профиля	Частично знает порядок организации медицинской реабилитации, частично умеет разрабатывать план реабилитационных мероприятий для пациентов с заболеваниями и (или) состояниями акушерско-гинекологического профиля	Знает порядок организации медицинской реабилитации, умеет разрабатывать план реабилитационных мероприятий для пациентов с заболеваниями и (или) состояниями акушерско-гинекологического профиля	В полной мере знает порядок организации медицинской реабилитации, в полной мере умеет разрабатывать план реабилитационных мероприятий для пациентов с заболеваниями и (или) состояниями акушерско-гинекологического профиля	Комплект контрольных вопросов, перечень практических навыков	Экзамен

ОПК-6.2 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях	Не знает методы оценки эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитации у пациентов акушерско-гинекологического профиля, не владеет методикой проведения и контроля различных мероприятий по медицинской реабилитации	Частично знает методы оценки эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитации у пациентов акушерско-гинекологического профиля, частично владеет методикой проведения и контроля различных мероприятий по медицинской реабилитации	Знает методы оценки эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитации у пациентов акушерско-гинекологического профиля, владеет методикой проведения и контроля различных мероприятий по медицинской реабилитации	В полной мере знает методы оценки эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитации у пациентов акушерско-гинекологического профиля, не владеет методикой проведения и контроля различных мероприятий по медицинской реабилитации	Комплект контрольных вопросов, перечень практических навыков	Экзамен
--	--	--	--	---	--	---------

ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу

Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения				Средства оценивания результатов обучения	
	Неудовлетв	Удовлетворительн	Хорошо	Отлично	текущий контроль	промежуточный контроль
ОПК-7.1 Направляет пациентов на медицинскую экспертизу	Направляет пациентов на медицинскую экспертизу, но не достаточно обладает знаниями основных нормативно-правовых актов, регламентирующие проведение медицинской экспертизы пациентов, находящихся	Направляет пациентов на медицинскую экспертизу, частично обладает знаниями основных нормативно-правовых актов, регламентирующие проведение медицинской экспертизы пациентов, находящихся на лечении в стационаре и в	Направляет пациентов на медицинскую экспертизу, обладает знаниями основных нормативно-правовых актов, регламентирующие проведение медицинской экспертизы пациентов, находящихся на лечении в	Направляет пациентов на медицинскую экспертизу, в полной мере обладает знаниями основных нормативно-правовых актов, регламентирующие проведение медицинской экспертизы пациентов, находящихся	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости, доклады, ситуационные задачи	Экзамен

	на лечении в стационаре и в отделении интенсивной терапии	отделении интенсивной терапии	стационаре и в отделении интенсивной терапии	на лечении в стационаре и в отделении интенсивной терапии		
ОПК-7.2 Организует, контролирует и проводит медицинскую экспертизу	Организует, контролирует и проводит медицинскую экспертизу, но допускает грубые ошибки	Организует, контролирует и проводит медицинскую экспертизу, но испытывает трудности	Организует, контролирует и проводит медицинскую экспертизу	В полной мере организует, контролирует и проводит медицинскую экспертизу	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости, доклады, ситуационные клинические задачи	Экзамен

ОПК-8 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения				Средства оценивания результатов обучения	
	Неудовлетв	Удовлетворит	Хорошо	Отлично	текущий контроль	промежуточный контроль
ОПК-8.1 Проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	Не проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	Частично проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	Проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	В полной мере проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости, доклады, ситуационные клинические задачи	Экзамен
ОПК-8.2 Оценивает и контролирует эффективность профилактич	Оценивает и контролирует эффективность профилактич	Не в полной мере оценивает и контролирует эффективность	Оценивает и контролирует эффективность профилактич	В полной мере оценивает и контролирует эффективность	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые	Экзамен

профилактической работы	еской работы, но допускает грубые ошибки	ь профилактической работ	еской работ	ь профилактической работ	задания для проведения текущего контроля успеваемости, доклады, ситуационные клинические задачи	
-------------------------	--	--------------------------	-------------	--------------------------	---	--

ОПК-9 Способен проводить анализ медико- статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения				Средства оценивания результатов обучения	
	Неудовлетв	Удовлетворительно	Хорошо	Отлично	текущий контроль	промежточный контроль
ОПК-9.1 Ведет медицинскую документацию и организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	Не знает принципы организации деятельности медицинского персонала, не владеет навыками организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала и использования персональных данных пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну	Частично знает принципы организации деятельности медицинского персонала, частично владеет навыками организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала и использования персональных данных пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну	Знает принципы организации деятельности медицинского персонала, владеет навыками организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала и использования персональных данных пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну	В полной мере знает принципы организации деятельности медицинского персонала, владеет навыками организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала и использования персональных данных пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну	Комплект контрольных вопросов, перечень практических навыков	Экзамен

ОПК-10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения				Средства оценивания результатов обучения	
	Неудовлетв	Удовлетворительно	Хорошо	Отлично	текущий контроль	промежуточный контроль
ОПК-10.1 Оценивает состояния пациентов	Частично оценивает состояния, представляющие угрозу жизни пациентам, включая состояние клинической смерти, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме	Оценивает состояния, представляющие угрозу жизни пациентам, включая состояние клинической смерти, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, но испытывает определенные трудности	Оценивает состояния, представляющие угрозу жизни пациентам, включая состояние клинической смерти, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме	В полной мере оценивает состояния, представляющие угрозу жизни пациентам, включая состояние клинической смерти, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости, доклады, ситуационные клинические задачи	Экзамен
ОПК-10.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Частично оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, но испытывает трудности	Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	В полной мере оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости, доклады, ситуационные клинические задачи	Экзамен

ПК-1 Способен к оказанию медицинской помощи населению по профилю "Акушерство и гинекология" в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара

Планируемые результаты обучения	Критерии оценивания результатов обучения	Средства оценивания результатов обучения
---------------------------------	--	--

(показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Неудовлетв	Удовлетворительно	Хорошо	Отлично	текущий контроль	промежуточный контроль
ПК-1.1 Проводит медицинское обследование пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара	Не проводит медицинское обследование пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара	Частично проводит медицинское обследование пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара	Проводит медицинское обследование пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара	В полной мере проводит медицинское обследование пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости, доклады, ситуационные клинические задачи	Экзамен
ПК-1.2 Назначает и проводит лечение пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контролирует	Затрудняется в назначении и проведении лечения пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контролирует его эффективность и	Частично назначает и проводит лечение пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контролирует его	Назначает и проводит лечение пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контролирует его эффективность и безопасность в амбулаторных	В полной мере назначает и проводит лечение пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контролирует	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости, доклады, ситуационные клинические задачи	Экзамен

его эффективность и безопасность в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара	безопасность в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара	эффективность и безопасность в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара	условиях и (или) в условиях дневного стационара	его эффективность и безопасность в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара		
ПК-1.3 Проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе реализует индивидуальные программы реабилитации или абилитации инвалидов	Не проводит и не контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе реализует индивидуальные программы реабилитации или абилитации инвалидов	Частично проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе реализует индивидуальные программы реабилитации или абилитации инвалидов	Проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе реализует индивидуальные программы реабилитации или абилитации инвалидов	В полной мере проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе реализует индивидуальные программы реабилитации или абилитации инвалидов	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости, доклады, ситуационные клинические задачи	Экзамен
ПК-1.4 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению среди женщин в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара	Не проводит и не контролирует эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению среди женщин в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара	Частично проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению среди женщин в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара	Проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению среди женщин в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара	В полной мере проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению среди женщин в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости, доклады, ситуационные клинические задачи	Экзамен
ПК-1.5 Проводит медицинские экспертизы в	Не проводит медицинские экспертизы в отношении	Частично проводит медицинские экспертизы в	Проводит медицинские экспертизы в отношении	В полной мере проводит медицинские	Комплект вопросов к устному опросу	Экзамен

отношении пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях стационара	пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях стационара	отношении пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях стационара	пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях стационара	экспертизы в отношении пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях стационара	Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости, доклады, ситуационные клинические задачи	
ПК-1.6 Оказывает пациентам медицинскую помощь в экстренной и неотложной форме	Не оказывает пациентам медицинскую помощь в экстренной и неотложной форме	Частично оказывает пациентам медицинскую помощь в экстренной и неотложной форме	Оказывает пациентам медицинскую помощь в экстренной и неотложной форме	В полной мере оказывает пациентам медицинскую помощь в экстренной и неотложной форме	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости, доклады, ситуационные клинические задачи	Экзамен

ПК-2 Способен к оказанию медицинской помощи населению по профилю "акушерство и гинекология" в стационарных условиях

Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения				Средства оценивания результатов обучения	
	Неудовлетв	Удовлетворительно	Хорошо	Отлично	текущий контроль	промежуточный контроль
ПК-2.1 Проводит медицинское обследование пациентов в период беременности, родов, в послеродовой	Не проводит медицинское обследование пациентов в период беременности, родов, в	Частично проводит медицинское обследование пациентов в период беременности	Проводит медицинское обследование пациентов в период беременности, родов, в	В полной мере проводит медицинское обследование	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания для проведения	Экзамен

период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными и диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях	послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях	, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях	послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях	пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях	текущего контроля успеваемости, доклады, ситуационные клинические задачи	
ПК-2.2 Назначает и проводит лечение пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими и заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контролирует его эффективность и безопасность в стационарных условиях	Не назначает и проводит лечение пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контролирует его эффективность и безопасность в стационарных условиях	Частично назначает и проводит лечение пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контролирует его эффективность и безопасность в стационарных условиях	Назначает и проводит лечение пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контролирует его эффективность и безопасность в стационарных условиях	В полной мере назначает и проводит лечение пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контролирует его эффективность и безопасность в стационарных условиях	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости, доклады, ситуационные клинические задачи	Экзамен
ПК-2.3 Проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации	Не проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации	Частично проводит и контролирует эффективность	Проводит и контролирует эффективность медицинской	В полной мере Проводит и контролирует	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые	Экзамен

пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическим заболеванием и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях	пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях	медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях	реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях	эффективность медицинской реабилитации и пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях	задания для проведения текущего контроля успеваемости, доклады, ситуационные клинические задачи	
ПК-2.4 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению среди женщин в стационарных условиях	Не проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению среди женщин в стационарных условиях	Частично проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению среди женщин в стационарных условиях	Проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению среди женщин в стационарных условиях	В полной мере проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению среди женщин в стационарных условиях	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости, доклады, ситуационные клинические задачи	Экзамен
ПК-2.5 Проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическим и заболеваниями и	Не проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическим	Частично проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с	Проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическим	В полной мере проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости, доклады, ситуационные клинические задачи	Экзамен

доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях	ими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях	гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях	скими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях	беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях		
ПК-2.6 Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме	Не оказывает пациентам медицинскую помощь в экстренной и неотложной форме в условиях стационара	Частично оказывает пациентам медицинскую помощь в экстренной и неотложной форме в условиях стационара	Оказывает пациентам медицинскую помощь в экстренной и неотложной форме в условиях стационара	В полной мере оказывает пациентам медицинскую помощь в экстренной и неотложной форме в условиях стационара	Комплект вопросов к устному опросу Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости, доклады, ситуационные клинические задачи	Экзамен

ПК-3 Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала

Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения				Средства оценивания результатов обучения	
	Неудовлетв	Удовлетворительно	Хорошо	Отлично	текущий контроль	промежуточный контроль
ПК-3.1 Проводит анализ медико-статистической информации, составляет план работы и отчеты в профессиональной деятельности врача	Не проводит анализ медико-статистической информации, составляет план работы и отчеты в профессиональной деятельности врача	Частично проводит анализ медико-статистической информации, составляет план работы и отчеты в профессиональной деятельности врача	Проводит анализ медико-статистической информации, составляет план работы и отчеты в профессиональной деятельности врача	В полной мере проводит анализ медико-статистической информации, составляет план работы и отчеты в профессиональной деятельности врача	Комплект контрольных вопросов, перечень практических навыков	Зачет с оценкой
ПК-3.2 Осуществляет ведение	Не осуществляет ведение	Частично осуществляет ведение	Осуществляет ведение медицинской	В полной мере осуществляет	Комплект контрольных вопросов,	Зачет с оценкой

медицинской документации, в том числе в форме электронного документа	медицинской документации, в том числе в форме электронного документа	медицинской документации, в том числе в форме электронного документа	документации, в том числе в форме электронного документа	т ведение медицинской документации и, в том числе в форме электронного документа	перечень практических навыков	
--	--	--	--	--	-------------------------------	--

4. Комплект методических материалов и контрольно-оценочных средств по дисциплине «Акушерство и гинекология»

4.1. Комплект вопросов к устному опросу, занятиям практического типа

1. Клинические, лабораторные и инструментальные методы диагностики в акушерстве.
2. Клинические, лабораторные и инструментальные методы диагностики в гинекологии.
3. Диспансеризация беременных женщин
4. Диспансеризация гинекологических пациенток.
5. Особенности оказания гинекологической помощи в детском и подростковом возрасте.
6. Контроль состояния гемостаза у акушерских и гинекологических пациенток.
7. Современные методы и возможности пренатальной диагностики в I и во II триместрах беременности.
8. Клинические методы оценки внутриутробного состояния плода.
9. Инструментальные методы оценки внутриутробного состояния плода.
10. Специальные инвазивные методы оценки внутриутробного состояния плода, показания и противопоказания к их применению.
11. Диагностика и дифференциальная диагностика проксимальных вариантов эктопической беременности (трубной, яичниковой, брюшной, в добавочном роге матки).
12. Лечение проксимальных вариантов эктопической беременности (трубной, яичниковой, брюшной, в добавочном роге матки).
13. Диагностика и дифференциальная диагностика дистальных вариантов эктопической беременности (шеечной и перешеечно-шеечной).
14. Лечение дистальных вариантов эктопической беременности (шеечной и перешеечно-шеечной).
15. Реабилитация больных после перенесенной внематочной беременности, восстановление фертильности. Профилактика внематочной беременности
16. Невынашивание и привычное невынашивание беременности.
17. Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН): причины, диагностика, профилактика, коррекция.
18. Неразвивающаяся (замершая) беременность.
19. Диагностика антифосфолипидного синдрома (АФЛС). Прегравидарная подготовка женщин с АФЛС.
20. Ведение беременности у женщин с антифосфолипидным синдромом (АФЛС).
21. Родоразрешение женщин с антифосфолипидным синдромом (АФЛС).
22. Патология околоплодных вод (полигидрамнион и олигогидрамнион): этиопатогенез, диагностика, тактика.
23. Патология пуповины плода: этиопатогенез, диагностика, акушерская тактика.
24. Трофобластическая болезнь: причины, диагностика, тактика лечения, профилактика.
25. Причины кровотечений при беременности. Предлежание плаценты.
26. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
27. Досрочное прерывание беременности по жизненным показаниям матери.
28. Досрочное родоразрешение по жизненным показаниям плода.
29. Методы прерывания беременности в различные сроки.
30. Пренатальная профисиндрома (РДС) новорожденных.

30. Часто встречающиеся формы раннего гестоза беременных (слинотечение, рвота беременных).
31. Редкие формы раннего гестоза беременных (хорея беременных, остеомаляция, дерматозы, острая желтая дистрофия печени).
32. Этиология, патогенез и классификация позднего гестоза беременных.
33. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и оценка степени тяжести позднего гестоза беременных. Профилактика позднего гестоза беременных
34. Принципы лечения и интенсивная терапия (ИТ) преэклампсии и эклампсии у беременных, рожениц и родильниц.
35. Неотложная помощь при преэклампсии и эклампсии у беременных, рожениц и родильниц.
36. Холестатический гепатоз беременных (ХГБ).
37. Острый жировой гепатоз беременных (ОЖГБ).
38. HELLP-синдром.
39. Вирусные гепатиты у беременных.
40. Токсический алкогольный гепатит у беременных.
41. Особенности течения и тактика ведения беременности, родов и послеродового периода у женщин с сердечно-сосудистыми заболеваниями.
42. Причины анемии у беременных женщин. Особенности течения и тактика ведения беременности, родов и послеродового периода у женщин с анемиями.
43. Особенности течения и тактика ведения беременности, родов и послеродового периода у женщин с заболеваниями почек и мочевыводящих путей.
44. Особенности течения и тактика ведения беременности, родов и послеродового периода у женщин с сахарным диабетом 1-го типа.
45. Особенности течения и тактика ведения беременности, родов и послеродового периода у женщин с заболеваниями щитовидной железы.
46. Особенности течения и тактика ведения беременности, родов и послеродового периода у женщин с туберкулезом.
47. Причины тромботических и тромбоэмболических осложнений у акушерских и гинекологических пациенток.
48. Тромбоз глубоких вен (ТГВ) у беременных, рожениц и родильниц: причины, алгоритм диагностики, акушерская тактика.
49. Тромбоэмболия лёгочной артерии (ТЭЛА) у беременных, рожениц и родильниц: причины, алгоритм диагностики, акушерская тактика.
50. Переносимая и пролонгированная беременность: этиопатогенез, клиника, диагностика, тактика родоразрешения.
51. Оценка «зрелости» шейки матки и подготовка шейки матки к родам.
52. Современные методы и алгоритм индукции родов.
53. Фетоплацентарная недостаточность (ФПН):
54. Этиопатогенез, профилактика, диагностика, лечение, тактика родоразрешения.
55. Задержка внутриутробного роста (развития) плода (ЗВУР): этиопатогенез, профилактика, диагностика, лечение, тактика родоразрешения.
56. Биомеханизм родов в головном предлежании.
57. Течение и ведение родов в головном предлежании.
58. Заполнение и ведение партограммы.
59. Современные методы обезболивания родов.
60. Отклонения от нормального биомеханизма родов при головном предлежании (разгибательные предлежания и асинклитические вставления головки плода).

61. Кесарево сечение: показания, противопоказания, условия выполнения.
62. Кесарево сечение: этапы выполнения, осложнения, ведение послеоперационного периода.
63. Ведение родов у женщин с рубцом на матке.
64. Слабость родовой деятельности: причины, диагностика, алгоритм и методы лечения, оценка эффективности.
65. Дискоординация родовой деятельности: причины, диагностика, алгоритм и методы лечения, оценка эффективности.
66. Бурная родовая деятельность: причины, диагностика, алгоритм и методы лечения, оценка эффективности.
67. Вакуум-экстракция плода: показания, противопоказания, алгоритм и этапы выполнения, возможные осложнения.
68. Выходные акушерские щипцы: показания, противопоказания, алгоритм и этапы выполнения, возможные осложнения.
69. Полостные акушерские щипцы: показания, противопоказания, алгоритм и этапы выполнения, возможные осложнения.
70. Дородовая диагностика тазовых предлежаний плода, тактика ведения беременности.
71. Диагностика тазовых предлежаний плода в родах, тактика родоразрешения.
72. Биомеханизм, течение и ведение родов в тазовом предлежании.
73. Акушерские ручные пособия при тазовых предлежаниях плода.
74. Косое и поперечное положения плода в матке: диагностика, тактика родоразрешения, профилактика и диагностика осложнений, оказание неотложной помощи.
75. Плодоразрушающие операции: показания, противопоказания, алгоритм и этапы выполнения, возможные осложнения.
76. Причины, классификация, диагностика и тактика ведения многоплодной беременности.
77. Тактика родоразрешения при многоплодной беременности.
78. Акушерские кровотечения в III периоде родов: этиопатогенез, профилактика, диагностика, лечение.
79. Методы оценки величины кровопотери в родах.
80. Акушерские кровотечения в раннем послеродовом периоде: этиопатогенез, профилактика, диагностика, лечение.
81. Эмболия околоплодными водами (ЭОВ): этиопатогенез, профилактика, диагностика, лечение.
82. Воздушная и бактериальная лёгочная эмболия у акушерских и гинекологических пациенток: этиопатогенез, профилактика, диагностика, лечение.
83. Геморрагический шок у акушерских и гинекологических пациенток: профилактика, клиническая и дифференциальная диагностика, классификация, лечение.
84. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС) у акушерских и гинекологических пациенток: профилактика, клиническая, лабораторная и дифференциальная диагностика, классификация, лечение. 30. Остро приобретенные нарушения гемостаза в акушерской и гинекологической практике: причины, диагностика, лечение.
85. Хронические приобретенные нарушения гемостаза в акушерской и гинекологической практике: причины, диагностика, лечение.

86. Тромбоцитопении и тромбоцитопатии в акушерской и гинекологической практике: причины, диагностика, лечение.
87. Наследственно обусловленные нарушения гемостаза в акушерской и гинекологической практике: причины, диагностика, лечение.
88. Анатомически узкий таз: этиопатогенез, профилактика, диагностика, лечение.
89. Клинически узкий таз: этиопатогенез, профилактика, диагностика, лечение.
90. Этиопатогенез, профилактика, диагностика и лечение разрыва матки.
91. Этиопатогенез, профилактика, диагностика и лечение разрывов шейки матки.
92. Этиопатогенез, профилактика, диагностика и лечение разрывов промежности.
93. Этиопатогенез, профилактика, диагностика и лечение разрывов влагалища, клитора, больших и малых половых губ.
94. Этиопатогенез, профилактика, диагностика и лечение послеродовых гематом влагалища и промежности.
95. Материнская смертность: причины, классификация, структура, расчет показателя, мероприятия по снижению.

Проверяемая компетенция УК-1; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-6; ОПК-7; ОПК-8; ОПК-9; ОПК-10; ПК-1; ПК-2; ПК-3

4.2. Тестовые задания для проведения текущего контроля успеваемости

Полугодие 1 (Раздел 1. Акушерство) Тестовые задания

1. Большой и малый таз разделены плоскостью, проходящей через верхний край лона, безымянные линии, мыс
середина лона, середина вертлужных впадин, сочленение II-III крестцовых позвонков
середина лона, седалищные ости, крестцово-копчиковое сочленение нижний край лона, седалищные ости, крестцово-копчиковое сочленение
2. Проводной точкой при переднем виде затылочного предлежания является
середина между малым и большими родничками
малый родничок лоб
затылочный бугор
3. Проводной точкой при переднеголовном предлежании является
малый родничок
большой родничок
середина между малым и большим родничками надпереносье
4. Каким размером происходит рождение головки при переднем виде затылочного предлежания?
малым косым прямым вертикальным средним косым
5. Размер Франка равен в норме 20 см
11 см
9 см
12 см
6. Истинная конъюгата равна 11 см
13 см
9 см

20 см

7. Наименьшим размером плоскости входа в малый таз является истинная конъюгата
расстояние между седалищными осями
расстояние между нижним краем симфиза и верхушкой копчика
расстояние между седалищными буграми

8. Наибольшим размером малого таза является

поперечный размер плоскости входа в малый таз поперечный размер выхода из полости
малого таза поперечный размер плоскости узкой части малого таза прямой размер узкой
части полости малого таза

9. У правильно сложенной женщины поясничный ромб имеет форму
четырёхугольника, вытянутого в горизонтальном направлении четырёхугольника,
вытянутого в вертикальном направлении неправильного четырёхугольника
геометрически правильного ромба

10. Позиция плода при поперечном положении определяется по расположению спинки
головки мелких частей тазового конца

11. Что такое позиция плода?

отношение спинки плода к нижнему сегменту матки
отношение крупной части плода ко
входу в малый таз
отношение спинки плода к передней или задней стенке матки
отношение спинки плода к правой или левой стенке матки

12. Головное предлежание плода при физиологических родах переднеголовное
затылочное лобное лицевое

13. Первым моментом биомеханизма родов при затылочном предлежании является
прорезывание головки
внутренний поворот головки
разгибание головки
сгибание головки

14. Отношение головки плода ко входу в малый таз определяется первым приемом
Леопольда
третьим и четвертым приемами Леопольда
вторым приемом наружного акушерского обследования
измерением высоты стояния дна
матки

15. Большой родничок расположен на месте пересечения следующих швов венечный,
лобный, стреловидный
затылочный, стреловидный, венечный лобный, затылочный, стреловидный венечный,
лобный, затылочный

16. Проводная ось таза – это

линия, соединяющая центры прямых размеров всех четырех плоскостей таза
линия, проведенная через мыс и нижний край лона
линия, проведенная через верхний край лона и верхушку копчика
линия, соединяющая
центры всех поперечных размеров таза

17. Что является точкой фиксации на головке при переднем виде затылочного
предлежания?

затылочный бугор подзатылочная ямка надпереносье верхняя челюсть

18. Каким размером происходит рождение головки при лицевом предлежании? малым косым
прямым средним косым вертикальным

19. Ранняя неонатальная смертность - это
число умерших жизнеспособных новорожденных во время родов из 1000 всех родившихся
число умерших детей в течение 28 полных суток жизни из числа 1000 живорожденных
число детей, умерших в возрасте до 1 года из 1000 живорожденных
число детей, умерших в первые 7 суток жизни, к числу родившихся живыми $\times 1000$

20. После овуляции яйцеклетка сохраняет способность к оплодотворению в течение 6 часов
12-24 часа
3-5 суток
72 часа

21. Вторым приемом Леопольда определяют предлежание плода
положение плода, позицию и вид позиции высоту стояния дна матки
часть плода, находящуюся в дне матки

22. "Золотой стандарт" диагностики беременности ранних сроков включает измерение базальной температуры
определение уровня β -ХГЧ в моче (крови), визуализация плодного яйца в полости матки при УЗИ
УЗИ
динамическое наблюдение

23. Общее объективное обследование беременной (роженицы) начинается с пальпации живота
аускультации сердцебиения плода пельвиометрии
объективного обследования по системам

24. Положение плода - это
отношение спинки плода к боковым стенкам матки отношение спинки плода к передней и задней стенкам матки отношение оси плода к оси матки
отношение крупной части плода ко входу в малый таз

25. Предлежанием плода называется

отношение спинки плода к передней или задней стенкам матки отношение спинки плода к боковым стенкам матки
отношение крупной части плода ко входу в малый таз определение крупной части плода в дне матки

26. Место наилучшего выслушивания сердцебиения плода при тазовом предлежании II позиции
слева выше пупка справа выше пупка слева ниже пупка справа ниже пупка

27. Через середины вертлужных впадин проходит

поперечный размер плоскости широкой части полости малого таза поперечный размер плоскости входа в малый таз
поперечный размер плоскости узкой части полости малого таза прямой размер плоскости широкой части полости малого таза

28. Диагональная конъюгата это расстояние между нижним краем симфиза и мысом седалищными буграми гребнями подвздошных костей
большими вертелами бедренных костей

29. При трансвагинальном сканировании плодное яйцо расположено в матке, эмбрион ≤ 7 мм, сердцебиение плода не визуализируется. Что следует сделать?
провести вагинальное исследование осмотр шейки матки при помощи зеркал
дополнить исследование трансабдоминальное сканирование
повторное сканирование через 7 дней и оценить в динамике, прогрессирует ли беременность.

30. β -ХГЧ в крови становится положительным в первые 1-2 дня задержки менструации
через 1 нед после даты ожидаемой менструации в первые 5 дней после зачатия
В первые 9 дней после зачатия

31. Подтверждает факт наличия беременности уровень β -ХГЧ равный более 0,5 МЕ/л
более 1 МЕ/л
более 5 МЕ/л
более 50 МЕ/л

32. Маточная беременность регистрируется на УЗИ при размере плодного яйца 1 мм
5 мм
 ≥ 3 мм
 ≥ 5 мм

33. Определите местоположение головки плода по отношению к плоскостям таза, если вся внутренняя поверхность лона, седалищные ости, крестцово-копчиковое сочленение заняты головкой
головка большим сегментом в широкой части малого таза головка в узкой части полости малого таза
головка в плоскости выхода малого таза головка прижата ко входу в малый таз

34. Определите биомеханизма родов: стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок справа кзади ниже большого, большой слева кпереди
задний вид затылочного предлежания, II позиция передний вид затылочного предлежания, I позиция задний вид затылочного предлежания, I позиция передний вид затылочного предлежания, II позиция

35. Данные внутреннего акушерского осмотра в I периоде родов: предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Лобный шов в левом косом размере, надбровные дуги справа у лона, слева у крестца передний угол большого родничка. Определите биомеханизм родов
лобное предлежание лицевое предлежание
переднеголовное предлежание асинклитическое вставление

36. Преимущественный ход мышечных волокон в теле матки косо-продольный

циркулярный косой продольный

37. Преимущественный ход мышечных волокон в шейке матки циркулярный косой
косо-продольный продольный

38. Для «зрелой» шейки матки характерно
шейка матки в центре малого таза, длиной до 1,0-1,5 см, мягкая, цервикальный канал
проходим для 2-х пальцев
шейка матки сглажена, открытие маточного зева 3 см
шейка матки в центре малого таза; длиной 2.0-2,5 см., размягчена, цервикальный канал
для 1-го пальца
шейка матки отклонена кзади; длиной до 3-х см, плотная, наружный зев закрыт

39. Определите акушерскую ситуацию: головка в узкой части полости малого таза,
стреловидный шов находится в поперечном размере выхода малого таза, малый родничок
слева, большой справа
передний вид затылочного предлежания, первая позиция задний вид затылочного
предлежания, первая позиция переднетеменное вставление
низкое поперечное стояние стреловидного шва, первая позиция

40. Определите уровень стояния головки при следующей ситуации: доступны для
исследования нижний край лона, седалищные ости, крестцово-копчиковое сочленение
головка в узкой части полости малого таза головка в широкой части полости малого таза
головка в плоскости выхода малого таза
головка большим сегментом во входе в малый таз

41. Определите уровень стояния головки при следующей
ситуации: все опознавательные точки заняты головкой
головка в узкой части полости малого таза головка в широкой части полости малого таза
головка в плоскости выхода малого таза
головка большим сегментом во входе в малый таз

42. Определите уровень стояния головки при следующей ситуации: доступны для
исследования нижний край лона, медиальные поверхности седалищных бугров, верхушка
копчика
головка в узкой части полости малого таза головка в широкой части полости малого таза
головка в плоскости выхода малого таза
головка большим сегментом во входе в малый таз

43. Диаметр большого сегмента головки является вертикальный размер головки.
Определите биомеханизм родов
затылочное предлежание, передний вид затылочное предлежание, задний вид лицевое
предлежание
переднеголовное предлежание

44. Диаметр большого сегмента при переднеголовном предлежании является
прямой размер головки
средний косой размер головки малый косой размер головки вертикальный размер головки

45. Влагалищное исследование в послеродовом периоде после абдоминального
родоразрешения

проводится по показаниям не проводится
проводится всем родильницам
проводится только родильницам после двух и более операций кесарево сечение

46. Определите акушерскую ситуацию: шейка матки не определяется, головка плода в плоскости выхода малого таза, стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок справа, большой слева, роднички на одном уровне

II период родов, низкое поперечное стояние стреловидного шва, вторая позиция I период родов, низкое поперечное стояние стреловидного шва, вторая позиция II период родов, затылочное предлежание, вторая позиция

II период родов, низкое поперечное стояние стреловидного шва, первая позиция

47. Определите биомеханизм родов: лицевая линия в правом косом размере, подбородок слева кпереди
лицевое предлежание, задний вид

лицевое предлежание, передний вид лобное предлежание асинклитическое вставление головки

48. Определите биомеханизм родов: лобный шов в левом косом размере, надбровные дуги справа у лона, передний угол большого родничка слева у крестца
переднеголовное предлежание, задний вид лобное предлежание, задний вид
лицевое предлежание, задний вид лобное предлежание, передний вид

49. Для физиологически протекающей беременности не характерна тахикардия
гемоконцентрация гиперкоагуляция гиперпролактинемия

50. Изменения в организме женщины при беременности создают благоприятные условия для развития
гестационного сахарного диабета гипогликемии
кровотечения вследствие гипокоагуляции увеличения тонуса кишечника

51. Выберите наиболее верную формулировку при беременности иммунитет снижается
при беременности формируется частичный иммунодефицит
беременность характеризуется подавлением адаптивного иммунитета на фоне активации врожденного иммунитета
беременность характеризуется активацией адаптивного иммунитета на фоне подавления врожденного иммунитета

52. Артериальное давление при физиологической беременности повышается
снижается
несколько снижается в первой половине беременности и увеличивается после 28 недель
уровень артериального давления не меняется

53. Ремоделирование спиральных артерий при физиологической беременности представляет собой
утрату спиральными артериями гладкомышечных волокон увеличение количества спиральных артерий
уменьшение количества спиральных артерий
гипертрофию гладкомышечных волокон спиральных артерий

54. Сколько и какие сосуды проходят в пуповине? 4 сосуда – 2 артерии и 2 вены

- 3 сосуда – 2 вены и 1 артерия
- 3 сосуда – 2 артерии и 1 вена
- 2 сосуда – 1 вена и 1 артерия

55. Выберите правильное утверждение

плацента человека имеет децидуально-хориальный тип строения хориальная пластинка плаценты покрыта амнионом
плацента формируется к 11 неделям беременности в среднем, вес плаценты 1,5-2 кг

56. Выберите правильное утверждение

плацента человека имеет гемохориальный тип строения в пуповине два сосуда
в пуповине две вены и одна артерия в пуповине 1 артерия и 1 вена

57. Определите биомеханизм родов: лобный шов в левом косом размере, надбровные дуги справа у лона, передний угол большого родничка слева у крестца
переднеголозное предлежание, задний вид лобное предлежание, задний вид
лицевое предлежание, задний вид лобное предлежание, передний вид

58. Листок нетрудоспособности на дородовой и послеродовой отпуск при
одноплодной беременности

выдается в 30 недель на 140 дней

может быть выдан на любом сроке после 30 недель по желанию женщины на 140

дней

срок выдачи определяется после родов

в случае родов до 30 недель выдается на 140 дней с момента родов

59. Диагональная конъюгата – это расстояние

от передней верхней подвздошной ости с одной стороны до задней верхней ости
подвздошной кости с другой

от нижнего края симфиза до крестцового мыса от верхушки копчика до верхнего края
симфиза

от надкрестцовой ямки до верхненаружного края лонного сочленения

60. Варианты положения плода прямое, поперечное и смешанное левое, правое и
прямое

переднее и заднее

продольное, поперечное и косое

61. Расстоянием от нижнего края симфиза до наиболее выдающейся точки мыса
крестца называется

наружная конъюгата диагональная конъюгата акушерская конъюгата истинная конъюгата

62. Концентрация β -ХГЧ при физиологической беременности нарастает до 10 недель
беременности

равномерно в течение всей беременности с 5 до 20 недель беременности

с 10 до 20 недель беременности

63. Для физиологической беременности не характерно
гемодилуция гиперкоагуляция
повышение концентрации тромбоцитов активация контринсулярных гормонов
64. При физиологически протекающей беременности осмотр врача-офтальмолога необходимо провести
в течение первых 7-10 дней после первичного обращения в женскую консультацию в течение первых 30 дней после первичного обращения в женскую консультацию в течение первого триместра беременности по показаниям
65. К сомнительным признакам беременности относится увеличение матки в объеме цианоз наружных половых органов изменение в восприятии вкусов и запахов прекращение менструации
66. К достоверным признакам беременности относится положительный тест на беременность
увеличение размеров матки
повышение уровня В-ХГЧ в анализе крови шевеление плода
67. К вероятным признакам беременности относится повышение уровня β -ХГЧ в анализе крови
тошнота
выслушивание сердцебиения плода пальпация частей плода
68. Расстояние между остистым отростком V поясничного позвонка и верхним краем лонного сочленения называется
наружной конъюгатой диагональной конъюгатой акушерской конъюгатой истинной конъюгатой
69. Размеру Франка приблизительно равняется наружная конъюгата
диагональная конъюгата
поперечный размер ромба Михаэлиса вертикальный размер ромба Михаэлиса
70. Во время беременности объем ОЦК уменьшается
увеличивается в 1,5-2 раза увеличивается в 3 раза остается прежним
71. Посев мочи для исключения бессимптомной бактериурии проводится при наличии у беременной патологии мочеполовой системы
после 14 недели беременности
в первом триместре беременности

после 36 недель беременности
72. Данные наружного акушерского обследования: спинка плода слева, обращена к передней стенке матки. Определите позицию и вид позиции плода
первая позиция, передний вид вторая позиция, задний вид первая позиция, задний вид вторая позиция, передний вид
73. Данные наружного акушерского обследования: спинка плода справа, обращена к передней стенке матки. Определите позицию и вид позиции плода

первая позиция, передний вид вторая позиция, задний вид первая позиция, задний вид
вторая позиция, передний вид

74. Вторым приемом Леопольда-Левицкого определяют положение, позицию и вид позиции
высоту стояния дна матки и положение плода
высоту стояния дна матки, часть плода, находящуюся в дне матки
предлежание плода и отношение предлежащей части плода к плоскости входа в малый таз

75. Первым приемом Леопольда-Левицкого определяют положение, позицию и вид позиции
тонус матки и положение плода
высоту стояния дна матки, часть плода, находящуюся в дне матки
предлежание плода и отношение предлежащей части плода к плоскости входа в малый таз

76. Признак Пискачека в диагностике ранних сроков беременности заключается в гребневидном утолщении передней стенки матки
сокращении матки при ее пальпации размягчении перешейка матки асимметрии матки

77. Признак Пискачека относится к группе признаков беременности вероятных сомнительных предположительных достоверных

78. Признак Снегирева в диагностике ранних сроков беременности заключается в гребневидном утолщении передней стенки матки
сокращении матки при ее пальпации размягчении перешейка матки увеличении матки

79. Признак Снегирева относится к группе признаков беременности сомнительных предположительных вероятных достоверных

80. Признак Горвица-Гегара в диагностике ранних сроков беременности заключается в гребневидном утолщении передней стенки матки сокращении матки при ее пальпации размягчении перешейка матки увеличении матки

81. Признак Горвица-Гегара относится к группе признаков беременности вероятных сомнительных предположительных достоверных

82. В каком случае при подсчете срока беременности не следует опираться на первый день последней менструации?
при нормопонирующем менструальном цикле при нерегулярном менструальном цикле
при антепонирующем менструальном цикле при постпонирующем менструальном цикле

83. Уровень β -ХГЧ в крови свидетельствует о сроке гестации и ее прогрессировании локализации беременности имплантации плодного яйца анэмбрионии

84. Биохимический маркер беременности малого срока высокий уровень прогестерона появление β -ХГЧ в крови повышение уровня эстрадиола повышение уровня эстриола

85. Расчет предполагаемой даты родов производится

по дате последней менструации и данным УЗИ первого скрининга по дате последней менструации по первому шевелению плода только по данным УЗИ в сроке до 10 недель по 1-й явке в женскую консультацию

86. «Золотой стандарт» диагностики беременности ранних сроков включает определение β -ХГЧ в моче (крови), УЗИ (визуализация плодного яйца) задержка менструации и визуализация плодного яйца при ультразвуковом исследовании измерения базальной температуры пальпация частей плода

87. При лицевом предлежании роды через естественные родовые пути невозможны роды через естественные родовые пути возможны только в заднем виде роды через естественные родовые пути возможны только в переднем виде головка проходит через плоскости таза большим косым размером

88. При переднеголовном предлежании проводной точкой является

подзатылочная ямка верхняя часть переносицы малый родничок большой родничок

89. Данные наружного акушерского обследования: спинка плода справа, обращена к задней стенке матки. Определите позицию и вид позиции плода первая позиция, передний вид вторая позиция, задний вид первая позиция, задний вид вторая позиция, передний вид

90. Данные наружного акушерского обследования: спинка плода слева, обращена к задней стенке матки. Определите позицию и вид позиции плода первая позиция, передний вид вторая позиция, задний вид первая позиция, задний вид вторая позиция, передний вид

91. Третьим приемом Леопольда-Левицкого определяют высоту стояния дна матки, часть плода, находящуюся в дне матки, тонус матки положение, позицию и вид позиции тонус матки и положение плода предлежание плода и отношение предлежащей части плода к плоскости входа в малый таз

92. Четвертым приемом Леопольда-Левицкого определяют тонус матки и положение плода положение, позицию и вид позиции высоту стояния дна матки, часть плода, находящуюся в дне матки, тонус матки отношение предлежащей части плода к плоскости входа в малый таз в дополнение к третьему приему

93. Данные наружного акушерского осмотра: положение плода продольное, вторая позиция, задний вид, головное предлежание. Где находится точка выслушивания сердцебиения плода? справа, ближе к боковой стенке матки, ниже пупка слева, ближе к белой линии живота, ниже пупка справа, на уровне пупка справа, ближе к белой линии живота, выше пупка

94. Сердцебиение плода при первой позиции, переднем виде и поперечном положении выслушивается слева, на уровне пупка справа, на уровне пупка слева, выше пупка слева, ниже пупка

95. Сердцебиение плода при второй позиции, переднем виде и поперечном положении выслушивается слева, на уровне пупка справа, на уровне пупка слева, выше пупка

слева, ниже пупка

96. Прием фолиевой кислоты в дозе 400 мкг/сутки во время беременности в соответствии с приказом МЗ РФ № 572н показан 1 мл в I триместре в I и II триместрах не показан на протяжении всей беременности

97. Асинклитическое вставление – это отклонение стреловидного шва от центральной оси таза кпереди или кзади разгибательное вставление (переднеголовное или лобное) значительное нахождение костей черепа друг на друга отсутствие продвижения головки на схватку

98. Прием фолиевой кислоты в дозе 400 мкг/сутки во время беременности в соответствии с приказом МЗ РФ № 572н показан 1 мл в I триместре в I и II триместрах не показан на протяжении всей беременности

99. Диаметр большого сегмента головки при лицевом предлежании является средний косой размер большой косой размер вертикальный размер прямой размер

100. Наиболее частой причиной смертности недоношенных новорожденных является геморрагическая болезнь новорожденных гемолитическая болезнь новорожденных внутрижелудочковые кровоизлияния респираторный дистресс-синдром

Формируемые компетенции (коды)	Номер тестового задания
УК-1	
ОПК – 4	1,3,5,7,9,11,13,15
ОПК - 5	17,19,21,22,23,25,27
ОПК – 6	2,4,6,8,10,12,14,16
ОПК - 7	18,20,24,26,28,29,30,31
ОПК - 8	32-37,41
ОПК - 9	40,42,43,46,48,50,51
ОПК - 10	38-40,41,44,45,47,49
ПК-1	1-100

ПК-2	1-100
ПК-3	1-100

Полугодие 3 (Раздел 2. Гинекология) Тестовые задания

1. Проба Шиллера – это воздействие на эпителий влагалища и шейки матки 3% водным раствором Люголя последовательной обработки ее 3-5% водным раствором уксусной кислоты и 3% водным раствором Люголя 3-5% водным раствором уксусной кислоты последовательной обработки 3% водным раствором Люголя и 3-5% водным раствором уксусной кислоты

2. Сколько типов зоны трансформации при кольпоскопии выделяют, согласно последней кольпоскопической классификации (Рио-де-Жанейро, 2011 г.)?

- 4
- 2
- 5
- 3

3. Рекомендуется придерживаться следующего подхода к цервикальному скринингу
возраст 25 - 60 лет, 25-35 лет - цитология/жидкостная цитология не реже 1 раза в год, 35-60 лет - цитология/жидкостная цитология + ВПЧ не реже 1 раза в 3 года
возраст 21 - 69 лет, 21-29 лет - цитология/жидкостная цитология не реже 1 раза в 3

года,

30-69 лет - цитология/жидкостная цитология + ВПЧ не реже 1 раза в 5 лет
возраст 21 - 69 лет, 21-29 лет - цитология/жидкостная цитология не реже 1 раза в

год, ВПЧ при получении патологических результатов цитологического исследования
возраст 25 - 60 лет, 25-35 лет - цитология/жидкостная цитология не реже 1 раза в год, ВПЧ по показаниям

4. При наличии лейкоплакии шейки матки у пациентки с воспалительным типом мазка первым этапом лечения является устранение сопутствующего воспалительного процесса по общепринятым в клинической практике схемам следует применять средства, которые влияют на тканевой обмен (облепиховое масло, масло шиповника, мазь, содержащая алоэ и др.) необходимо проведение деструктивных методов лечения кольпоскопия+ВПЧ тестирование

5. После проведения вакцинации необходимость в регулярных гинекологических осмотрах не изменяется
регулярные гинекологические осмотры не требуются в первые 10 лет после вакцинации
регулярные гинекологические осмотры не требуются в первые 5 лет после вакцинации
частота регулярных гинекологических осмотров рекомендуется 1 раз в 5 лет

6. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 февраля 2015 г. N 36ан "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения" проведение цитологического исследования мазка шейки матки и цервикального канала рекомендуется с частотой 1 раз в 3 года пациенткам в возрасте 21 года до 69 лет

- 1 раз в 2 года пациенткам в возрасте 21 года до 69 лет
- 1 раз в 3 года пациенткам в возрасте 25 года до 70 лет
- 1 раз в 3 года пациенткам в возрасте 20 года до 60 лет

7. В качестве инструмента для получения материала для жидкостной цитологии может быть использован комбинированная цитощетка с эндоцервикальным компонентом шпатель Эйра кюретажная ложечка все варианты верны
8. Лейкоплакия шейки матки без атипии относится к доброкачественным поражениям шейки матки и при отрицательном ВПЧ не озлакачивается не требует динамического наблюдения не требует обследования на ВПЧ относится к доброкачественным поражениям шейки матки и не озлакачивается
9. Первичная профилактика рака шейки матки включают вакцинопрофилактику от ВПЧ регулярные медицинские осмотры цитологическое скрининговое исследование соскобов с шейки матки ВПЧ тестирование
10. Вторичная профилактика рака шейки матки включают вакцинопрофилактику от ВПЧ регулярные медицинские осмотры цитологическое скрининговое исследование соскобов с шейки матки+ ВПЧ тестирование своевременное лечение предраковых заболеваний шейки матки
11. Основным критерием для постановки диагноза рак шейки матки служит гистологическое исследование материала, полученного при биопсии шейки матки характерные изменения, выявленные при кольпоскопии результат цитологического исследования соскобов с шейки матки + ВПЧ тестирование данные анамнеза и жалоб, а также данные визуального осмотра
12. Противопоказание для проведения биопсии шейки матки являются воспалительные заболевания шейки матки, ИППП беременность выраженные изменения при кольпоскопии хронические экстрагенитальные заболевания
13. При выявлении аногенитальных бородавок на коже вне зоны вульвы и промежности необходима консультация дерматолога онколога проктолога уролога
14. Наиболее распространенным гистологическим вариантом рака шейки матки является мелкоклеточный рак плоскоклеточный рак светлоклеточная аденокарцинома железисто-плоскоклеточный рак
15. Гистологически к легким интраэпителиальным повреждениям шейки матки относится дисплазия шейки матки лёгкой степени лейкоплакия шейки матки тяжёлая дисплазия шейки матки преинвазивный рак шейки матки
16. Манчестерская операция

сочетание ампутации удлинённой шейки матки с передней кольпоррафией и подшиванием кардинальных связок к передней стенке шейки матки
сочетание ампутации удлинённой шейки матки с передней кольпоррафией

передняя кольпоррафия и подшиванием кардинальных связок к передней стенке шейки матки и кольпоперинеопластикой
ампутации удлинённой шейки матки

17. К фоновым заболеваниям шейки матки относится цервикальная интраэпителиальная неоплазия лейкоплакия шейки матки
рак шейки матки *in situ* микрокарцинома шейки матки

18. Противопоказанием для проведения пробы Шиллера является рак шейки матки
беременность
индивидуальная непереносимость йода кормление грудью

19. К фоновым заболеваниям шейки матки относится эктопия шейки матки
цервикальная интраэпителиальная неоплазия тяжелой степени цервикальная интраэпителиальная неоплазия умеренной степени Наботовы кисты шейки матки

20. Вирус папилломы человека наиболее тропен к многослойному плоскому эпителию
к цилиндрическому эпителию к железистому эпителию
к структурам соединительной ткани

21. Материал, полученный при биопсии шейки матки, подлежит Гистологическому исследованию
Цитологическому исследованию Бактериоскопическому исследованию
Бактериологическому исследованию

22. Что является транспортной средой для материала, подлежащего гистологическому исследованию?
формалин физ. раствор
раствор глюкозы дистиллированная вода

23. Какой термин отражает предраковые изменения эпителия шейки матки?
метаплазия
гиперкератоз дисплазия койлоцитоз

24. Дисплазия шейки матки характеризуется нарушением дифференцировки клеток эпителия развитием активной метаплазии
наличием паракератоза
является доброкачественным процессом

25. Что является специфической профилактикой рака шейки матки? большое количество родов в анамнезе
вакцинация от ВПЧ высоко онкогенных типов до начала половой жизни отказ от раннего начала половой жизни
применение КОК

26. Какой объем операции не показан пациентке в постменопаузе с диагнозом «рак шейки матки *in situ*»?

конизация шейки матки с выскабливанием цервикального канала экстирпация матки с придатками
высокая ампутация шейки матки
расширенная экстирпация матки с придатками с тазовой лимфаденэктомией

27. Какой объем операции считается оптимальным при раке шейки матки стадии 1a без лимфаваскулярной инвазии в репродуктивном периоде?

конизация шейки матки с выскабливанием цервикального канала экстирпация матки без придатков
расширенная экстирпация матки с придатками надвлагалищная ампутация матки

28. Какие симптомы характерны для начального рака шейки матки? контактные кровяные выделения из половых путей

пенистые выделения из половых путей интенсивные боли внизу живота гнойные выделения из половых путей

29. Тактика ведения при выявлении HSIL без признаков инвазивного рака шейки матки в сроке беременности 20 недель

немедленная прицельная биопсия под контролем кольпоскопии
контроль онкоцитологии 1 раз в триместр, инвазивные вмешательства через 6-8 недель после родов
ВПЧ тестирование
конизация шейки матки во время беременности

30. Тактика ведения пациентки при выявлении подозрения на инвазивный рак шейки матки в сроке беременности 20 недель

прицельная биопсия шейки матки под контролем кольпоскопии контроль онкоцитологии через 1 раз в триместр
конизация шейки матки с выскабливанием цервикального канала
прерывание беременности по медицинским показаниям без морфологической верификации диагноза

31. Когда целесообразно выполнять конизацию шейки матки при выявлении HSIL в сроке беременности 20 недель?

немедленно при первичном выявлении через 2 недели после родов
Через 6-8 недель после родов
в сроке доношенной беременности

32. Для постановки диагноза рака шейки матки необходимо результатов бимануального исследования

результатов МРТ органов малого таза морфологическое исследование биоптата шейки матки

наличие характерной кольпоскопической картины

33. Тактика ведения пациентки 19 лет с LSIL по результатам онкоцитологии

немедленная прицельная биопсия шейки матки без ВПЧ тестирования
ВПЧ тестирование, контроль мазка на онкоцитологию через 6-12 месяцев конизация шейки матки с выскабливанием цервикального канала
раздельное диагностическое выскабливание матки с биопсией шейки матки

34. Что не является физиологическими изменениями кольпоскопической картины при беременности?
усиление васкуляризации
смещение переходной зоны эпителия к влагалищной части с формированием децидуоза
гипертрофия эпителия
грубая мозаика и папиллярная пунктуация
35. К фоновым заболеваниям шейки матки относится все, кроме лейкоплакия
дисплазия цервицит эктропион
36. У больной 30 лет выявлена тяжелая дисплазия по результатам онкоцитологии, при кольпоскопии выявлен участок йоднегативной зоны, тактика ведения включает криодиструкцию
конизацию шейки матки с выскабливанием цервикального канала с гистологическим исследованием
наблюдение, контроль онкоцитологии через 3 месяца фотодинамическая терапия
37. Для постановки диагноза предрака шейки матки основным методом исследования является
цитологическое исследование
гистологическое исследование биоптата шейки матки расширенная кольпоскопия
осмотр шейки матки в зеркалах
38. К предраку шейки матки относится рак in situ
дисплазия эндоцервикоз эктропион
39. Рак шейки матки чаще локализуется в зоне трансформации
в средней трети цервикального канала в верхней трети цервикального канала на влагалищной порции шейки матки
40. У пациентки 26 лет выполнена прицельная биопсия шейки матки, гистологическое заключение – рак шейки матки in situ, тактика включает конизация шейки матки с выскабливанием цервикального канала экстирпация матки с придатками
криодиструкция лучевая терапия
41. Пациентке 32 года, беременность 19 недель, по данным онкоцитологии выявлены клетки плоскоклеточного рака, при осмотре нельзя исключить инвазивный рак шейки матки. Тактика включает прерывание беременности с последующим обследованием шейки матки биопсия шейки матки во время беременности
наблюдение, биопсия шейки матки после окончания беременности криодеструкция шейки матки во время беременности
42. В лечении микроинвазивного рака шейки матки чаще используется лучевая терапия
хирургический метод лечения лекарственный метод лечения фотодинамическая терапия
43. Для уточнения степени распространенности процесса при раке шейки матки наиболее информативным является
осмотр шейки матки в зеркалах

МРТ органов малого таза с контрастированием УЗИ органов малого таза
расширенная кольпоскопия

44. У пациентки 37 лет в сроке беременности 25 недель выполнена биопсия шейки матки, гистологическое исследование - инвазивный рак шейки матки. Какой метод обследования для уточнения степени распространенности опухолевого процесса противопоказан?

УЗИ органов малого таза с доплерокартированием МРТ органов малого таза без контрастирования

МРТ органов малого таза с контрастированием бимануальное исследование

45. При каких условиях МРТ органов малого таза во время беременности не противопоказано, верно все кроме
возможно со 2 триместра гестации
должно выполняться без использования контраста возможно в 3 триместре беременности
возможно начиная с 1 триместра гестации

46. При каком условии возможно выполнение МРТ органов малого таза? в любом от срока гестации
в любом сроке, начиная со 2 триместра гестации в 1 триместре гестации
противопоказано в 3 триместре гестации

47. Через какое время после родоразрешения целесообразно выполнение конизации шейки матки и выскабливания цервикального канала, если во время беременности был выявлен HSIL?

через 1 год
через 6-8 недель
через 2 недели
через 6 месяцев

48. У нерожавшей пациентки 18 лет выявлена эктопия шейки матки, цитологическая картина без патологии, тактика включает
прицельную биопсию шейки матки криодиструкцию
наблюдение
конизацию шейки матки

49. К цитологическим признакам предрака шейки матки относится плоскоклеточная метаплазия
паракератоз койлоцитоз дисплазия

50. Какие факторы при заборе материала могут привести к снижению информативности цитологического исследования, верно все, кроме
забор материала во время менструации
забор материала после вагинального осмотра
ранее чем через 48 часов после использования тампонов в середине менструального цикла

51. К кольпоскопическим признакам инвазивного рака шейки матки относится все, кроме
атипичные сосуды наличие изъязвлений эктопия эпителия экзофитное поражение

52. К аномальной цитологической картине относится все, кроме ацетобелый эпителий
децидуоз пунктуация мозаика

53. Показанием для незамедлительного выполнения прицельной биопсии шейки матки является

LSIL по результатам онкоцитологии у пациентки 25 лет при нормальной цитологической картине и отрицательном ВПЧ тестировании

эктопия шейки матки без инфицирования ВПЧ

HSIL по результатам онкоцитологии вне зависимости от кольпоскопической картины

LSIL по результатам онкоцитологии в постменопаузе на фоне атрофии слизистой без инфицирования ВПЧ

54. Когда забор мазка на онкоцитологию нецелесообразен в связи с большой вероятностью искажения результатов, верно все, кроме

острого кольпита менстурации

после влагалищного исследования беременности

55. О чем может свидетельствовать наличие атипичных сосудов по результатам кольпоскопии?

хронический воспалительный процесс наличие инвазивного рака шейки матки атрофия слизистой

этап плоскоклеточной метаплазии

56. Какие существуют противопоказания для проведения фотодинамической терапии?

Верно все, кроме

острые воспалительные заболевания женских половых органов беременность

непереносимость фотосенсибилизатора персистенция ВПЧ высоко онкогенных типов

57. К предраку тела матки относится гиперплазия эндометрия с атипией фиброзно-

железистый полип эндометрия кистозная гиперплазия эндометрия аденокарцинома

эндометрия

58. К факторам риска развития рака тела матки не относится метаболический синдром раннее менархе прием КОК поздняя менопауза

59. Тактика ведения пациентки с атипической гиперплазией эндометрия в

репродуктивном периоде с нереализованной репродуктивной функцией

экстирпация матки с придатками

гормональная терапия под контролем онкогинеколога надвлагалищная ампутация матки

абляция эндометрия

60. В перечень обязательных обследований при подозрении на рак тела матки не входит

УЗИ органов малого таза мазок на онкоцитологию

раздельное диагностическое выскабливание под контролем гистероскопии расширенная

кольпоскопия

61. Какая лечебная тактика показана при атипической гиперплазии эндометрия в постменопаузе?

экстирпация матки с придатками надвлагалищная ампутация матки без придатков

гормональная терапия

наблюдение, контрольная гистероскопия через 6 месяцев

62. Прием каких препаратов повышает риск развития рака тела матки? тамоксифен
анастразол КОК
гестагены
63. Какой эффект оказывает прием КОК в отношении риска развития рака тела матки?
снижает риск развития рака тела матки повышают риск развития рака тела матки
не оказывают влияния на риск развития рака тела матки
приводят к отсроченному повышенному риску рака тела матки через 10 лет после
окончания приема
64. К факторам риска рака тела матки относится абсолютная или относительная
гиперэстрогения позднее менархе
большое количество родов в анамнезе эстрогенная недостаточность
65. Какие группы лимфоузлов поражаются в первую очередь при лимфогенной
диссеминации
рака тела матки? паховые
общие и наружные подвздошные надключичные
подключичные
66. Какая лечебная тактика показана при выявлении рака тела матки с инвазией в
миометрий в пременопаузальном периоде?
электрохирургическая абляция эндометрия гормональная терапия
тотальная гистерэктомия
надвлагалищная ампутация матки без придатков
67. В каком случае не показано удаление большого сальника при оперативном лечении
по поводу рака тела матки?
переход опухоли на шейку матки
серьезный компонент в структуре опухоли эндометрия подозрение на метастазы в яичник
наличие не верифицированных объемных образований в яичниках
68. В каком случае показано выполнение тазовой лимфаденэктомии
при оперативном лечении по поводу рака тела матки?
высокодифференцированная аденокарцинома без инвазии в миометрий
низкодифференцированная аденокарцинома по морфологическому исследованию
опухоли
инвазия на 1/2 миометрия (высокодифференцированная аденокарцинома)
высокодифференцированная аденокарцинома в полипе эндометрия
69. Какое утверждение верно в отношении рака тела матки? риск рака тела матки
повышается в условиях гиперэстрогении
риск рака тела матки повышается с увеличением количества родов риск рака тела матки
повышается при недостаточности эстрогенов рак тела матки не входит в группу
заболеваний «семейного рака»
70. Что из нижеперечисленного не повышает риск развития рака эндометрия? прием
«Тамоксифен» назначение эстрогенов без прогестеронов
прием КОК
наличие гормонопродуцирующей опухоли яичников

71. Какой метод не применяется в лечении атипической гиперплазии эндометрия?
хирургический в объеме тотальной гистерэктомии
абляция эндометрия
гормональная терапия
лучевая терапия
72. Какой гистологический вариант полипа эндометрия относится к предраку тела матки?
фиброзный
фиброзно-железистый
аденоматозный
железистый
73. Пациентке 68 лет, без тяжелой соматической патологии, установлен диагноз рака тела матки 2 стадии (стадия T2N0M0G1). Какой объем операции показан?
расширенная экстирпация матки с придатками, тазовая лимфаденэктомия
простая тотальная гистерэктомия без придатков
надвлагалищная ампутация матки с придатками
экстирпация матки с придатками, резекция большого сальника
74. Какие симптомы возникают при развитии рака тела матки на ранней стадии?
Верно все, кроме
менометроррагии в репродуктивном периоде
кровотечение в постменопаузе
повышение температуры тела
пиометра в постменопаузе
75. От чего не зависит прогноз течения заболевания при раке тела матки? глубины инвазии опухоли в миометрий
возраста больной
степени дифференцировки клеток опухоли исходного соматического статуса
76. Как часто необходимо наблюдать пациентку, перенесшую специальное противоопухолевое лечение по поводу рака тела матки в течение первых 3 лет? каждые 3 месяца
каждые полгода
ежегодно
ежемесячно
77. Какие методы обследования не входят в первую линию диагностики при подозрении на рак тела матки?
УЗИ органов малого таза
аспирационная биопсия эндометрия
гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание матки
ПЭТ КТ
78. К факторам риска развития атипической гиперплазии эндометрия не относится
нарушение менструального цикла по типу ановуляций
поздняя менопауза (после 52 лет)
бесплодие
травматичные роды в анамнезе
79. Какой метод наиболее информативен для оценки глубины инвазии опухоли при раке тела матки?
бимануальное исследование
МРТ малого таза с контрастированием
УЗИ органов малого таза
гистероскопия
80. Какой объем оперативного вмешательства не допустим к выполнению при раке тела матки?
тотальная гистерэктомия
надвлагалищная ампутация матки
расширенная экстирпация матки с придатками
экстирпация матки с придатками, резекция большого сальника

81. К доброкачественным опухолям матки относится все, кроме фибромиома
аденомиоз карциносаркома
фиброзный полип эндометрия
82. Наиболее информативным методом диагностики рака тела матки является
бимануальное исследование
УЗИ органов малого таза
морфологическое исследование биоптата эндометрия МРТ органов малого таза
83. К какой группе опухолей относится лейомиосаркома? злокачественная
эпителиальная опухоль
герминогенная опухоль
злокачественная неэпителиальная опухоль опухоль стромы полового тяжа
84. Какие признаки подозрительны в отношении саркомы матки? Верно все, кроме
множественные узлы в миометрии
рост миомы более 4 недель в год рост миомы в постменопаузе
признаки активной пролиферации по данным МРТ (активное
накопление контраста)
85. Какая тактика показана пациентке в пременопаузе с быстрорастущей миомой
матки?
наблюдение
хирургическое лечение в объеме экстирпации матки с придатками гормональная терапия
миомэктомия
86. Какой объем хирургического вмешательства показан пациентке в возрасте 50 лет с
подозрением на саркому матки?
эмболизация маточных артерий экстирпация матки с придатками миомэктомия
надвлагалищная ампутация матки
87. При подозрении на саркому матки необходимо следующее обследование, верно
все, кроме
УЗИ органов малого таза
гистероскопия с отдельным диагностическим выскабливанием МРТ органов малого таза
с контрастом
прицельная биопсия шейки матки
88. Какой вариант лечения показан при подозрении на саркому матки в
постменопаузе?
лапароскопическая миомэктомия экстирпация матки с придатками
надвлагалищная ампутация матки без придатков гормональная терапия
89. Какой объем операции показан при лейомиосаркоме? экстирпация матки с
придатками
расширенная экстирпация матки с придатками, тазовая лимфаденэктомия экстирпация
матки с придатками, резекция большого сальника надвлагалищная ампутация матки
90. С каким диагнозом следует дифференцировать быстрорастущую миому матки?
саркома матки
аденомиоз
рак тела матки беременность

91. Какая тактика лечения показана пациентке 52 лет с растущей миомой матки более 4 недель в год?
наблюдение, контрольное УЗИ через 1 год
хирургическое лечение в объеме экстирпации матки с придатками
гормональная терапия
эмболизация маточных артерий
92. Развитие пиометры в постменопаузе чаще всего обусловлено злокачественной опухолью эндометрия
заболеваниями, передающимися половым путем
хроническим эндометритом
бактериальным вагинозом
93. Какие заболевания предрасполагают к развитию рака тела матки? Верно все, кроме бесплодие
синдром поликистозных яичников
внематочная беременность
ожирение
94. Какие заболевания увеличивают риск развития рака тела матки? Верно все, кроме сахарный диабет
гипертоническая болезнь
ожирение
бронхиальная астма
95. В случае морфологической верификации рака тела матки начальной стадии у пациентки в постменопаузе показано
эмболизация маточных артерий
экстирпация матки с придатками
химиотерапия
экстирпация матки без придатков
96. У пациентки 50 лет выполнено раздельное диагностическое выскабливание матки по поводу патологии эндометрия. Гистологическое заключение - атипическая гиперплазия эндометрия. Из сопутствующих заболеваний - миома матки 10 недель.
Оптимальной тактикой ведения является
оперативное лечение в объеме экстирпации матки с придатками
абляция эндометрия
гормональная терапия с применением ВМС «Мирена»
наблюдение
97. У пациентки 64 лет выполнено раздельное диагностическое выскабливание матки по поводу полипа эндометрия. Гистологическое заключение – высокодифференцированная аденокарцинома в полипе. Тактика ведения
наблюдение
оперативное лечение в объеме экстирпации матки с придатками
лучевая терапия
гормональная терапия гестагенами
98. Для уточнения распространенности опухолевого процесса при раке тела матки наиболее информативным обследованием является
осмотр в зеркалах
УЗИ органов малого таза
МРТ органов малого таза с внутривенным контрастированием
гистероскопия
99. При каком расположении саркоматочного узла болевой синдром и интенсивность кровотечения будут более выражены
интрамуральном
субмукозном
субсерозном
перешеечном
100. К признакам злокачественной опухоли вульвы относится все, кроме длительно незаживающая язва на наружных половых органах
инфильтрация окружающих тканей
вокруг новообразования

атрофия эпителия
кровоотчащее при контакте с поверхности образование

Формируемые компетенции (коды)	Номер тестового задания
УК-1	
ОПК – 4	1,3,5,7,9,11,13,15
ОПК - 5	17,19,21,22,23,25,27
ОПК – 6	2,4,6,8,10,12,14,16
ОПК - 7	18,20,24,26,28,29,30,31
ОПК - 8	32-37,41
ОПК - 9	40,42,43,46,48,50,51
ОПК - 10	38-40,41,44,45,47,49
ПК-1	1-100
ПК-2	1-100
ПК-3	1-100

4.3. Ситуационные клинические задачи для проведения текущего контроля успеваемости

Ситуационная задача № 1

В родильное отделение поступила первородящая 17-ти лет с доношенной беременностью, без родовой деятельности, с излитием околоплодных вод два часа тому назад. На учете в женской консультации с 28 недель. Общая прибавка в весе - 13 кг, неравномерная, особенно за последние три недели. Данная беременность - первая. На учете в женской консультации с 28 недель, посещения нерегулярные. Общая прибавка в весе - 13 кг, неравномерная, особенно за последние три недели. При поступлении: состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет, АД 140/100, 145/105 мм рт. ст., рост 162 см, вес 73 кг. Отеки нижних и верхних конечностей. Размеры таза: 26-28-30-19 см. Окружность Соловьева - 13,5 см. Ромб Михаэлиса 10x10 см. Окружность живота 105 см, высота стояния дна матки над лоном 38 см. Предполагаемая масса плода 3800,0 г. При влагалищном исследовании диагностировано тазовое предлежание плода. Родовой деятельности нет. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 144 уд/мин. Подтекают светлые воды.

Контрольный вопрос: Диагноз? Метод родоразрешения?

Эталон ответа

Диагноз: Латентная фаза 1 периода срочных родов в 38 недель.

Дородовое излитие околоплодных вод. Тазовое предлежание. Юная первородящая.

Метод родоразрешения – кесарево сечение в экстренном порядке, учитывая тазовое предлежание, дородовое излитие вод при незрелой шейке матки.

Ситуационная задача № 2

Повторнородящая 30 лет поступила в отделение патологии беременных при сроке беременности 40 недель. Срочные роды 3 года назад, без осложнений. В анамнезе

эпилепсия с редкими генерализованными приступами. Осмотрена неврологом, показаний для исключения потужного периода нет. Размеры таза нормальные. ПМП-3600 г. По УЗИ: плод в головном предлежании, частота сердцебиения 136 уд/мин., вод нормальное количество, плацента III степени зрелости с петрификатами. При влагалищном исследовании: шейка матки до 2,5 см, плотная, отклонена кзади, наружный зев проходим для 1,5 см.

Контрольный вопрос: Диагноз? План ведения.

Эталон ответа:

Диагноз: Беременность 40 недель.

Соп. Эпилепсия с редкими генерализованными приступами. План ведения: Информировать пациентку о возрастании перинатальных рисков после 41 недели беременности. Предложить «активные» методы подготовки родовых путей (с учетом противопоказаний к применению динопростона при эпилепсии). При достижении зрелости шейки матки провести индуцированные роды. При отсутствии эффекта от преиндукции родоразрешить путем кесарева сечения.

Ситуационная задача № 3.

Больная К., 55 лет, доставлена в гинекологическое отделение с жалобами на кровянистые выделения из половых путей. В анамнезе: менопауза 3 года. Половая жизнь с 17 лет, вне брака. Было 5 беременностей, две закончились родами, три - искусственными абортами, без осложнений. Из перенесенных гинекологических заболеваний отмечает хроническое воспаление придатков матки. В последние 6 мес. Стали беспокоить обильные водянистые выделения из влагалища, иногда с примесью крови, боли внизу живота. К врачу не обращалась. Две недели назад появились кровянистые выделения. Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые несколько бледные. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание в норме. Объективное исследование: общее состояние удовлетворительное. Пульс 72 уд. в мин. АД 110/70 мм рт. ст. Температура тела 36.7°C. Осмотр при помощи зеркал: шейка матки цилиндрической формы, визуально не изменена. Из цервикального канала отходят кровянистые выделения. Влагалищное исследование: тело матки обычных размеров, плотной консистенции, ограничено в подвижности. Область придатков справа б/о, слева от матки определяется ретроортобразное образование плотной консистенции, болезненное при пальпации.

Контрольный вопрос:

1. Предположительный диагноз.
2. Что необходимо сделать для уточнения диагноза.
3. Какой метод лечения можно выбрать.

Эталон ответа:

Предположительный диагноз: рак маточной трубы? Необходимо провести дифференциальную диагностику с туберкулёзом, воспалительными процессами, трубной беременностью, злокачественными опухолями яичников, раком брюшины, метастатическим поражением придатков матки. Для уточнения диагноза необходимо выполнить УЗИ ОМТ, рентгеновскую КТ, определение опухолеассоциированных маркёров. При недостаточной информативности – лапароскопию. При подтверждении диагноза необходимо провести хирургическое лечение — выполнение радикальной операции, включающей экстирпацию матки с придатками, удаление большого сальника, биопсию парааортальных и подвздошных лимфатических узлов, биопсию и взятие смывов с брюшины таза, латеральных каналов и диафрагмы.

Ситуационная задача № 4.

В приемное отделение обратилась пациентка В., 19 лет, с жалобами на задержку менструации в течение 5 недель, тошноту, рвоту до 11 раз в сутки, не связанную с приемом пищи, слабость. Считает себя беременной. Из анамнеза выяснено: менархе в 14

лет, менструальный цикл 28 дней, регулярный, менструации по 5 дней, умеренные, безболезненные. Начало половой жизни в 17 лет, в браке. От беременности не предохранялась, беременность первая, желанная. На 2 неделе задержки менструации проведен тест на ХГ – положительный, примерно в это же время появилась тошнота; с 3 недели задержки менструации беспокоит рвота до 5-6 раз в сутки, по поводу чего лечилась амбулаторно в дневном стационаре. Последние два дня беспокоит рвота до 11 раз в сутки, не зависимо от приема пищи. Вес до беременности 70 кг. Объективно: общее состояние ближе к удовлетворительному, умеренного питания, рост 167 см, вес 67 кг, положение активное. Кожные покровы с иктеричным оттенком, видимые слизистые сухие. Температура тела 37,40С; ЧД 21 в мин, пульс 92 уд в мин, АД 110/80 мм рт. ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный, перитонеальных знаков нет. Печень не увеличена, безболезненная. Отмечает снижение количества мочи за сутки, моча концентрированная. Гинекологическое исследование: наружные половые органы сформированы правильно, оволосение по женскому типу. Влагалище свободное, слизистая не изменена, шейка матки цианотичная, конической формы, наружный зев точечный. Матка отклонена кпереди, шаровидной формы, мягкая, размером, соответствующим гусиному яйцу, безболезненная, подвижная. Придатки матки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная. Своды свободные, безболезненные. Выделения из половых путей слизистые, без запаха.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное осложнение?
3. Объем обследования пациентки
4. Лечебная тактика
5. Показания к прерыванию беременности

Эталон ответа

1. Диагноз: беременность 6 недель, токсикоз первой половины беременности средней степени тяжести. Обоснование диагноза: Срок беременности соответствует 6 неделям на основании даты последней менструации, положительного теста на ХГ, размеров матки и наличия вероятного признака беременности (цианоз шейки матки) при гинекологическом исследовании. Средняя степень токсикоза 1 половины беременности диагностирована на основании рвоты, возникающей с частотой до 10-12 раз в сутки; потери массы тела 3 кг; клиническими симптомами обезвоживания. Обезвоживание диагностировано на основании сухости видимых слизистых и языка; интоксикационного синдрома: слабости, гипертермии, тахикардии; снижения количества мочи и повышения ее концентрации.
2. Дифференциальную диагностику необходимо проводить с пищевой токсикоинфекцией (отсутствие связи с приемом недоброкачественной пищи, диареи, отсутствие задержки менструации, вероятных признаков беременности); пищевым отравлением (отсутствие эпидемиологического анамнеза, связи с приемом пищевого продукта, диареи, отсутствие задержки менструации, вероятных признаков беременности); острым гастритом (наличие абдоминального болевого синдрома, связанного с приемом пищи, облегчение болей после приема молочных продуктов, отсутствие задержки менструации, вероятных признаков беременности).
3. Минимальный объем обследования:
 - общий анализ крови для оценки гематокрита, позволяющего оценить степень обезвоживания;
 - общий анализ мочи для определения уровня нарушения углеводного обмена (ацетон мочи);
 - биохимическое исследование: оценка функции печени, почек и углеводного обмена (общий белок, общий билирубин и его фракции, ферменты печени, мочевины, креатинин)

4. Лечебная тактика врача приемного отделения заключается в госпитализации больной в отделение гинекологии, назначение полупостельного режима, дезинтоксикационной терапии, витаминов. При токсикозе 1 половины беременности средней степени тяжести показано купирование рвоты с использованием церукала, дроперидола, перед назначением которых необходимо информировать пациентку о том, что эти препараты относятся к 3 классу по классификации FDI безопасности лекарственных препаратов и пищевых продуктов. В особых случаях при белковом истощении в первые несколько суток показано парентеральное питание.

5. Показания к прерыванию беременности: чрезмерная рвота беременной (токсикоз первой половины беременности тяжелой степени).

Ситуационная задача № 5.

Дежурный врач роддома приглашен акушеркой в отделение патологии беременных. Беременная Н., 32-х лет, жалуется на уменьшение шевеления плода в течение последних двух дней, сегодня после обеда шевеление плода не ощущает; час назад появились периодические схватки через 5 минут, малоболезненные. Из анамнеза выяснено, что данная беременность вторая, первая беременность 3 года назад закончилась стремительными срочными родами, ребенок родился в состоянии тяжелой асфиксии, отстает в физическом и психическом развитии, наблюдается у невролога. Данная беременность желанная, в женской консультации наблюдалась регулярно. В раннем сроке беременности перенесла ОРВИ. Госпитализирована три дня назад в сроке 37-38 недель по поводу отеков беременной. При ультразвуковом исследовании, проведенном вчера, было выявлено, что по менструации срок беременности соответствует 38 неделям, по фетометрии плод соответствует 35 неделям; маловодие (амниотический индекс 10 при норме от 12 до 20); уменьшение толщины плаценты. Беременная курит на протяжении всей беременности, пачки сигарет хватает на 2 дня. Объективно: Состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, отеки на нижних конечностях. Беременная несколько возбуждена, обеспокоена состоянием ребенка. Пульс 88 уд/мин, удовлетворительного наполнения, АД 130/80 мм рт. ст. Размеры таза 24-27-29-18 см. Окружность живота 95 см, высота стояния дна матки 32 см. Родовая деятельность – схватки через 5 минут, по 15 секунд, малоболезненные. Матка вне схваток в нормотонусе, безболезненная. Положение плода продольное. Предлежит головка плода, находится над входом в малый таз. Сердцебиение плода глухое, ритмичное с частотой 130 уд/мин, с эпизодами урежения сердцебиения после схватки до 105 уд/мин.

PV: влагалище рожавшей, шейка укорочена до 0,5см, цервикальный канал пропускает 4 см. Плодный пузырь цел, наливается во время схватки. Головка плода неплотно прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа у лона. Мыс не достигается, таз емкий, экзостозов нет. Выделения светлые, слизистые.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование
2. Вероятные причины осложнения
3. Необходимые исследования, подтверждающие диагноз
4. Оцените данные КТГ
5. Лечебная тактика

Эталон ответа

1. Беременность 37-38 недель. Положение плода продольное, вторая позиция, передний вид, головное предлежание. Задержка внутриутробного развития плода 1 степени, острый дистресс плода. Срочные роды, первый период, активная фаза. Обоснование диагноза: срок беременности соответствует доношенному на основании данных анамнеза; первый период срочных родов на основании наличия регулярных схваток, открытия шейки матки на 4 см; задержка внутриутробного развития плода 1 степени - на основании размеров матки, размеров плода, отстающих по фетометрии на 3 недели от срока беременности по

менструации, маловодие; острый дистресс плода - на основании жалоб на отсутствие шевеления плода и брадикардии (ЧСС 105 уд/мин) при аускультации плода.

2. Вероятнее всего, острый дистресс плода развился на фоне хронической фетоплацентарной недостаточности, которая была обусловлена перенесенным ОРВИ в раннем сроке беременности и вредной привычкой – курением.

3. Подтвердить диагноз острого дистресса плода необходимо кардиотокографическим исследованием. Помощь в диагностике может оказать доплерометрия маточно-плацентарного и фетального кровотока, рН фетальной крови из предлежащей части.

4. По КТГ регистрируются поздние глубокие длительные по времени децелерации, что свидетельствует о тяжелом дистрессе плода.

5. В интересах плода показано немедленное родоразрешение путем операции кесарево сечение, которое необходимо выполнить в течение 15 минут от установления диагноза. На этапе транспортировки больной в операционную ввести внутривенно струйно 400 мл физиологического раствора. Неонатолог должен быть готов к оказанию реанимации новорожденного.

Ситуационная задача № 6.

Больная И., 28 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на задержку менструации в течение 4 недель, ноющие боли внизу живота, отмечает тошноту по утрам, в последние 2 недели - рвоту 1 раз в сутки. Из анамнеза установлено: менархе с 15 лет, установились через 6 месяцев, по 3-4 дня, умеренные, безболезненные, цикл 30 дней. Последняя нормальная менструация началась 8 недель назад. Половая жизнь с 20 лет, последние 6 месяцев от беременности не предохранялась (ранее с целью контрацепции использовала презервативы). Три года назад первая беременность закончилась медицинским абортом, который осложнился метроэндометритом, потребовавшим стационарного лечения. Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Слизистые розового цвета, влажные. Пульс 72 уд в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 120/80 мм рт. ст., температура тела 36,7°C. Со стороны дыхательной, сердечно-сосудистой, мочевыводящей систем патологии не выявлено. Живот мягкий, участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный в нижних отделах, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стул регулярный. Мочеиспускание свободное, не учащено. Гинекологическое исследование: шейка матки и слизистая влагалища цианотичные, выделения светлые, в обычном количестве. Шейка матки коническая, отклонена кзади, наружный зев замкнут, щелевидный. Влагалище нерожавшей женщины. Матка в типичном положении, увеличена до 5-6 недель беременности, при пальпации легко возбудима, отмечаются положительные симптомы Снегирева, Пискачека, Гентера. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Своды глубокие, безболезненные.

Вопросы:

Диагноз и его обоснование

Объем исследований, необходимых для уточнения диагноза

Возможные причины развития осложнений

Тактика врача и необходимый объем лечения

Прогноз

Эталон ответа

1. Диагноз: Беременность 5-6 недель. ОАГА. Угрожающий ранний самопроизвольный выкидыш. Обоснование диагноза: беременность и ее срок установлены на основании вероятных признаков: задержки менструации, цианоза слизистых влагалища и шейки матки, симптомов Снегирева, Гентера, Пискачека, обнаруженных при влагалищном исследовании; можно учесть сомнительные признаки беременности: тошноту по утрам.

Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез - на основании перенесенного больной медицинского аборта, осложненного метроэндометритом. Угрожающий ранний

самопроизвольный выкидыш диагностирован на основании жалоб женщины на боли внизу живота, повышенной возбудимости матки при бимануальном исследовании.

2. Для дальнейшего диспансерного наблюдения по поводу желанной беременности необходимы общий анализ мочи, общий анализ крови, сахар крови, RW, ВИЧ, кал на яйца глистов, ЭКГ, мазок из цервикального канала на флору, осмотр терапевта, окулиста, стоматолога. Поскольку имеется клиника угрожающего прерывания беременности, необходим контроль базальной температуры, кольпоцитологическое исследование влагалищного мазка, УЗИ матки в 10-12 недель.

3. Развитие угрожающего прерывания беременности можно связать с осложненным акушерско-гинекологическим анамнезом. Необходимо амбулаторное наблюдение и дообследование беременной. Принимая во внимание то, что в сроке беременности до 6 недель основной причиной прерывания беременности являются генные и хромосомные нарушения, терапию на сохранение беременности проводить нецелесообразно. Обязательно назначение фолиевой кислоты 400 мг/сут в целях профилактики аномалий нервной трубки. При доказанном факте гормональной недостаточности (по тестам функциональной диагностики, мазкам на кольпоцитологию) - проводится гормонозаместительная терапия. При возникновении клинических симптомов начавшегося выкидыша показана госпитализация, удаление плодного яйца.

4. Условно благоприятный; имеется риск невынашивания, плацентарной недостаточности.

Ситуационная задача № 7.

Первородящая 26 лет. Беременность 40 недель. Родовая деятельность в течение 8 часов. Схватки через 2-3 минуты по 45-50 секунд, очень болезненные. С целью обезболивания родов введены: промедол 1% – 2,0; атропин 0,1% – 1,0. Через час начался второй период родов, продолжался 15 минут. Родился мальчик: тонус снижен, рефлексы угнетены, дыхание редкое, кожа цианотичная, сердцебиение -100 ударов в минуту.

Диагноз. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар. Тактика.

Эталон ответа

Диагноз: Умеренная асфиксия новорожденного (5 баллов), медикаментозная депрессия.

Тактика. Освобождение дыхательных путей от слизи, поддержание дыхания (мешок Амбу), диспансерное наблюдение невропатолога.

Ситуационная задача № 8.

2. Первородящая П., 25 лет, поступила в роддом с регулярной родовой деятельностью, начавшейся 8 часов назад. Роды в срок. Акушерско-гинекологический анамнез не отягощен. Наблюдалась в женской консультации регулярно. Беременность протекала без осложнений. Женщина правильного телосложения. Рост 162 см. Масса 70 кг. Общее состояние удовлетворительное. Отеков нет. АД на обеих руках 110/70 мм. рт. ст. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. ОЖ – 101 см, ВДМ - 39 см. Размеры таза: 25-28-30-20. Индекс Соловьева 16 см. Ромб Михаэлиса имеет форму перевернутого квадрата, все стороны которого равны 11 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Признак Вастена положительный. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в мин. Схватки переходят в потуги. В течение часа отсутствует продвижение головки по родовым путям матери. Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище нерожавшей. Шейка матки сглажена. Открытие маточного зева полное (12 см). Плодный пузырь отсутствует. Предлежит головка плода, занят верхний край лона и терминальная линия. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева у лона. Мыс крестца не достижим.

Диагноз. Тактика.

Эталон ответа

Диагноз. Беременность 40 недель. Роды I срочные. II период родов.

Клинически узкий таз.

Тактика. Родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Примеры практических навыков:

1. осмотр шейки матки в зеркалах у беременной женщины
2. взятие мазка по Папаниколау (Pap – тест, цитологическое исследование).
3. определение окружности живота, высоты стояния дна матки у беременных женщин.
4. оказание акушерского пособия в родах.
5. наружные методы выделения отделившегося последа

Проверяемая компетенция УК-1; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-6; ОПК-7; ОПК-8; ОПК-9; ОПК-10; ПК-1; ПК-2, ПК-3.

4.4 Темы докладов

1. Изменения в системе гемостаза в различные сроки беременности. Профилактика тромбоземболических осложнений.
2. Изменения в сердечно-сосудистой системе беременных женщин. «Критические» сроки беременности.
3. Особенности биомеханизма родов при различных формах вставления головки.
4. Современные принципы интранатального мониторинга состояния плода.
5. Особенности узкого таза у современных женщин.
6. Фетальная медицина при многоплодии.
7. Успехи фетальной медицины при врожденных пороках развития плода.
8. Аномалии половых органов у женщин
9. Роды, ориентированные на участие семьи.
10. Внутриутробные инфекции – этиология, факторы риска, профилактика, диагностика
11. Профилактика вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции.
12. Экспресс-методы диагностики угрожающих преждевременных родов, дородового излития вод, классификация по механизму действия, техника выполнения.
13. Немедикаментозные методы обезболивания родов
14. 10 принципов успешного грудного вскармливания
15. Современные методы подготовки и индукции родов
16. Дистоция плечевого пояса, пособия
17. Тазовые предлежания, показания к кесареву сечению, пособия при влагалищном родоразрешении.
18. Компрессионные швы на матке, показания, условия, виды, техника, осложнения.
19. Управляемая баллонная тампонада матки, показания, условия, виды, техника.
20. Кровезамещающие технологии.
21. Атипичский гемолитико-уремический синдром, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение
22. Алгоритм внутриутробного переливания крови
23. Причины и патогенез аномалий родовой деятельности
24. Методы профилактики и лечения осложнений послеоперационной раны
25. Модификации операции кесарево сечение
26. Наружный поворот плода

27. Группы риска и профилактика воспалительных заболеваний половых органов, тазовой клетчатки, брюшины
28. Хорионэпителиома, эпидемиология, классификация, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика
29. Гормонопродуцирующие опухоли яичника, эпидемиология, классификация, патогенез, клиника, лечение, профилактика
30. Исследование гормональной функции репродуктивной системы у женщин.
31. Офисная гистероскопия, показания, условия, оборудование, техника, осложнения
32. Лапароскопия, показания, условия, оборудование, техника, осложнения
33. Дифференциальная диагностика «острого живота».
34. Климактерический синдром, эпидемиология, классификация, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика
35. Современные подходы к диагностике и лечению сепсиса
36. Геморрагический шок, классификация, стратегия интенсивной терапии
37. Послеродовые нейро-эндокринные синдромы, эпидемиология, классификация, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
38. Мануальная вакуум-аспирация, показания, оснащение, техника.
39. Консервативные методы лечения миомы матки.
40. Консервативные методы лечения эндометриоза.
41. Методы ВРТ, показания, подготовка
42. Психологические особенности работы с бесплодными парами
43. Фотодинамическая терапия патологии шейки матки
44. Методы самообследования молочных желез
45. Анализ показателей онкогинекологической службы Кемеровской области с разработкой мер по снижению смертности.
46. Атипичические формы эктопической беременности, классификация, диагностика, тактика.
47. Порядки оказания акушерско-гинекологической помощи, уровни учреждений.
48. Порядки оказания акушерско-гинекологической помощи беременным с врожденными пороками развития плода.

4.5. Контрольные вопросы к промежуточной аттестации в 1 семестре

1. Акушерско-гинекологическая служба в РФ. Структура, принципы организации, индикаторы качества (материнская и младенческая смертность).
2. Анализ основных показателей деятельности родильного дома, гинекологического отделения, женской консультации.
3. Оплодотворение, имплантация, органогенез. Критические периоды в развитии плода. Фетальное программирование. Понятие. Влияние вредных факторов на плод.
4. Физиологические изменения в организме беременной женщины. Антенатальный уход. Питание, образ жизни, витамины и микронутриенты, лекарства. Наблюдение.
5. Диагностика беременности. Клинические симптомы беременности. Золотой стандарт диагностики беременности (ХГЧ, УЗИ).
6. Методы обследования беременных женщин. Определение гестационного срока и срока родов. Внутреннее акушерское исследование. Показания, техника оценка степени зрелости шейки матки.
7. Строение женского таза. Половые и возрастные различия таза. Плод как объект родов. Размеры головки плода.

8. Плацента: строение и функция. 9. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного вставления. Биомеханизм родов при заднем виде затылочного вставления.
10. Периоды родов, понятие, продолжительность. Принципы ведения родов. Обезболивание родов в современном акушерстве. Мониторинг состояния плода в родах.
11. Тазовые предлежания. Дефиниции, терминология, этиология, диагностика. Биомеханизм родов. Осложнения первого и второго периодов родов. Пособия при тазовых предлежаниях.
12. Послеродовый период. Физиологические изменения в организме роженицы. Ведение послеродового периода.
13. Грудное вскармливание. Преимущества для женщины и ребенка. Техника. Практические рекомендации. Лекарственные средства, вирусы и грудное вскармливание.
14. Контрацепция после родов. Метод лактационной аменореи.
15. Физиология новорожденного. Основные характеристики. Оценка по шкале Апгар. Неонатальный скрининг врожденных и наследственных заболеваний.
16. Профилактика врожденных пороков развития. Пренатальный скрининг. Методы пренатальной диагностики.
17. Резус-сенсбилизация. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного. Этиология, патогенез, классификация. Профилактика. Лечение.
18. Задержка роста плода. Эпидемиология, классификация, диагностика.
19. Внутриутробная инфекция у новорожденных. Классификация, эпидемиология, клинические проявления, диагностика.
20. Травматизм новорожденного. Клиника, диагностика, профилактика.
21. Асфиксия новорожденного. Классификация, этиология, патогенез, клиника. Реанимационные мероприятия.
22. Осложнения послеродового периода: послеродовая лихорадка, позднее послеродовое кровотечение, венозная тромбоэмболия. Профилактика.
23. Хориоамнионит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, акушерская тактика.
24. Послеродовый эндометрит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, акушерская тактика.
25. Акушерский перитонит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, тактика.
26. Сепсис и септический шок в акушерстве. Клиника, классификация, критерии диагноза, тактика. Принципы лечения.
27. Мастит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика, реабилитация.
28. Многоплодная беременность. Классификация, эпидемиология, этиология и патогенез, профилактика. Особенности беременности и родов. Ведение беременности и родов.
29. Аномалии родовой деятельности. Этиология, патогенез, классификация. Диагностика, тактика.
30. Кровотечения в ранние сроки беременности. Эпидемиология, классификация. Клиника, диагностика, тактика.
31. Предлежание плаценты. Эпидемиология, классификация. Клиника, диагностика, тактика.
32. Отслойка плаценты. Эпидемиология, классификация. Клиника, диагностика, тактика.
33. Кровотечения в III периоде родов. Эпидемиология, классификация. Клиника, диагностика, тактика.
34. Послеродовые кровотечения (правило 4-х «Т»). Выворот матки. Эпидемиология, классификация, этиология. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
35. Геморрагический шок. Дефиниции, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
36. ДВС в акушерстве. Дефиниции, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, осложнения.

37. Эмболия околоплодными водами. Дефиниции, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
38. Ранние токсикозы беременных. Эпидемиология, классификация, этиология, патогенез, частые и редкие формы, принципы лечения.
39. Преэклампсия. Эпидемиология, классификация, этиология, факторы риска, патогенез, профилактика, клиника, диагностика, лечение.
40. HELLP-синдром. Дефиниции, клиника, диагностика, интенсивная терапия, акушерская тактика.
41. Острая жировая дистрофия печени при беременности. Дефиниции, клиника, диагностика, интенсивная терапия, акушерская тактика.
42. Эклампсия. Клиника, диагностика, профилактика, реабилитация, влияние на плод.
43. Тромботические микроангиопатии в акушерстве. Критерии диагноза, дифференциальная диагностика, принципы терапии.
44. Невынашивание беременности. Дефиниции, классификация, эпидемиология, диагностика, лечение, профилактика.
45. Преждевременные роды. Эпидемиология, классификация, факторы риска. Клиника, диагностика, прогнозирование и профилактика. Ведение родов.
46. Переносная беременность. Эпидемиология, клиника, диагностика. Ведение беременности и родов. Профилактика и прогноз.
47. Узкий таз. Эпидемиология, классификация, этиология, диагностика. Особенности ведения родов у женщин с анатомически узким тазом.
48. Функционально узкий таз («cephalopelvic disproportion»). Причины, диагностика. Осложнения, их профилактика.
49. Акушерский травматизм матери. Эпидемиология, классификация, этиология. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
50. Разрывы матки. Эпидемиология, классификация, этиология. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.

4.5 Ситуационные клинические задачи к промежуточной аттестации (экзамену) в 1 семестре

Ситуационная задача 1

Пациентка Н., 29 лет, обратилась к врачу-генетику с целью планирования беременности. Кариотип пациентки - 46, XX, t (4; 5) (p16; p13) (реципрокная транслокация между хромосомами 4 и 5. Сбалансированная). Соматический анамнез не отягощен. Браке 1, брак неродственный. Вредные привычки и профессиональные вредности отрицает. Гинекологические заболевания: отрицает. Паритет: Беременностей - 2. Родов -1. Абортов - 1. 1-я беременность – 2017 г. - самопроизвольные роды 5 лет назад, родилась девочка массой 3500 г, 54 см, без осложнений. Ребенок здоров. 2-я беременность – 2020 г. – прерывание беременности по медицинским показаниям в 19 - 20 недель. По данным молекулярно - генетического исследования у плода выявлена несбалансированная транслокация между короткими плечами 5 и 4 хромосом). Учитывая высокий риск рождения ребенка с хромосомной аномалией у пациентки с носительством сбалансированной транслокации, генетиком даны рекомендации по планированию беременности и прегравидарной подготовке. При проведении ЭКО – проведение преимплантационного генетического тестирования (ПГТ-А), при самостоятельном наступлении беременности – инвазивной пренатальной диагностики с 10 недели. Общее состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. ИМТ 22 кг/м². По прошествии трех месяцев от первичного приема генетика наблюдаемая пришла на прием к врачу женской консультации для постановки на учет по беременности. По

данным ультразвукового исследования, выполненного в 6 недель, подтверждена прогрессирующая маточная беременность.

Диагноз: Беременность 10 недель и 5 дней. Прогрессирующая. Высокий риск развития хромосомной аномалии. Врачом акушером-гинекологом назначена консультация генетика.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Прогноз относительно пролонгирования беременности пациентки.
3. Тактика ведения пациентки при настоящей беременности.
4. Понятие пренатальная диагностика. Методы инвазивной пренатальной диагностики.
5. Методы генетического исследования.

Ситуационная задача 2

Пациентка А., 42 лет, обратилась к врачу акушеру - гинекологу женской консультации с жалобами на невынашивание беременности. Наследственность не отягощена. Гемотрансфузии отрицает. Тромбозы, инфаркты и инсульты у близких родственников в возрасте до 50 лет отрицает. Соматический анамнез: гипотиреоз. Менструации с 13 лет, регулярные, через 28 дней, по 5 - 6 дней, умеренные, безболезненные. Гинекологические заболевания: выскабливания матки в анамнезе. В браке, брак 1. Мужу 27 лет, практически здоров, вредные привычки отрицает. Паритет. Беременностей было 2 Родов – 0 Выкидышей (самопроизвольных аборт) - 2. 1 - я беременность – 2020 г. – выкидыш (самопроизвольный аборт) в сроке 6 – 7 недель – выскабливание матки. Заключение цитогенетического исследования – 69, XXУ. 2 - я беременность – 2021 г. – выкидыш (самопроизвольный аборт) в сроке 8 – 9 недель – кровотечение, выскабливание матки. Цитогенетическое исследование не проводилось. По данным ультразвукового исследования, проведенного через 3 месяца после эпизода невынашивания беременности, толщина М-эхо: 4 мм, контуры ровные. Структура эндометрия неоднородная. В дне – участок неоднородной структуры размерами 11х6 мм, регистрируется кровоток. Произведена гистероскопия, выскабливание матки. Данные гитологического заключения: «остатки» плодного яйца. Телосложение нормостеническое. Рост 175 см, вес 75 г. ИМТ 24,5 кг/м². АД 100/60 ММ РТ.СТ., PS 76 уд. в мин. Оценка гинекологического статуса - патологии не выявило. По данным серии эхографических исследований, выполненных в динамике на 21-24 день менструального цикла, выявлены эхо-признаки несоответствия эндометрия дню менструального цикла (толщина М-эхо - от 3,6 до 6,3 мм), неровность контуров и гиперэхогенные включения.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.
2. План обследования пациентки на первоначальном этапе.
3. Какие этиологические факторы привычного невынашивания беременности присутствуют у пациентки.
4. Тактика верификации диагноза «хронический эндометрит» у данной пациентки. Основные принципы лечения данного состояния.

Ситуационная задача 3

Беременная В., 35 лет, наблюдается по поводу беременности в женской консультации. На момент осмотра срок беременности 37 недель 4 дня. Жалоб не предъявляет. Соматические и гинекологические заболевания отрицает. Группа крови – А (II) Rh отр, анти-Rh АТ нет. Наследственность не отягощена. Репродуктивный анамнез: 1-ая беременность 7 лет назад закончилась самопроизвольными своевременными родами в чистом ягодичном предлежании, без осложнений. Родилась девочка 3200 г/ 50 см, резус ребёнка положительный — введён анти-Rh иммуноглобулин. 2-ая беременность – 5 лет назад – своевременными самопроизвольными родами в головном предлежании, без осложнений –

мальчик 3400 г/ 51 см, резус ребёнка отрицательный. 3-ая беременность – настоящая, самопроизвольная. Течение настоящей беременности: без осложнений, в 28 недель введен анти-Rh иммуноглобулин. Общая прибавка в весе – 9 кг, равномерная. При осмотре: телосложение правильное, рост 172 см, вес 75 кг. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски, отёков нет. АД 120/70 мм рт. ст. на обеих руках. Ps – 76 уд/мин, ритмичный. Акушерский статус Размеры таза 26-28-31-21 см. Окружность лучезапястного сустава 15 см. Ромб Михаэлиса 11×11 см, окружность живота 104 см, ВДМ 37 см, ПМП 3700-3800 г. Матка овоидной формы, не возбудима при пальпации, безболезненна во всех отделах. Положение плода продольное, спинка плода обращена влево, предлежит тазовый конец плода, над входом в малый таз. Шевеления плода ощущает хорошо, сердцебиение ясное, ритмичное, 140-160 уд/мин. Данные влагалищного исследования Шейка матки в центре малого таза, длиной 2 см, мягкая, цервикальный канал проходим для 1 пальца. Плодный пузырь цел. Предлежит тазовый конец, подвижен над входом в малый таз. Мыс не достижим. Выделения слизистые. Данные УЗИ: Плод в чистом ягодичном предлежании, головка в согнутом состоянии, ПМП 3700±200 г, с/б +, ИАЖ – 12 см. Плацента расположена по задней стенке, толщиной 34 мм, II-III ст. зрелости. Показатели кровотока в пределах нормы.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Обоснование диагноза.
3. Дальнейшая тактика ведения беременности у данной пациентки. О чём должна быть проинформирована пациентка?
4. Предикторы успеха наружного акушерского поворота (НАП) у данной пациентки.
5. Какой метод родоразрешения предпочтителен при неэффективности НАП или отказе пациентки от его выполнения?

Ситуационная задача 4

Беременная К., 28 лет, обратилась в консультативно-диагностическое отделение родильного дома. На момент обращения 28-29 недель беременности. Жалобы на слабость, головокружение, «хроническую» усталость, повышенную утомляемость. Из анамнеза: детские инфекции, ОРВИ. С 16 лет – хронический эрозивный гастрит, язвенная болезнь 12-перстной кишки, последнее обострение 2 года назад, неоднократно проводились гастроскопии, комплексная терапия. Гинекологические заболевания отрицает. Менструации с 13 лет, установились сразу, по 4-5 дней, через 26 дней, умеренные, безболезненные. Репродуктивный анамнез. I беременность – настоящая, самопроизвольная. Течение настоящей беременности На учёте в женской консультации с 10-11 недель. I триместр: рвота беременных лёгкой степени, лечилась амбулаторно. Скрининг I триместра – все риски низкие. II-III триместры – снижение гемоглобина до 86 г/л, лечение пероральными препаратами, без эффекта, жалобы на запоры и боли в области эпигастрия, изжогу на фоне лечения. Общая прибавка веса 3 кг, неравномерно. При осмотре: состояние удовлетворительное, голова не болит, кожа и видимые слизистые бледные. Рост – 164 см, вес – 62 кг. АД 100/60 мм рт. ст. Ps – 84 уд/мин, ритмичный. Физиологические отправления не нарушены. Отёков нет. Акушерский анамнез: ОЖ – 86 см, ВДМ – 28 см. Размеры таза 25-28-31-20 см. Крестцовый ромб правильной формы 11/11 см. Матка овоидной формы, в нормотонусе, безболезненна при пальпации. Предлежит головка плода, над входом в малый таз. Шевеления плода ощущает хорошо. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140-160 уд/мин. Данные УЗИ: один плод в головном предлежании. Размеры таза соответствуют 28-29 нед., ПМП 1100±200 г. С/б +. ИАЖ – 12 см. Плацента по задней стенке матки. Шейка матки длиной 37 мм, цервикальный канал сомкнут. Данные лабораторного обследования при поступлении: Клинический анализ крови: HGB – 87 г/л, HCT – 26,9%, RBC – 3,1 x 10¹²/л, отмечается гипохромия, пойкилоцитоз, микроцитоз, WBC – 8,8 x 10⁹/л, PLT – 269 x 10⁹/л.

Биохимический анализ крови: общий белок – 58 г/л, альбумин – 29 г/л, билирубин – 7,4 ммоль/л, креатинин – 68 мкмоль/л, АЛТ – 16 Ед/л, АСТ – 14 Ед/л, глюкоза – 3,8 ммоль/л, сывороточное железо – 4 мкмоль/л, ферритин – 6 нг/л. Отмечается повышение уровня гепсидина в крови. Показатели гемостазиограммы и анализы мочи в пределах нормы.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Обоснование диагноза.
3. Лечебная тактика.
4. С какими вариантами анемии проводится дифференциальная диагностика?
5. Критерии эффективности терапии препаратами железа.

Ситуационная задача 5

Беременная Д., 38 лет, обратилась в клинко-диагностическое отделение акушерского стационара при сроке гестации 33 недели 4 дня (по первому дню последней менструации) для проведения планового ультразвукового исследования.

Анамнез:

1 беременность закончилась своевременными родами без осложнений. Масса новорожденного 3800 грамм, оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. 2 беременность также – своевременными родами, 3670 грамм, оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. Данная беременность III, протекала без осложнений. В 12 недель проведен первый скрининг: высокий риск преэклампсии, ЗРП, терапии назначено не было. Последнее ультразвуковое исследование проведено в 20 недель. Патологии не выявлено. При госпитализации: Телосложение правильное, рост 174 см, вес 82 кг. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД 120 / 80 мм рт.ст. на обеих руках, PS – 80 уд./мин., ритмичный, температура тела 36,7°C. Акушерский статус: Размеры таза 26-29-31-21 см, окружность лучезапястного сустава 15 см, ромб Михаэлиса 11x11 см, ВДМ – 30 см, ОЖ – 88 см. Предполагаемая масса плода 1500-1600 г. Положение плода продольное, предлежит головка, над входом в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное 140-150 уд. в 1 мин. Матка при пальпации не возбудима, безболезненная при пальпации во всех отделах. По данным УЗИ: Предлежание головное. Плацента по задней стенке, толщиной 2,6 см. III степени зрелости, с большим количеством петрификатов, гиперэхогенных включений. Воды- умеренное маловодие. Предполагаемая масса плода 1600+-200 грамм, размеры плода соответствуют 30-31 неделям гестации. Размеры плода: БПР - 78 мм, ОГ - 268 мм, ОЖ - 234 мм, ДБ - 52 мм. Показатели доплерометрии в АП – повышение индекса резистентности. Показатели доплерометрии в ЛМА и ПМА – повышение индекса резистентности.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения.
3. Какие нарушения допущены при ведении беременности у данной пациентки
4. В каком сроке показано родоразрешение пациентки?

Ситуационная задача 6

Беременная Д., 28 лет, поступила в акушерский стационар в связи с начавшейся родовой деятельностью в срок ожидаемых родов, подтеканием околоплодных вод, окрашенных меконием. Анамнез Данная беременность I, протекала без осложнений. При госпитализации: Телосложение правильное, рост 168 см, вес 76 кг. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД 120 / 80 мм.рт.ст. на обеих руках, PS – 110 уд./мин., ритмичный, температура тела 38,0°C. Акушерский статус: Размеры таза 26-28-31-21, индекс Соловьева – 15 см., ромб Михаэлиса 11x11 см., ВДМ – 38 см., ОЖ – 102 см. Предполагаемая масса плода 3800-3900 гр. Положение плода продольное, предлежит

головка плода, прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода приглушено, базальный ритм 140-150 уд. в 1 мин., отмечаются урежения до 80 ударов в минуту, плохо восстанавливается- патологический тип КТГ. Схватки через 4-5 минут по 30 секунд, умеренной силы, болезненные. По данным УЗИ: Предлежание головное. Плацента по задней стенке, толщиной 3,8 см. III степени зрелости. Предполагаемая масса плода 3800 гр. Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Шейка сглажена, края ее растяжимые, тонкие, открытие 2-3 см, плодный пузырь не определяется, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигается, экзостозов в малом тазу нет. Подтекают воды, окрашенные меконием. Диагноз: Беременность 40 недель. Головное предлежание. Дистресс – плода. Хориоамнионит? План ведения родов: учитывая отсутствие условий для быстрого и бережного родоразрешения через естественные родовые пути, пациентка была родоразрешена оперативно путем операции кесарева сечения. Течение послеродового периода: У роженицы в течении первых четырех суток послеоперационного периода после операции кесарева сечения в нижнем сегменте отмечается повышение температуры до 38-39°C, ознобы. В развернутом анализе крови: лейкоциты 15,3·10⁹, СОЭ 70 мм в ч, п/я 5, с/я 73, При осмотре: отмечается выраженная инфильтрация швов на передней брюшной стенке 10·12 см. При влагалищном исследовании: матка до 15 недель, пальпация матки затруднена и болезненна из-за выраженной инфильтрации в области шва. Цервикальный канал пропускает палец, гнойные выделения с гнилостным запахом. Своды свободные, глубокие. Терапия в послеродовом периоде: В течение 4 суток проводится антибактериальная терапия, инфузионная терапия. Эффект незначительный. Переведена в гинекологическое отделение. На 5-ые сутки появилась температура до 40°C гектического характера, озноб, тахикардия до 120 уд. в мин, снижение АД до 80 мм рт.ст, отмечается одышка, учащение дыхания. Сознание сохранено, однако отмечается апатия. При объективном обследовании: кожные покровы бледные с сероватым оттенком, видимые слизистые синюшного цвета, на конъюнктивах петехиальная сыпь. Зарегистрировано снижение сатурации

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование
2. Дифференциальный диагноз
3. Какие нарушения допущены при ведении послеродового периода
4. План ведения пациентки.

Ситуационная задача 7

Беременная Д., 32 года, поступила в акушерский стационар III уровня в связи с начавшейся родовой деятельностью в 40 недель беременности (по данным последней менструации). Анамнез: 1 беременность 4 года назад закончилась самопроизвольными родами без осложнений. Масса новорожденного 3500 г., оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. Общая прибавка веса за беременность составила 14 кг. Данная беременность вторая, самопроизвольная, протекала без осложнений. При госпитализации: телосложение правильное, рост 162см, вес 70 кг. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД 120/80 мм. рт. ст. на обеих руках, PS – 76 уд. в мин., ритмичный, температура тела 36.7 градусов. Акушерский статус: размеры таза 26-29-31-20, индекс Соловьева – 15см, ромб Михаэлиса 11x11 см., ВДМ – 43 см, ОЖ – 105 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, сердцебиение ясное, ритмичное 140 – 150 уд. в 1 мин. Схватки через 4 минуты по 30 сек., умеренной силы и болезненности. Влагалищное исследование: наружные половые органы сформированы правильно, шейка матки сглажена, края ее тонкие, растяжимые, открытие маточного зева 4 см, плодный пузырь цел, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, малый родничок слева кпереди, ниже большого, стреловидный шов в правом косом размере, мыс не достигается. Диагноз: беременность 40 нед., I затылочное предлежание, передний вид,

1 период родов, крупный плод. План ведения родов: роды вести выжидательно на фоне кардиомониторного наблюдения за состоянием плода, с профилактикой кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде. Роды вести с функциональной оценкой таза. При выявлении несоответствия между размерами таза и головки – родоразрешить операцией кесарева сечения. Через 5 часов родился живой доношенный мальчик, 4200 гр., 53 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов, передан неонатологу. В III периоде родов – тактика выжидательная. Через 5 минут после рождения ребенка появились кровяные выделения из родовых путей в количестве 400 мл и кровотечение продолжается. Признаков отделения плаценты нет, при нажатии ребром ладони над лоном (признак Креде – Лазаревича) пуповина втягивается. Дно матки на 3 см выше пупка.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование
2. Дифференциальный диагноз
3. Какие нарушения допущены при ведении родов
4. План ведения родов

Ситуационная задача 8

Беременная со сроком гестации (по данным 1-го дня последней менструации) 35 недель беременности доставлена машиной «Скорой помощи» в приемное отделение стационара III уровня с жалобами на боли в животе, головную боль, тошноту и кровяные выделения из родовых путей в объеме 200мл. Анамнез: I беременность 4 года назад закончилась своевременными родами, осложнилась развитием преэклампсии умеренной степени тяжести. Роды закончились через естественные родовые пути, масса новорожденного составила 3300 гр., оценка по шкале Апгар 7 - 9 баллов. Данная беременность II, протекала с осложнениями, во второй половине беременности периодически отмечалась гипертензия до 140/90 мм рт. ст. (исходное АД – 110/70), отеки, вызванные беременностью (прибавка в массе составила 16 кг.), периодически выявлялась протеинурия до 0.3 г/л. При госпитализации: телосложение правильное, рост 162 см, вес 78 кг. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД 150-100 мм рт. ст. на обеих руках, PS – 95 уд/мин, ритмичный, температура тела 36.7 градусов. Выявлены отеки нижних конечностей и передней брюшной стенки. Отмечает болезненные ощущения в области матки, слабость, головокружение. Акушерский статус: размеры таза 25 – 28 – 31 – 20, индекс Соловьева – 14 см., ромб Михаэлиса – 11x11 м., ВДМ – 34 см, ОЖ – 92см. Предполагаемая масса плода – 2800 – 2900 гр. При пальпации матка в тонусе, отмечается локальная болезненность по передней стенке матки, регулярной родовой деятельности нет. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода 100-110 уд. в мин., приглушено. По данным УЗИ: предлежание головное, плацента прикреплена по передней стенке матки и в дне, толщиной 3.5 см., III степени зрелости, нижний край более, чем на 6 см. от внутреннего зева, предполагаемая масса плода 2800. Между плацентой и стенкой матки визуализируется гипоехогенное образование 5 x 2.5 x 3 см. с неоднородным по эхо – структуре содержимым. Исследование в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы, кзади, длиной 2 см, чистая, из наружного зева шейки матки – обильные кровяные выделения, слизистая влагалища – без особенностей.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование
2. Дифференциальный диагноз
3. Какие нарушения допущены при ведении пациентки в женской консультации
4. План дальнейшего ведения пациентки. Какой лапаротомический доступ предпочтительней, К какой группе неотложности относится данный диагноз.

Ситуационная задача 9

Беременная М., 28 лет доставлена машиной скорой медицинской помощи в акушерский стационар. Жалобы на схваткообразные боли внизу живота в течение суток, которые усилились за последние 4 часа до поступления. Анамнез. Беременность первая, самопроизвольная. Протекала без осложнений. Срок беременности при поступлении по менструации и первому скринингу 40 недель и 2 дня. Рост 168 см, вес 70 кг. Артериальное давление 120/80 мм. рт. ст. на обеих руках. Температура 36,6°C. Соматический статус без особенностей. Данные наружного акушерского исследования: размеры таза 27-29-31-21, индекс Соловьева 14 см, ромб Михаэлиса 11×11 см. ВДМ 39 см, ОЖ – 104 см. Матка увеличена до срока доношенной беременности, возбудима при пальпации. Положение плода продольное. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд в мин. Схватки через 2-3 по 20 сек, болезненные. Воды целы. Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей. Шейка матки сглажена, 2 см, края ригидные. Плодный пузырь цел. Предлежит головка прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигается. Экзостозов нет. Диагноз: Беременность 40 недель 2 дня. Головное предлежание. Первый период родов. План: Роды вести выжидательно. Профилактика кровотечения в 3 периоде родов. Данные УЗИ: В полости матки расположен 1 плод, размеры соответствуют сроку доношенной беременности. ПМП 3700 ± 200 грамм. Плацента расположена по задней стеке матки, толщина 38 мм, 3 степени зрелости. Количество околоплодных вод - нормальное. Показатели доплерометрии в системе мать-плацента-плод в пределах нормы. Через 4 часа. Роженица жалуется на усталость, интенсивные болезненные схватки. Поведение беспокойное. Пульс 84 уд в минуту, температура 37,1. АД 125/80 мм. рт. ст. Схватки остаются короткими и частыми: по 20 – 25 сек через 2-3 минуты, болезненные. Матка между схватками расслабляется. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное 150-160 уд в минуту. Воды целы. Влагалищное исследование: Шейка матки сглажена, края толстые, отечные. Открытие 2-3 см. Плодный пузырь цел. Головка прижата малым сегментом во входе в малый таз. Выделения слизистые.

Вопросы:

1. Сформулировать диагноз и его обоснование.
2. Выработать план дальнейшего ведения родов.
3. Можно ли было при поступлении роженицы в стационар прогнозировать развитие у нее anomalies родовой деятельности и провести профилактику ее развития?
4. Перечислить и указать причину развития возможных осложнений для плода и новорожденного у данной пациентки.

Ситуационная задача 10

Беременная Н. 42 лет обратилась в приемное отделение родильного дома с жалобами на боли тянущего характера в левой подвздошной области, тошноту. Дома отмечала однократную рвоту. Анамнез: Первая беременность закончилась своевременными оперативными родами. Кесарево сечение было произведено в связи с острой гипоксией плода, развившейся в первом периоде родов. Послеоперационный период протекал без осложнений. Ребенок здоров. Вторая беременность закончилась преждевременными родами при сроке гестации 36 недель. Операция была произведена в экстренном порядке в связи с угрозой разрыва матки по рубцу. Ребенок здоров. Данная беременность 3. Самопроизвольная. Протекала без осложнений. Срок беременности при поступлении в стационар 39 недель 5 дней. Объективный статус без особенностей. Рост 158 см, вес 95 кг. АД 130/80 мм. рт. ст. на обеих руках. Пульс 78 уд в минуту. Наружное акушерское исследование: Матки увеличена соответственно сроку доношенной беременности. В нормальном тоне. При пальпации отмечается локальная болезненность над лоном больше слева. Положение плода продольное. Предлежит головка плода над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 145 уд в минуту. Воды целы.

Влагалищное исследование: Шейка матки расположена в центре малого таза, длиной 2,5 см, плотная, цервикальный канал проходим для 1 пальца. Плодный пузырь цел. Предлежит головка плода над входом в малый таз. Мыс не достигается. Экзостозов нет. Данные УЗИ: В матке 1 плод в головном предлежании, размеры соответствуют доношенной беременности ПМП 3200 ± 200 грамм. Плацента расположена в дне матке, 3 степени зрелости, толщиной 38 мм. Вод несколько меньше нормы. Толщина миометрия в области нижнего маточного сегмента 1,3 – 1,5 мм, слева – истончен до 0,8 мм. Диагноз: Беременность 39 недель 5 дней. Головное предлежание. Несостоятельный рубец на матке после 2х операций кесарева сечения. Угроза гистопатического разрыва. Запланировано экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения. Экстренно на каталке подана в операционную. В момент перекладывания беременной на операционный стол возникли резкие боли внизу живота, рвота. Матка пришла в гипертонус и не расслабляется. Из половых путей появились обильные кровяные выделения. Сердцебиение плода уредилось до 90 ударов в минуту, не восстанавливается. Вопросы:

1. Полный клинический диагноз.
2. Обосновать выбор метода лапаротомии и обезболивания.
3. Какие специалисты должны быть вызваны в операционную для оказания дополнительной медицинской помощи?
4. Какие ошибки были допущены при ведении данной беременной на амбулаторном этапе?

Ситуационная задача 11

Роженица А., 24 лет, поступила в перинатальный центр с жалобами на регулярные схваткообразные боли в течение 4-х часов. На момент поступления схватки через 5 минут по 25 секунд, умеренно болезненные. Срок беременности 38 недель 2 дня. Из анамнеза: настоящая беременность вторая, первая закончилась год назад фарм.абортом, без осложнений. Общий осмотр: телосложение правильное, рост 170 см, вес 82 кг. Кожные покровы физиологической окраски, отеков нет. АД 120/80 и 118/76 мм. рт. ст., PS – 80 уд/мин ритмичный, температура тела 36,4°C. Акушерский статус: Размеры таза 25-28-30-20 см, индекс Соловьева – 15 см., ромб Михаэлиса 11x11 см., ВДМ – 36 см, ОЖ – 92 см. Предполагаемая масса плода 3400 г. Матка в нормальном тонус, возбудима при осмотре, между схватками расслабляется полностью, безболезненная во всех отделах. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное 140-150 уд/мин. Околоплодные воды не изливались. Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки сглажена, края маточного зева средней толщины податливые, открытие маточного зева 3 см, плодный пузырь цел, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигается, экзостозов в малом тазу нет. Диагноз: Беременность 38 недель 2 дня. Головное предлежание. Первый период родов. Составлен план ведения родов: Роды продолжить вести выжидательно на фоне кардиомониторного наблюдения за состоянием плода, с профилактикой кровотечения в III и раннем послеродовом периодах. Через 1 час роженица пожаловалась на болезненные схватки, в связи с чем произведена эпидуральная анестезия по согласию пациентки. Через 4 часа осмотрена в динамике: схватки через 3-4 минуты по 35 секунд, безболезненные. Матка вне схватки расслабляется полностью, безболезненная во всех отделах. Положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода по данным КТГ – нормальный тип КТГ, базальный ритм 130-140 уд/мин. При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 7 см. Плодный пузырь цел. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок справа у крестца, ниже большого, большой слева у лона. По данным УЗИ при поступлении: В матке один плод в головном предлежании. ПМП – 3450 г. Плацента по задней стенке,

толщина плаценты 34 мм, степень зрелости III. ИАЖ – 12 см. Допплерометрия – кровотоки в маточно-плацентарно-плодовом комплексе не нарушены.

Вопросы:

1. Диагноз на данный момент родов с определением биомеханизма родов.
2. Требуется ли вскрытие плодного пузыря на данном этапе родов?
3. Какие особенности данного биомеханизма родов?
4. Что необходимо внести в план ведения родов с учетом данного биомеханизма родов?

Ситуационная задача 12

Роженица А., 36 лет, поступила в акушерский стационар с жалобами на регулярные схваткообразные боли в течение 6-и часов. На момент поступления схватки через 3 минуты по 35 секунд, болезненные. Срок беременности 40 недель 2 дня. Из анамнеза: настоящая беременность вторая, первая закончилась 2 года назад своевременными родами крупным плодом (4450 г). Общий осмотр: телосложение гиперстеническое, рост 167 см, вес 98 кг. Кожные покровы физиологической окраски, отеков нет. АД 136/84 и 138/76 мм рт. ст., PS – 87 уд/мин ритмичный, температура тела 36,4°C. Акушерский статус: Размеры таза 26-28-37-21 см, индекс Соловьева – 16 см., ромб Михаэлиса 11x11 см., ВДМ – 42 см, ОЖ – 100 см. Матка в нормальном тоне, возбудима при осмотре, между схватками расслабляется полностью, безболезненная во всех отделах. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное 149-156 уд/мин. Околоплодные воды излились в приемном отделении. Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки сглажена, края маточного зева средней толщины податливые, открытие маточного зева 3 см, плодный пузырь отсутствует, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигается, экзостозов в малом тазу нет. Подтекают светлые околоплодные воды. По данным УЗИ: в матке один плод в головном предлежании. ПМП – 3950±200 г. Диагноз: Беременность 40 недель 2 дня. Головное предлежание. Первый период родов. Раннее излитие околоплодных вод. Крупный плод? НЖО II ст. Составлен план ведения родов: Роды продолжить вести выжидательно на фоне кардиомониторного наблюдения за состоянием плода, с функциональной оценкой таза, с профилактикой кровотечения в III и раннем послеродовом периодах. На данном этапе показано обезболивание родов, с учетом болезненных схваток. Проведена эпидуральная анестезия. Через 4 часа роженица осмотрена в динамике: схватки через 5 минут по 25 секунд, безболезненные. Матка вне схватки расслабляется полностью, безболезненная во всех отделах. Положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода по данным КТГ – нормальный тип КТГ, базальный ритм 130-140 уд/мин. Подтекают светлые околоплодные воды. При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 4 см. Плодный пузырь отсутствует. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Лобный шов в правом косом размере, передний угол большого родничка справа у крестца, переносица и надбровные дуги слева у лона.

Вопросы:

1. Диагноз на данный момент родов с определением биомеханизма родов.
2. Обоснование диагноза.
3. Какому размеру головки соответствует диаметр большого сегмента головки при данном биомеханизме родов?
4. План ведения родов.

Ситуационная задача 13

Роженица А., 24 лет, поступила в акушерский стационар с жалобами на регулярные схваткообразные боли в течение 5-и часов. На момент поступления схватки через 5 минут по 25 секунд, умеренно болезненные. Срок беременности 39 недель 4 дня. Из анамнеза: настоящая беременность первая, самопроизвольная. Общий осмотр: телосложение

нормостеническое, рост 160 см, вес 72 кг. Кожные покровы физиологической окраски, отеков нет. АД 126/74 и 118/68 мм рт. ст., PS – 87 уд/мин ритмичный, температура тела 36,2°C. Акушерский статус: Размеры таза 22-24-30-21, индекс Соловьева – 15 см., ромб Михаэлиса 11x10 см., ВДМ – 35 см, ОЖ – 95 см. Матка в нормальном тонусе, возбудима при осмотре, между схватками расслабляется полностью, безболезненная во всех отделах. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное 149-156 уд/мин. Околоплодные воды не изливались. Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки сглажена, края маточного зева средней толщины податливые, открытие маточного зева 3 см, плодный пузырь цел, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигается, экзостозов в малом тазу нет. По данным УЗИ: в матке один плод в головном предлежании. ПМП – 3350 г. Диагноз: Беременность 39 недель 4 дня. Головное предлежание. Первый период родов. Поперечносуженный таз. Составлен план ведения родов: Роды продолжить вести выжидательно на фоне кардиомониторного наблюдения за состоянием плода, с профилактикой кровотечения в III и раннем послеродовом периодах. Через 4 часа роженица осмотрена в динамике: схватки через 3 минуты по 35 секунд, болезненные. Матка вне схватки расслабляется полностью, безболезненная во всех отделах. Положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода по данным КТГ – нормальный тип, базальный ритм 146-154 уд/мин. При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 8 см. Плодный пузырь цел, вскрылся во время исследования. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в прямом размере, малый родничок у крестца, большой у лона. Подтекают светлые околоплодные воды.

Вопросы:

1. Диагноз на данный момент родов с определением биомеханизма родов.
2. Особенности биомеханизма родов при данной форме сужения таза?
3. План ведения родов.
4. Какие осложнения родов Вы ожидаете у роженицы с анатомически узким тазом?

Ситуационная задача 14

Роженица А., 32 лет, поступила в акушерский стационар с жалобами на регулярные схваткообразные боли в течение 8-и часов и излитие околоплодных вод час назад. На момент поступления схватки через 2 минуты по 45 секунд, умеренно болезненные. Срок беременности 41 неделя 2 дня. От эпидуральной анестезии пациентка отказалась. Из анамнеза: настоящая беременность вторая, самопроизвольная. Первая беременность закончилась 2 года назад своевременными оперативными (вакуум-экстракция плода аппаратом KIVI – вторичная слабость родовой деятельности), родился живой доношенный мальчик, массой 4200, в настоящее время растет и развивается нормально. Общий осмотр: телосложение нормостеническое, рост 160 см, вес 72 кг. Кожные покровы физиологической окраски, отеков нет. АД 126/74 и 118/68 мм рт. ст., PS – 87 уд/мин ритмичный, температура тела 36,2°C. Акушерский статус: Размеры таза 26-28-30-21, индекс Соловьева – 15 см., ромб Михаэлиса 11x11 см., ВДМ – 39 см, ОЖ – 100 см. Матка в нормальном тонусе, возбудима при осмотре, между схватками расслабляется полностью, безболезненная во всех отделах. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное 149-156 уд/мин. Околоплодные воды не изливались. Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное, плодный пузырь отсутствует, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок у крестца справа, большой слева у лона, роднички на одном уровне. Мыс не достигается, экзостозов в малом тазу нет. Подтекают светлые околоплодные воды. По данным УЗИ: в матке один плод в головном предлежании. ПМП – 4000 г. Диагноз: Беременность 41 неделя 2 дня. Затылочное

предлежание, задний вид. Второй период родов. Крупный плод. Составлен план ведения родов: Роды продолжить вести выжидательно на фоне кардиомониторного наблюдения за состоянием плода, с функциональной оценкой таза, с профилактикой кровотечения в III и раннем послеродовом периодах. Через 2 часа появились жалобы на потуги, роженица ведет себя беспокойно, осмотрена в динамике: схватки через 1-2 минуты по 40-50 секунд, потужного характера. Матка вне схватки не расслабляется полностью, болезненная при пальпации нижнего сегмента. Положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Симптом Вастена отрицательный. Размер Цангеймстера 21 см. Патологический тип КТГ – ранние глубокие децелерации до 60 уд/мин, с восстановлением синусоидального базального ритма 130 уд/мин. При влагалищном исследовании: Шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное, плодный пузырь отсутствует, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. На головке выраженная родовая опухоль. Во время схватки продвижения головки нет. Подтекают околоплодные воды, окрашенные меконием.

КТГ



Вопросы:

1. Диагноз на данный момент родов. Обоснование диагноза.
2. План ведения родов.
3. Какие были допущены ошибки при ведении данных родов?
4. Сколько продолжается второй период родов у повторнородящих и какова частота вагинального осмотра во втором периоде родов

Ситуационная задача 15

Пациентка А., 37 лет, поступила в акушерский стационар с жалобами на одышку в покое, общую слабость. Беременность вторая. В анамнезе один фармакологический аборт, без осложнений. Наблюдается с 13 недель в женской консультации. При постановке на учет впервые диагностирован врожденный порок сердца у беременной: ДМПП. Срок беременности на момент поступления 37 недель 6 дней. Объективно: Состояние средней тяжести. Пульс 74 уд/мин, удовлетворительных св-в, АД 110/70 мм.рт.ст. ЧДД 22 в минуту. Телосложение пациентки нормостеническое. Область сердца и крупных сосудов внешне не изменена. Аускультация сердца - над всей поверхностью сердца -

систолический шум. Аускультация легких – разнокалиберные хрипы. Данные дополнительного обследования: ЭКГ - перегрузка правого предсердия, неполная блокада правой ножки пучка Гисса; ЭхоКГ - дефект межпредсердной перегородки 2 см в диаметре, легочная гипертензия > 50 мм.рт.ст. Акушерский статус: Размеры таза 25-29-32-20 см, ОЖ – 101 см, ВДМ 35 см. Матка в нормальном тоне, безболезненная во всех отделах. Шевеление плода ощущает хорошо. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердечные тоны плода ритмичные, 130-140 в минуту. Околоплодные воды не изливались. Влагалищное исследование: Шейка матки сохранена, отклонена кзади, длиной до 2,5 см, плотная, наружный зев закрыт. Таз емкий, без экзостозов и деформаций. Мыс не достижим. Вопросы:

1. Ваш диагноз? Обоснование.
2. К какой группе риска относится сердечно-сосудистая патология у беременной?
3. План родоразрешения?
4. Определите риск ВТЭО на момент поступления пациентки.

4.6. Контрольные вопросы к промежуточной аттестации (экзамену) в 3 семестре

51. Акушерский поворот (наружный поворот, классический наружно внутренний поворот). Показания. Условия. Техника выполнения.
52. Кесарево сечение. Эпидемиология, классификация. Показания, противопоказания, условия. Методы обезболивания. Техника выполнения. Осложнения, их профилактика. Предоперационная подготовка, ведение послеоперационного периода.
53. Выходные акушерские щипцы. Показания, противопоказания, условия, обезболивание, техника, осложнения.
54. Вакуум-экстракция плода. Показания, противопоказания, условия, обезболивание, техника, осложнения.
55. Амниотомия, перинеотомия и эпизиотомия. Дефиниция, показания, противопоказания, техника, осложнения.
56. Ручное отделение плаценты и выделение последа. Показания, обезболивание, техника.
57. Бимануальная компрессия матки. Управляемая баллонная тампонада. Дефиниция, показания, противопоказания, техника, осложнения.
58. Неправильные положения плода. Этиология, патогенез, диагностика, ведение беременности, родов.
59. Дистоция плечиков. Факторы риска. Акушерские пособия.
60. Анемия при беременности. Эпидемиология, особенности течения беременности и родов, акушерская тактика, профилактика.
61. Особенности течения беременности и родов при заболеваниях мочевыводящих путей. Ведение беременности и родов. Профилактика осложнений. Реабилитация.
62. Особенности течения беременности и родов при артериальной гипертензии и гипотензии. Ведение беременности и родов. Профилактика осложнений. Реабилитация.
63. Особенности течения беременности и родов при вирусных гепатитах. Ведение беременности и родов. Профилактика осложнений. Реабилитация.
64. Особенности течения беременности и родов у женщин с сахарным диабетом. Ведение беременности и родов. Профилактика осложнений. Реабилитация.
65. Особенности течения беременности и родов у женщин с заболеваниями щитовидной железы. Ведение беременности и родов. Профилактика осложнений. Реабилитация.
66. Особенности течения беременности и родов у женщин с пороками сердца. Ведение беременности и родов. Профилактика осложнений. Реабилитация.
67. Регуляция, физиология и патология репродуктивной функции женщины. Виды ее нарушений. Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции.
68. Структура гинекологической заболеваемости. Мероприятия по ее снижению.

69. Основы топографической анатомии областей тела: передней брюшной стенки, брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза, урогенитальной области.
70. Возрастные периоды развития женщины, основные анатомические и функциональные изменения органов репродуктивной системы в возрастном аспекте.
71. Клиническая симптоматика, дифференциальная диагностика и терапия неотложных состояний в гинекологии.
72. Предраковые гинекологические заболевания. Классификация, эпидемиология, диагностика, лечение, профилактика.
73. Опухоли яичников и маточных труб. Классификация, эпидемиология, диагностика, лечение, профилактика.
74. Опухоли матки. Классификация, эпидемиология, диагностика, лечение, профилактика.
75. Опухоли шейки матки. Классификация, эпидемиология, диагностика, лечение, профилактика.
76. Опухоли влагалища, вульвы. Классификация, эпидемиология, диагностика, лечение, профилактика.
77. Методы исследования в гинекологии. Значение эндоскопии, рентген-радиологии, морфогистологии в диагностике гинекологических заболеваний.
78. Основы физиотерапии и лечебной физкультуры в акушерстве и гинекологии. Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению.
79. Основы рационального питания и принципы диетотерапии в акушерско-гинекологической практике.
80. Организация и проведение диспансеризации женщин, анализ ее эффективности.
81. Организация и проведение профилактических осмотров женщин, анализ эффективности.
82. Эндометриоз. Эпидемиология, классификация, факторы риска. Клиника, диагностика, лечение и профилактика.
83. Метроррагии. Эпидемиология, классификация, факторы риска. Клиника, диагностика, лечение и профилактика.
84. Бесплодие. Эпидемиология, классификация, диагностика, лечение и профилактика.
85. Аменорея. Эпидемиология, классификация, факторы риска. Клиника, диагностика, лечение и профилактика.
86. Воспалительные заболевания органов малого таза. Эпидемиология, классификация, факторы риска. Клиника, диагностика, лечение, прогнозирование и профилактика.
87. Оборудование и оснащение операционных, родовых палат. Техника безопасности при работе с аппаратурой. Хирургический инструментарий и шовный материал, используемые в акушерско-гинекологической практике.
88. Особенности течения гинекологической патологии в пожилом и старческом возрасте, подготовки к операции, течения послеоперационного периода, профилактика осложнений. Адаптационные возможности организма при старении.
89. Климактерические расстройства. Классификация, эпидемиология, диагностика, лечение, профилактика.
90. Прولاпс гениталий. Эпидемиология, классификация, факторы риска. Клиника, диагностика, лечение и профилактика.
91. Гистероскопия в послеродовом периоде и при гинекологической патологии. Дефиниция, показания, противопоказания, техника, осложнения.
92. Лапароскопия при гинекологической патологии. Дефиниция, показания, противопоказания, техника, осложнения.
93. Хирургические методы лечения патологии шейки матки. Дефиниция, показания, противопоказания, техника, осложнения.
94. Гистерэктомия. Дефиниция, показания, противопоказания, виды хирургического доступа, техника, осложнения.

95. Операции на придатках матки. Дефиниция, показания, противопоказания, виды хирургического доступа, техника, осложнения.
96. Операции при пролапсе гениталий у женщин. Классификация, показания, противопоказания, виды хирургического доступа, техника, осложнения.
97. Лигирование магистральных сосудов матки. Дефиниция, показания, противопоказания, техника, осложнения.
98. Компрессионные швы на матке. Дефиниция, условия, виды, показания, противопоказания, техника, осложнения.
99. Кольпоскопия. Дефиниция, показания, техника.
100. Санитарно-просветительная работа по пропаганде здорового образа жизни, предупреждению развития акушерской патологии и гинекологической заболеваемости

4.7 Ситуационные клинические задачи к промежуточной аттестации (экзамену) в 3 семестре

Ситуационная задача 1

Пациентка, 27 лет, доставлена в приемное отделение больницы бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на кровяные выделения из половых путей, тянущие боли внизу живота больше слева. Гинекологический анамнез: менархе с 13 лет, менструации установились через год регулярные, умеренные, безболезненные, по 5-7 дней, через 28-30 дней. Половая жизнь с 18 лет. Контрацепция – презерватив, нерегулярно. Беременности – 0. Перенесенные заболевания: острый аднексит 2 года назад, стационарное лечение. Анамнез заболевания: Последняя менструация в срок, обычного характера 1,5 месяца назад. В течение 5 дней пациентка отмечает тянущие боли в нижних отделах живота, без иррадиации. В день обращения отмечает появление кровяных выделений из половых путей. Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост-164 см, вес-62 кг. Температура тела 36,8. Кожа и видимая слизистая бледно-розовой окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД - 110/70 мм рт. ст., пульс – 82 уд в 1 мин, Язык влажный, чистый. Живот не вздут, болезненный в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины сомнительные в нижних отделах. Гинекологический статус: осмотр с помощью зеркал: слизистая оболочка влагалища цианотичная, шейка матки конической формы не эрозирована, выделения из цервикального канала кровяные скудные темные. При двуручном исследовании: шейка матки обычной длины и консистенции. Тракции за шейку матки болезненные. Тело матки несколько увеличено, мягковатой консистенции, подвижное, безболезненное. Правые придатки не определяются, область их безболезненная. Левые придатки: определяется образование вытянутой формы без четких контуров, пастозное, умеренно болезненное при пальпации. Своды влагалища глубокие, свободные. Клинико-лабораторное обследование: В общем анализе крови (cito): гемоглобин — 113 г/л, эритроциты — $4,1 \times 10^{12}/л$, лейкоциты — $9,2 \times 10^9 /л$. По данным УЗИ в приемном отделении: тело матки 59-50-58, м-эхо 13 мм гиперэхогенное, однородной структуры. Правый яичник 34-26-19 мм с мелкими фолликулами. Левый яичник 27-15-21мм с гипозоногенным образованием с сетчатыми включениями размером 16×16 мм. Медиальнее левого яичника лоцируется образование 18-15- 12мм средней эхогенности с гипозоногенной округлой полостью с гетерогенным содержимым. В малом тазу около 30 мл гипозоногенного содержимого со взвесью.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальную диагностику.
4. Лечение.

Ситуационная задача 2

Пациентка 47 лет доставлена машиной скорой помощи в приемное отделение гинекологического стационара. Жалобы на кровяные выделения из половых путей в течение месяца, усилившиеся последний день, головокружение, слабость. Акушерско-гинекологический анамнез: менархе в 12 лет, цикл регулярный, менструации по 6-7 дней, через 27-28 дней, умеренные, безболезненные. ПМ с задержкой на 3 недели, продолжается по настоящее время, кровяные выделения усилились в последний день. Половая жизнь с 18 лет, в браке, предохранение - барьерная контрацепция. В анамнезе 3 беременности: 1 аборт, 2 самостоятельных родов в срок. Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ, ГБ 2 ст. 2ст. Анамнез заболевания: в течение последних двух лет отмечает нарушение менструального цикла, в связи с чем дважды было произведено раздельное диагностическое выскабливание под контролем гистероскопии. Гистологический анализ: железисто - фиброзный полип эндометрия на фоне железистой гиперплазия эндометрия. В связи с чем пациентке была рекомендована гормональная терапия: в течение 6 месяцев принимала норколут во вторую фазу цикла. Пациентка самостоятельно прекратила гормонотерапию, после чего вновь отметила нарушение менструальной функции. Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, чистые. Рост 159 см, вес 92 кг. Молочные железы при пальпации без патологических образований. Кожные покровы чистые. Температура тела нормальная. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. Гинекологическое осмотр: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Выделения из половых путей кровяные, обильные. Осмотр шейки матки при помощи зеркал: шейка матки цилиндрической формы, не изменена, выделения из цервикального канала кровяные, обильные. Влагалищное исследование: шейка матки обычной консистенции, тракции за шейку безболезненны. Матка кпереди, не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная при пальпации. Придатки матки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Своды глубокие, безболезненные. УЗИ малого таза: матка кпереди, размерами 40x31x45 мм, миометрий обычной эхогенности, М-эхо до 17 мм на всем протяжении, неоднородный. Яичники: справа 34x27x16 мм, с фолликулами до 6 мм в диаметре, слева 30x 42x17 мм , с фолликулами до 3-4 мм в диаметре. Объемных образований и свободной жидкости в малом тазу нет. Клинический анализ крови: эритроциты - $2,94 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин- 92 г/л, лейкоциты — $9,8 \times 10^9$ /л.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Обоснование диагноза. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. С какими заболеванием необходимо проводить дифференциальную диагностику.
4. Тактика.

Ситуационная задача 3

Пациентка 25 лет обратилась к гинекологу с жалобами на нарушение менструального цикла и избыточное оволосение на коже лица и груди. Акушерско-гинекологический анамнез: менархе с 16 лет, менструации нерегулярные, умеренные, безболезненные, по 5-7 дней, через 60-120 дней. Последняя менструация около 2 месяцев назад. Половая жизнь с 18 лет, использует барьерный метод контрацепции, регулярно. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, корь. Объективно: состояние при поступлении удовлетворительное. Рост-165 см, вес- 85 кг. ИМТ-31,22. Язык влажный, чистый. Кожа и видимые слизистые бледно-розовой окраски. На лице в области носогубного треугольника и подбородка наблюдается избыточное оволосение. АД - 120/80 мм рт. ст., пульс – 80 уд в 1 мин, правильный. Молочные железы развиты правильно, безболезненные, мягкие, выделений из сосков нет, вокруг сосков отмечается избыточное оволосение. Телосложение правильное. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень и селезенка не увеличены. Со стороны мочевыделительной системы патологии не обнаружено. Отеков нет. Гинекологический

осмотр: Наружные половые органы развиты правильно, по женскому типу. Выделения из половых путей слизистые. Осмотр шейки матки при помощи зеркал: шейка матки не изменена. Слизистая влагалища розовая, складчатая. Влагалищное исследование: тракции за шейку матки безболезненные. Матка в anteflexio, не увеличена, подвижная, при пальпации безболезненная. Придатки матки не пальпируются, область их безболезненная. УЗИ органов малого таза Последняя менструация 2 месяца назад. Матка: положение anteflexio контуры четкие, ровные. Размеры: 45x40x48мм. Миометрий обычной эхогенности. Эндометрий толщиной до 15 мм, неоднородной структуры. Яичники: расположены в полости малого таза, размеры правый – 45x23x39 мм, фолликулярный аппарат представлен 12 фолликулами в наибольшем срезе от 5 до 8 мм в диаметре, расположенными преимущественно по периферии, строма уплотнена, белочная оболочка утолщена. Объем яичника 21,4 см³. Левый яичник размерами 46x25x40 мм, фолликулярный аппарат представлен 8 фолликулами в наибольшем срезе от 2 до 7 мм в диаметре, расположенными преимущественно по периферии, белочная оболочка утолщена, строма уплотнена. Объем яичника 24,4 см³. Свободная жидкость в малом тазу не определяется.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Методы обследования.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Лечение.

Ситуационная задача 4

Пациентка 30 лет обратилась к гинекологу с жалобами на отсутствие беременности при регулярной половой жизни без контрацепции на протяжении 3 лет, нарушение менструального

цикла. Акушерско-гинекологический анамнез: менархе с 15 лет, менструации нерегулярные, умеренные, безболезненные, по 7 дней, через 1-3 месяца. Последняя менструация: 22 день м/ц. Половая жизнь с 25 лет, не предохраняется. Спермограмма мужа – нормозооспермия. Перенесенные инфекции: ветряная оспа, корь. Объективно: состояние при поступлении удовлетворительное. Рост-168 см, вес- 90 кг. ИМТ-33,66. Телосложение правильное. Кожа и видимые слизистые бледно-розовой окраски. АД - 122/80 мм рт. ст., пульс – 76 уд в 1 мин, правильный. Молочные железы развиты правильно, безболезненные, мягкие, выделений из сосков нет. Живот при пальпации безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень и селезенка не увеличены. Со стороны мочевыделительной системы патологии не обнаружено. Отеков нет. Гинекологический осмотр: Наружные половые органы развиты правильно, по женскому типу. Выделения из половых путей слизистые. Осмотр при помощи зеркал: шейка матки не изменена. Слизистая влагалища розовая, складчатая. Влагалищное исследование: тракции за шейку матки безболезненные. Матка в anteflexioversio, не увеличена, подвижная, безболезненная. Придатки матки не пальпируются, область их безболезненная. По данным лабораторных методов исследования: глюкоза 6,2 Ммоль/ л, глюкоза ч/з 2 часа 8,1 Ммоль/л, гормональный профиль: пролактин 7 Нг/мл, кортизол 450 Нмоль /л Утро:185-624 Вечер: 0,0-267 ДГЭА-С 220 мкг/дл, ТТГ 3,2 мкМЕ /мл 0,35-4,94 Т4 своб. 11,4 Пмоль /л 9-19,05 Т3 своб. 4,5 Пмоль /л 2,63-5,7 ЛГ- 14,5 мМе/мл, ФСГ- 5,5 мМе/мл, свободный тестостерон 3,5 нмоль/л, ИСА 50 %, 17-ОН-прогестерон 0.9 нмоль/л. УЗИ органов малого таза: Последняя менструация: 22 день м/ц. МАТКА: контуры четкие, ровные. Размеры: 53x45x50мм. Миометрий обычной эхогенности. Эндометрий толщиной до 10 мм, однородный. Правый яичник – 40x26x35 мм, фолликулярный аппарат представлен 16 фолликулами в наибольшем срезе от 5 до 8 мм в диаметре, расположенными преимущественно по периферии, строма уплотнена, белочная оболочка утолщена. Объем яичника 19,4 см³. Левый яичник размерами 44x27x39 мм,

фолликулярный аппарат представлен 14 фолликулами в наибольшем срезе от 2 до 7 мм в диаметре, расположенными преимущественно по периферии, строма уплотнена, белочная оболочка утолщена. Объем яичника 24,6 см³. Свободная жидкость в малом тазу не определяется.

Вопросы:

1. Диагноз. Обоснование диагноза.
2. Методы обследования.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Лечение.

Ситуационная задача 5

Супружеская пара, находящаяся в браке 5 лет, обратилась за консультацией перед планированием беременности. Супруге 34 года, в анамнезе указаний на наличие беременности нет. Супругу 38 лет, второй брак, в первом браке 8 лет назад указал на две беременности, обе которые закончились неразвивающимися беременностями в сроке до 12 недель. Хронических заболеваний не имеет, работает более 10 часов в сутки, работа – сидячая. У супруги в 19 лет аппендэктомия, без осложнений. Акушерско-гинекологический анамнез: менархе в 13 лет, менструации регулярные, умеренные, безболезненные, по 5-7 дней, через 27-30 дней. Половая жизнь с 25 лет, использует барьерный метод контрацепции, регулярно. На протяжении последнего года от любых методов контрацепции супружеская пара отказалась. Объективно: без особенностей. Гинекологический осмотр: Наружные половые органы развиты правильно. Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища розовая, складчатая, шейка матки не эрозирована. Влагалищное исследование: шейка матки обычной плотности, тракции - безболезненные. Тело матки в anteflexio, несколько увеличено, подвижное, безболезненное, с гладкой поверхностью. Придатки матки не пальпируются, область их безболезненна. Своды свободные, глубокие, безболезненные. УЗИ малого таза (5 день цикла): Матка в anteflexio, контуры четкие, размеры 40x34x40 мм, миометрий ячеистой структуры. В дне определяется миома матки 4 типа 14 мм, гипоэхогенной структуры, с периферическим кровотоком с ИР 0,56. Полость матки не деформирована. М-эхо толщиной 5 мм, трехслойное. Шейка матки 34 мм, средней эхогенности, цервикальный канал тонкий, ровный. Яичники: правый – 32x23x16 мм, с фолликулами до 7 мм в диаметре (в срезе не более 8 фолликулов); левый – размерами 35x29x26 мм с фолликулами от 2 до 6 мм в диаметре, в нижнем полюсе определяется однокамерное образование 18 мм в диаметре, с четкими ровными контурами, толщина стенок до 2 мм, сетчатой аваскулярной структуры. Свободная жидкость в малом тазу не визуализируется. ЗАКЛЮЧЕНИЕ: 2 фаза цикла. Миома матки (4 тип). На протяжении последних 6 месяцев пациентка самостоятельно выполняла тесты на овуляцию – результат был положительным с 14 по 16 день каждого менструального цикла. Исследование на ИППП (инфекции не выявлены). Спермограмма мужа: нормозооспермия. 4 месяца назад пациентке была выполнена процедура ультразвуковой ГСГ: патологии не выявлено, маточные трубы проходимы для жидкости. Рекомендована прегравидарная витаминотерапия. Беременность до настоящего времени не наступила.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Методы диагностики.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Лечение.

Ситуационная задача 6

На консультативный прием обратилась пациентка 28 лет с жалобами на отсутствие беременности на протяжении 2 лет. Акушерско-гинекологический анамнез: раннее

развитие без особенностей, менархе в 15 лет. Менструальный цикл на протяжении 4 лет нерегулярный – отмечает задержки до 30 дней, продолжительность менструации 4 дня, выделения умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 20 лет, беременностей не было. На протяжении последних 4 лет методы контрацепции не использует. Анамнез заболевания: жалобы на отсутствие беременности на протяжении 2 лет. По рекомендации гинеколога 2 года назад начала периодически принимать дидрогестерон 20 мг в сутки для стимуляции менструации. Последний год стала наблюдать за овуляцией при помощи программы на телефоне – по данным программы овуляция происходит на 14 – 18 день цикла. Супругу 32 года, вредных привычек не имеет, спортсмен, проходит ежегодный диспансерный контроль. 6 месяцев назад выполнил по рекомендации уролога анализ спермы на ИППП – отрицательно. Заключение спермограммы – нормозооспермия. Объективно: состояние удовлетворительное. Индекс массы тела 32 кг/м², окружность талии 82 см. Телосложение правильное, распределение жировой ткани по женскому типу. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые, на лице определяется большое количество угревых высыпаний. Отмечается невыраженная алопеция. Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно, по женскому типу. Выделения из половых путей светлые. Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища розовая, складчатая. Шейка матки не изменена. При расширенной кольпоскопии нормальная картина. Влагалищное исследование: шейка матки обычной плотности, тракции - безболезненные. Тело матки расположено в anteflexio, не увеличено, подвижное, безболезненное. Придатки матки не пальпируются, область их безболезненна. Своды свободные, глубокие. Общий анализ крови: без отклонений. УЗИ малого таза (23 день цикла): Матка расположена в anteflexio, контуры четкие. Размеры 42×34×45 мм. Миометрий ячеистый. Полость матки не деформирована. МЭХО 6 мм, трёхслойное. Шейка матки 34x32 мм, средней эхогенности, цервикальный канал тонкий. Правый яичник размерами 45x20x28 мм (объем 13,4 см³) с множеством фолликулов диаметром до 4 мм, расположены хаотично. Левый яичник размерами 50x30x32 мм (объем 25 см³) с множеством фолликулов диаметром от 2 до 4 мм, расположены хаотично. Свободная жидкость в малом тазу не визуализируется.

Контрольные вопросы:

1. Диагноз. Обоснование диагноза.
2. Методы обследования.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Лечение.

Ситуационная задача 7

Пациентка Т., 38 лет, находилась на стационарном лечении в отделении урологии с диагнозом Мочекаменная болезнь, уретерогидронефроз, в отделении урологии произведено стентирование мочеточника слева. По данным контрольного УЗИ почек и ОБП: патологии не выявлено, члс почек не расширена. Пациентка консультирована гинекологом, выявлены дополнения к анамнезу: боли в пояснице беспокоят на протяжении месяца, за последние полгода значительно потеряла в весе. Менструации с 13 лет, по 6 дней через 28-30 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 16 лет, в последние 5 лет половых контактов не было. В анамнезе 1 роды в 21 год, самостоятельные, без осложнений. Из гинекологических заболеваний отмечает хронический аднексит, бактериальный вагиноз. К гинекологу последние 10 лет не обращалась, цитологический скрининг не проходила, на наличие урогенитальных инфекций не обследована. Объективно: Состояние при осмотре удовлетворительное, температура тела 37,3С. Рост 166см, вес тела 64 кг, телосложение правильное, подкожно-жировая клетчатка мало выражена. Язык влажный, чистый, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, с сероватым оттенком, чистые. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС-76 уд в минуту, удовлетворительного наполнения, ЧДД 18 в минуту,

АД- 120/70 мм рт ст. Молочные железы развиты правильно, симметричные, безболезненные, мягкие, выделений из сосков нет. Живот симметричный, участвует в акте дыхания, безболезненный, симптомов раздражения брюшины и притупления в отлогих местах брюшной полости нет. Печень и селезенка не увеличены. Со стороны мочевыделительной системы: область почек не изменена, отеков нет, мочеиспускание свободное, не учащенное. Гинекологический статус: Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. Выделения из половых путей сукровичные. Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища розовая на уровне правого бокового свода имеется неправильной формы дефект по типу циркулярного разрыва протяженностью до 2см с неровными краями без подтекания геморрагической или какой-либо жидкости. Шейка матки неправильной формы, на 18-23 часах условного часового циферблата деформирована с дефектом ткани шейки по типу втяжения и дефектами слизистой, кровяных выделений нет. Бимануальное (влагалищное) исследование: шейка матки укорочена справа, плотная, несмещаема относительно оси таза при тракциях. Тело матки спереди, нормальной величины, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки справа и слева не пальпируются, область их безболезненна. Справа в боковом своде инфильтрация параметрия в виде тяжа, достигающего до стенки таза, передний, задний, левый боковой свода свободные, глубокие. Клинико-лабораторные обследования: УЗИ органов малого таза: тело матки нормальной величины 50-40-44мм, структура миометрия однородная, средней эхогенности, полость матки не деформирована, м-эхо 7мм однородной структуры (на 12 дмц), двуслойное. Шейка матки длиной 38мм, диаметром 44мм, структура шейки матки неоднородная, цервикальный канал не дифференцируется, при цдк по всему объему шейки матки множество эхосигналов васкуляризации. Яичники с 2-х сторон нормальной величины, 30-15мм с несколькими жидкостными включениями до 5мм и 1 жидкостным до 14мм, соответствующим доминантной фолликулу. Тазовые лимфоузлы не увеличены. Свободной жидкости в малом тазу нет. Общий анализ крови: эритроциты- $3,0 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин- 110 г/л, лейкоциты – $8 \cdot 10^9 /л$, ЦП-0,9, гематокрит-45%, ретикулоциты – 0,8%, тромбоциты - $220 \cdot 10^9 /л$, СОЭ 40мм/ч. Мазки на онкоцитологию: группы клеток многослойного плоского эпителия, имеющие признаки злокачественности. Расширенная кольпоскопия: шейка матки цилиндрическая, зона трансформации 3-го типа, стык эпителиев не визуализируется, на 20-23 часах условного цифрового циферблата дефект эпителия и ткани шейки матки с локальным распадом, контактно кровоточит, наружный зев не дифференцируется, на остальных участках влагалищной порции шейки матки ацетобелый йод-негативный эпителий, атипические сосуды, пунктация, мозаика.

Вопросы:

1. Диагноз, обоснование диагноза
2. Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза, определения тактики ведения и проведения дифференциальной диагностики
3. Дифференциальная диагностика
4. Тактика ведения, лечение больной

Ситуационная задача 8

На консультативный прием обратилась пациентка, 40 лет с жалобами на обильные, болезненные менструации до 6–7 дней, слабость. Последние 4 месяца отмечает учащенное мочеиспускание. Акушерско-гинекологический анамнез: менархе с 13 лет, менструации умеренные, безболезненные, по 5-7 дней, через 28-30 дней. Половая жизнь с 20 лет, в браке не состоит, беременностей не было, использует барьерный метод контрацепции, регулярно. Перенесенные заболевания: детские инфекции Анамнез заболевания: Последняя менструация 9 дней назад, обильная, болезненная. Последние 2 года отмечает изменение характера менструации: обильные, продолжительные. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6. Рост 170 см, вес- 64 кг. Язык влажный,

чистый. Телосложение правильное. Кожа и видимые слизистые бледно-розовой окраски. В легких аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД - 120/74 мм рт. ст., пульс – 72 уд в 1 мин, правильный. Молочные железы развиты правильно, безболезненные, мягкие, выделений из сосков нет. Живот безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень и селезенка не увеличены. Со стороны мочевыделительной системы патологии не обнаружено. Отеков нет. Физиологические отправления в норме. Гинекологический осмотр: Наружные половые органы развиты правильно, по женскому типу. Выделения из половых путей светлые. Осмотр шейки матки при помощи зеркал: Слизистая влагалища розовая, складчатая. Шейка матки деформирована, утолщена, отклонена кзади за счет миоматозного узла. Влагалищное исследование: тракции за шейку матки безболезненные. Шейка матки деформирована за счёт миоматозного узла, пальпируется нижний полюс образования. Матка в anteflexio, anterversio, увеличена до 13-14 недель, подвижная, безболезненная, бугристая. Придатки матки не пальпируются, область их безболезненна. УЗИ малого таза: Матка в anteflexio контуры четкие, ровные, форма цилиндрическая. Размеры 117×100×85 мм. Миометрий неоднородный за счет интерстициально-субсерозных миоматозных узлов диаметром 20, 25, 35 мм, расположенных по передней стенке матки. По передней стенке определяется перешеечный миоматозный узел 6 типа диаметром до 57 мм, по задней стенке в средней трети определяется миоматозный узел 2-5 типа размерами до 7 см в диаметре, который отклоняет полость матки кпереди. Эндометрий полулунной формы в сагиттальном срезе, толщиной до 6 мм, средней эхогенности. Структура миоматозных узлов слоистая, периферический кровоток с индексом резистентности — 0,60–0,65. Яичники правый: 30×22×18 мм, фолликулярный аппарат представлен фолликулами до 7 мм в диаметре. Левый 25×22×19 мм с фолликулами до 4 мм. ЗАКЛЮЧЕНИЕ: эхографические признаки множественной миомы матки с перешеечным расположением одного из узлов. Общий анализ крови: Лейкоциты – 6.50, Эритроциты – 3,1×10¹²/л, Нв — 105 г/л, гематокрит — 30, тромбоциты — 210, сывороточное железо — 7

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Методы обследования
3. Дифференциальная диагностика.
4. Лечение.

Ситуационная задача 9

Пациентка 56 лет обратилась на амбулаторный прием к гинекологу после стационарного лечения, где выполнена гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание слизистой матки по поводу гиперплазии эндометрия без атипии, жалобы не предъявляет. Акушерско-гинекологический анамнез: Постменопауза 16 лет. Беременностей не было. Ранее у пациентки было две гистероскопии с раздельным диагностическим выскабливанием по поводу кровотечения в постменопаузе, по результатам патологоморфологического исследования: гиперплазия эндометрия без атипии, гормональная терапия не проводилась. Объективно: по органам и системам без патологии. Молочные железы мягкие, кожные покровы не изменены, ареола не изменена, отделяемого нет. Физиологические отправления в норме. Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища складчатая, бледно-розового цвета с цианотичным оттенком, увлажнена, шейка матки цилиндрической формы, не изменена, выделения из цервикального канала слизистые. Влагалищное исследование: шейка матки нормальной длина и консистенции, тело матки не увеличено, плотное, безболезненное. Справа и кзади от матки определяется образование до 6 см, плотной консистенции, с гладкой поверхностью, подвижное, безболезненное. Слева придатки матки не определяются,

область их безболезненная. Ректовагинальное исследование: слизистая ампулы прямой кишки гладкая, подвижная, на высоте исследуемого пальца определяется нижний полюс вышеописанного образования, параметральная клетчатка не инфильтрирована. УЗИ органов малого таза: шейка матки 35*26 мм с множественными кистами эндоцервикса, цервикальный канал расширен до 2 мм за счет анэхогенного содержимого. Тело матки 33,0*32,0*40,0 мм, структура миометрия однородная. М-эхо 2 мм, однородное. Левый яичник: 20,0*18,0*10,0 мм, однородной структуры. В области правых придатков определяется овоидное средней эхогенности солидное образование с четким наружным контуром 56,0-58,0-60,0 мм, при ЦДК кровотоков в структуре образования умеренно выражен, более 4 локусов в УЗ-срезах (ИР 0,26-0,32). По данным УЗИ малого таза создается впечатление о наличии метастазов в структуре большого сальника. Свободной жидкости в малом тазу нет.

Вопросы:

1. Клинический диагноз и его обоснование.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Алгоритм обследования.
4. Тактика ведения.

Ситуационная задача 10

Пациентка 36 лет поступила в приемное отделение с жалобами на тянущие боли внизу живота, увеличение живота в объеме. Гинекологический анамнез: менархе в 13 лет, менструации по 5-6 дней через 28-30 дней, умеренные, безболезненные, регулярные. На момент поступления 8 день менструального цикла. Беременность 1, своевременные роды без осложнений. У гинеколога наблюдается нерегулярно, гинекологические заболевания отрицает. Объективно: температура тела 36,7°C. По органам и системам патологии не выявлено. АД 110/70 мм рт. ст., пульс – 74 уд./мин. Молочные железы мягкие, безболезненные при исследовании, кожные покровы не изменены, ареола не изменена, отделяемого нет. При осмотре живот увеличен в объеме за счет образования, исходящего из малого таза, верхний полюс которого находится на 2 см выше пупка, размерами до 25 см, ограничено подвижное, безболезненное, тугоэластической консистенции с гладкой поверхностью при пальпации. Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Осмотр шейки матки при помощи зеркал: слизистая влагалища складчатая, бледно-розового цвета; шейка матки цилиндрической формы, наружный зев щелевидный, выделения из цервикального канала слизистые. Влагалищное исследование: шейка матки отклонена кпереди и вправо, нормальной длины и консистенции, тракции за шейку матки безболезненные. Малый таз и брюшную полость занимает образование, верхний полюс которого на 2 см выше пупка, тугоэластической консистенции, ограничено подвижное, безболезненное, с гладкой поверхностью. Тело матки, придатки отдельно пропальпировать не представляется возможным. Своды уплощены. Ректовагинальное исследование: слизистая ампулы прямой кишки гладкая, ампула свободная, на высоте исследуемого пальца определяется нижний полюс вышеописанного образования, параметральная клетчатка не инфильтрирована. На перчатке кал обычной окраски УЗИ малого таза. Тело матки 33,0*30,0*34,0 мм, структура миометрия однородная. М-эхо 6,2 мм средней эхогенности, однородное. Шейка матки: 34,3*29,1 мм структура однородная, эндоцервикс 4 мм однородный. Левый яичник 2,1*18,0*19,3 мм, с фолликулами. Малый таз и брюшную полость занимает многокамерное жидкостное образование 250*180*200 мм, содержимое негустая крупнодисперсная взвесь, в структуре множественные разнонаправленные перегородки, толщиной от 1,2 до 3,4 мм. Капсула до 4мм, внутренняя поверхность капсулы и перегородки, доступные визуализации, четкие, ровные, пристеночные разрастания не определяются. При ЦДК кровотоков в капсуле среднерезистентный (ИР 0,48-0,53) в виде единичных локусов. Свободной жидкости в малом тазу нет. Общий анализ крови:

гемоглобин 100 г/л, эритроциты $4,58 \cdot 10^{12}/л$, MCV 60,9 фл, MCH 19,6 пг, RDW16,0%, лейкоциты $9,2 \cdot 10^9/л$, тромбоциты $241 \cdot 10^9/л$.

Вопросы:

1. Клинический диагноз и его обоснование.
2. Дифференциальный диагноз
3. Алгоритм обследования.
4. Тактика ведения

Ситуационная задача 11

Пациентка, 28 лет поступила в приемное отделение с жалобами на боли в нижних отделах живота больше справа, с иррадиацией в эпигастральную область, правую ключицу, возникшие после физической нагрузки, слабость, головокружение, однократную потерю сознания. Из анамнеза: последняя нормальная менструация две недели назад, пришла в срок, протекала без особенностей. Периодически отмечает незначительный болевой синдром в середине или во вторую фазу менструального цикла. Беременность-1, роды-1, в срок, нормальное течение послеродового периода. Гинекологические заболевания отрицает. При осмотре: состояние тяжелое, кожные покровы бледные, ЧСС 110 уд/мин, АД 90/60 мм рт. ст. поведение больной беспокойное, не может принять удобное положение тела, принятие горизонтального положения вызывает усиление болей, а принятие вертикального положения облегчает болевой синдром, но сопровождается головокружением и потерей сознания - симптом "ваньки-встаньки". Язык сухой, обложен белым налетом. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, болезненный в нижних отделах, где отмечаются положительные перитонеальные симптомы (симптом Щуткина-Блюмберга). При перкуссии определяется притупление в отлогих местах живота. Френикус-симптом положительный. При гинекологическом исследовании стенки влагалища бледной окраски. Тракции за шейку матки болезненные. Двуручное исследование произвести удается, из-за выраженной болезненности передней брюшной стенки и сводов влагалища. В анализах: гемоглобин-90 г/л, незначительный лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, СОЭ-25. При УЗ-исследовании органов брюшной полости и малого таза: большое количество свободной жидкости.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование?
2. Индекс Альговера – что это?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Тактика ведения?

Ситуационная задача 12

Пациентка, 20 лет поступила в приемное отделение с жалобами на боли схваткообразного характера в нижних отделах живота больше справа, возникшие резко после интенсивной физической нагрузки, тошноту, рвоту, задержку стула и газов (парез кишечника), повышение температуры тела, озноб. Из анамнеза: последняя менструация пришла в срок, протекала без особенностей. Беременностей - не было. Гинекологические заболевания отрицает. При сборе анамнеза пациентка указывает на наличие диагностированного ранее объемного образования в области придатков, до 8 см в диаметре. При общем осмотре: состояние тяжелое, кожные покровы и видимых слизистых бледной окраски, холодный липкий пот, температура тела повышена ($38^{\circ}C$), тахикардия. Язык сухой, обложен налетом у корня. Живот подвздут, при пальпации отмечается выраженная болезненность в области локализации опухоли, напряжение мышц передней брюшной стенки, определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При гинекологическом исследовании выявляется объемное образование в области правых придатков матки, атипично расположенное, резко болезненное при пальпации и смещении, ограниченно подвижное. При двуручном исследовании матка без особенностей, справа сбоку и выше

матки пальпируется резко болезненная опухоль. Своды глубокие. Выделения светлые. Из-за напряжения мышц передней брюшной стенки и болезненности двуручное исследование затруднено. В клиническом анализе крови лейкоцитоз (12,2) со сдвигом влево, повышение СОЭ (до 30). По данным УЗИ органов малого определяется в области придатков матки опухолевидное образование до 10 см, неоднородной структуры, повышенной эхогенности.

Вопросы:

- 1 Диагноз и его обоснование?
- 2 Методы диагностики?
- 3 Объем оперативного вмешательства?
- 4 С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

Ситуационная задача 13

Пациентка 20 лет, поступила в приемное отделение с диагнозом СМП – дисфункциональное маточное кровотечение? Апоплексия яичника? Анамнез заболевания: со слов пациентки в первый день менструации (которая пришла в срок) появились резкие боли в низу живота схваткообразного характера, упала в обморок, травм не получила, так как рядом стоящий парень успел поддержать. После приема ибупрофена (2 таблетки – 400 мг) и но-шпы (2 таблетки) боль стихла, но ненадолго, затем через 6 часов возобновилась с новой силой. Кровяные выделения из половых путей усилились (замену прокладок производила каждые 2-3 часа из-за полного их наполнения). В течение 2-х дней находясь дома лежала в постели, так как постоянно кружилась голова. Анамнез жизни: родилась в срок, нормальными срочными родами, с весом 3150 гр., рост 51 см. Развивалась соответственно возрасту. Детские инфекции: ветряная оспа в 3 года, корь. Привита по возрастному календарю. Соматические заболевания: вегетососудистая дистония по гипотоническому типу. Аллергические реакции на лекарственные средства: отрицает. Оперативные вмешательства: отрицает. Менструальная функция: менархе с 12,5 лет, установились сразу по 5-6 дней, через 28-30 дней, обильные, болезненные (принимает в первые дни ибупрофен в дозе 400 мг), регулярные. ПНМ – 20 января (сегодня, на момент приема 22 января). Половой жизнью живет, предохраняется – condom. Беременностей – 0. Гинекологические заболевания: эктопия шейки матки. Объективное обследование: общее состояние удовлетворительное. Астенического телосложения, рост – 176 см, вес – 52 кг. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Вторичные половые признаки развиты соответственно возрасту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. PS 76 ударов в минуту, ритмичный. АД 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, не вздут. Перитониальных симптомов нет. Физиологические отправления в норме. Гинекологический осмотр: оволосение по женскому типу. Наружные половые органы развиты правильно. Осмотр в зеркалах: стенки влагалища и слизистая шейки матки чистые, розовые. Шейка матки конической формы, зев точечный. По задней губе отмечается участок эктопии 5x5 мм, не кровоточит при контакте. Выделения из цервикального канала кровяные умеренные. Двуручное влагалищно – абдоминальное исследование: шейка матки обычной формы и консистенции. Тело матки не увеличено, подвижное, безболезненное при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Параметрии свободны.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. Какие диагностические мероприятия проводят для подтверждения диагноза обильное менструальное кровотечение и исключения АМК? Какие диагностические мероприятия проводят на амбулаторном уровне при диагнозе дисменорея? Какое медикаментозное лечение проводится при данном диагнозе?

Ситуационная задача 14

Пациентка 16 лет, обратилась в женскую консультацию для проведения профилактического осмотра. Жалоб на момент осмотра не предъявляет. Анамнез: родилась в срок, нормальными срочными родами, с весом 3550 гр., рост 52 см. Развивалась соответственно возрасту. Детские инфекции: ветряная оспа в 3 года. Соматические заболевания: отрицает Аллергические реакции на лекарственные средства: отрицает Оперативные вмешательства: отрицает Менструальная функция: менархе с 13 лет, установились сразу по 5-6 дней, через 28-30 дней, умеренные, безболезненные, регулярные. ПНМ – 2 января (сегодня, на момент приема 13 января). Половой жизнью не живет. Гинекологические заболевания: отрицает Объективное обследование: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности. Вторичные половые признаки развиты соответственно возрасту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. PS 76 ударов в минуту, ритмичный. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, не вздут. Перитониальных симптомов нет. Физиологические отправления в норме. Гинекологический осмотр: оволосение по женскому типу. Наружные половые органы развиты правильно. Осмотр в зеркалах не проводился – пациентка VIRGO. Ректо-абдоминальное обследование: тело матки не увеличено, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Параметрии свободны.

Вопросы:

1. Является ли менструальный цикл данной пациентки нормальным?
2. Какая фаза менструального цикла в данный момент?
3. Так как пациентка обратилась для профилактического осмотра, какие обследования еще необходимо провести?
4. Какую вакцинопрофилактику необходимо посоветовать пациентке подросткового возраста?

Ситуационная задача 15

Пациентка 29 лет поступила в гинекологический стационар по СМП в связи с появлением жалоб на повышение температуры тела до 38°C, общую слабость, недомогание, тянущие боли внизу живота и в области крестца. Анамнез: 10 дней назад выписана из гинекологического стационара, где был проведен искусственный аборт на сроке 9-10 недель методом вакуум-аспирации содержимого полости матки. Оперативное лечение со слов пациентки, проведено без осложнений. Получала азитромицин после операции. Выписана с рекомендациями под наблюдение врача гинеколога женской консультации. Анамнез менструальной функции: менструации с 12 лет, установились сразу, по 5-6 дней через 28-29 дней, умеренные, безболезненные, цикл регулярный. Акушерский анамнез: беременности — 2, роды — 2 срочные, через естественные родовые пути, без осложнений. Гинекологический анамнез: ИППП: хламидиоз перенесен в возрасте 19 лет; киста бартолиновой железы, оперирована в 27 лет марсупиализация, без осложнений. Состояние при госпитализации: общее состояние удовлетворительное, телосложение правильное. По органам патологии не выявлено. АД 115/80 мм рт ст. Ps — 92 уд/мин. Температура тела 38,4°C. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Гинекологический осмотр: наружные половые органы визуально не изменены. Осмотр при помощи зеркал: шейка матки и слизистая влагалища чистые. Во влагалище из цервикального канала скудные сукровично-гнойные выделения. Влагалищное исследование: влагалище рожавшей женщины, матка незначительно увеличена при пальпации, мягкой консистенции, тракции за шейку матки болезненные. Своды свободные, глубокие. Придатки с обеих сторон не пальпируются, область их безболезненна.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.

2. Дифференциальный диагноз.
3. План обследования пациентки, перечислите методы обследования и диагностические мероприятия, необходимые к проведению у данной пациентки.
4. Тактика ведения и лечения пациентки

Образец экзаменационного билета

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СЕВЕРО-КАВКАЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АКАДЕМИЯ»**

**Медицинский институт
Ординатура
20____-20____ уч.г.**

Кафедра «Хирургические болезни»
Дисциплина «Акушерство и гинекология»
Специальность 31.08.01 Акушерство и гинекология

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №1

1. Репродуктивная система женщины: становление в различные возрастные периоды, регуляция.
2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Этиология, клиника, акушерская тактика.
3. Задача.

Пациентка 29 лет поступила в гинекологический стационар по СМП в связи с появлением жалоб на повышение температуры тела до 38°C, общую слабость, недомогание, тянущие боли внизу живота и в области крестца. Анамнез: 10 дней назад выписана из гинекологического стационара, где был проведен искусственный аборт на сроке 9-10 недель методом вакуум-аспирации содержимого полости матки. Оперативное лечение со слов пациентки, проведено без осложнений. Получала азитромицин после операции. Выписана с рекомендациями под наблюдение врача гинеколога женской консультации. Анамнез менструальной функции: менструации с 12 лет, установились сразу, по 5-6 дней через 28-29 дней, умеренные, безболезненные, цикл регулярный. Акушерский анамнез: беременности — 2, роды — 2 срочные, через естественные родовые пути, без осложнений. Гинекологический анамнез: ИППП: хламидиоз перенесен в возрасте 19 лет; киста бартолиновой железы, оперирована в 27 лет марсупиализация, без осложнений. Состояние при госпитализации: общее состояние удовлетворительное, телосложение правильное. По органам патологии не выявлено. АД 115/80 мм рт ст. Ps — 92 уд/мин. Температура тела 38,4°C. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Гинекологический осмотр: наружные половые органы визуально не изменены. Осмотр при помощи зеркал: шейка матки и слизистая влагалища чистые. Во влагалище из цервикального канала скудные сукровично-гнойные выделения. Влагалищное исследование: влагалище рожавшей женщины, матка незначительно увеличена при пальпации, мягкой консистенции, тракции за шейку матки болезненные. Своды свободные, глубокие. Придатки с обеих сторон не пальпируются, область их безболезненна.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование.
2. Дифференциальный диагноз.
3. План обследования пациентки, перечислите методы обследования и диагностические мероприятия, необходимые к проведению у данной пациентки.
4. Тактика ведения и лечения пациентки

Заведующий кафедрой

Узденов М.А.

5. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

Критерии оценивания устных ответов на занятиях:

Шкала оценивания	Показатели
«Отлично»	1) обучающийся полно излагает материал, дает правильное определение основных понятий; 2) обнаруживает понимание материала, может обосновать свои суждения, применить знания на практике, привести необходимые примеры не только из учебника, но и самостоятельно составленные; 3) излагает материал последовательно и правильно с точки зрения норм литературного языка. всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии.
«Хорошо»	обучающийся дает ответ, удовлетворяющий тем же требованиям, что и для отметки «5», но допускает 1–2 ошибки, которые сам же исправляет, и 1–2 недочета в последовательности и языковом оформлении излагаемого. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.
«Удовлетворительно»	обучающийся обнаруживает знание и понимание основных положений данной темы, но: 1) излагает материал неполно и допускает неточности в определении понятий или формулировке правил; 2) не умеет достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры; 3) излагает материал непоследовательно и допускает ошибки в языковом оформлении излагаемого.
«Неудовлетворительно»	обучающийся обнаруживает незнание большей части соответствующего вопроса, допускает ошибки в формулировке определений и правил, искажающие их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал.

Критерии оценивания тестовых заданий (с оценкой):

«Отлично» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста.

«Хорошо» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста.

«Удовлетворительно» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста.

«Неудовлетворительно» - количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста.

Критерии, показатели и шкала оценивания ситуационной задачи.

«Отлично» – ответ на вопрос задачи дан правильный. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями на анатомических препаратах, с правильным и свободным владением анатомической терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.

«Хорошо» – ответ на вопрос задачи дан правильный. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях на анатомических препаратах, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.

«Удовлетворительно» – ответ на вопрос задачи дан правильный. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрациях на анатомических препаратах, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.

«Неудовлетворительно» – ответ на вопрос задачи дан не правильный. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций на анатомических препаратах или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.

Критерии оценивания доклада:

«Отлично» ставится, если выполнены все требования к написанию и защите доклада: обозначена рассматриваемая проблема и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

«Хорошо» – основные требования к докладу и его защите выполнены, но при этом допущены недочёты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объём доклада; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

«Удовлетворительно» – имеются существенные отступления от требований к докладу. В частности: тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании доклада или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

«Неудовлетворительно» – тема доклада не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

Критерии оценки устного ответа на экзамене:

Оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если: он обнаруживает обнаружившему высокий, продвинутый уровень сформированности компетенций, если он глубоко и прочно усвоил программный материал курса, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, причем не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, правильно обосновывает принятые решения, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.

Оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если: он обнаруживает повышенный уровень сформированности компетенций, твердо знает материал курса, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос,

правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

Оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если: он обнаруживает пороговый уровень сформированности компетенций, имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач;

Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если: он обнаруживает недостаточное освоения порогового уровня сформированности компетенций, не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно.

Оценка не выставляется обучающемуся, если он не явился на экзамен, отказался от его сдачи, не знает программный материал, не может решить практические задачи.

**Аннотация рабочей программы дисциплины
Подготовка кадров высшей квалификации
Ординатура
31.08.01 Акушерство и гинекология
Акушерство и гинекология**

Цикл дисциплин – Блок 1 «Дисциплины»

Часть – базовая

Дисциплина (модуль)	Акушерство и гинекология
Реализуемые компетенции	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3
Результаты освоения дисциплины (модуля)	<p>УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте</p> <p>УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте</p> <p>ОПК-4.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями</p> <p>ОПК 4.2 Направляет пациентов на лабораторные и инструментальные обследования</p> <p>ОПК-5.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях</p> <p>ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения</p> <p>ОПК-6.1 Назначает мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях</p> <p>ОПК-6.2 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях</p> <p>ОПК-7.1 Направляет пациентов на медицинскую экспертизу</p> <p>ОПК-7.2 Организует, контролирует и проводит медицинскую экспертизу</p> <p>ОПК-8.1 Проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p> <p>ОПК-8.2 Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением</p> <p>ОПК-9.1 Проводит анализ меди-ко-статистической информации</p> <p>ОПК-9.2 Ведет медицинскую документацию и организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала</p> <p>ОПК-10.1 Оценивает состояния пациентов</p> <p>ОПК-10.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p> <p>ПК-1.1 Проводит медицинское обследование пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара</p> <p>ПК-1.2 Назначает и проводит лечение пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контролирует его эффективность и безопасность в амбулаторных</p>

	<p>условиях и (или) в условиях дневного стационара</p> <p>ПК-1.3 Проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара</p> <p>ПК-1.4 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению среди женщин в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара</p> <p>ПК-1.5 Проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара</p> <p>ПК-1.6 Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме</p> <p>ПК-2.1 Проводит медицинское обследование пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях</p> <p>ПК-2.2 Назначает и проводит лечение пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контролирует его эффективность и безопасность в стационарных условиях</p> <p>ПК-2.3 Проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях</p> <p>ПК-2.4 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению среди женщин в стационарных условиях</p> <p>ПК-2.5 Проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях</p> <p>ПК-2.6 Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме</p> <p>ПК-2.1 Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа</p> <p>ПК-2.2 Организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала</p>
Трудоемкость, з.е.	1044/29 з.е
Формы отчетности (в т.ч. по семестрам)	Экзамен в 1 и 3 семестрах

