

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Тверской государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Кафедра акушерства и гинекологии**

**УТВЕРЖДАЮ**

Проректор по учебной и  
воспитательной работе



И.Ю. Колесникова

«28» августа 2020 г.

**Рабочая программа дисциплины  
Акушерство и гинекология**

для студентов 4, 5, 6 курса

направление подготовки (специальность)  
31.05.01 Лечебное дело

форма обучения  
очная

Рабочая программа дисциплины  
обсуждена на заседании кафедры  
26.06.2020 г. (протокол №11)

Зав. кафедрой И.И. Стольникова Стольникова И.И.

Разработчики рабочей программы:

Д.м.н., доцент Радьков О.В.  
К.м.н., доцент Блинова Н.И.

**Тверь, 2020**

**І.Рабочая программа утверждена** на заседании центрального координационно-методического совета «28» августа 2020г. (протокол №1)

## **II. Пояснительная записка**

Рабочая программа дисциплины разработана в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по направлению подготовки (специальности) **31.05.01 Лечебное дело**, с учётом рекомендаций основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования.

### **1. Цель и задачи дисциплины**

Целью освоения дисциплины является формирование у обучающихся профессиональных компетенций для оказания квалифицированной медицинской помощи в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом.

Задачами дисциплины являются:

- Диагностики беременности различных сроков и физиологических изменений в организме беременной, роженицы, родильницы;
- Ведение физиологической беременности и прием родов;
- Принципы диагностики заболеваний и патологических состояний во время беременности, родов, послеродовом периоде, а также в гинекологической клинике;
- Освоение лечебно-диагностических алгоритмов при неотложных состояниях в акушерстве и гинекологии;
- Определение показаний, условий, противопоказаний и освоение техники выполнения основных акушерских и гинекологических операций;
- Изучение нормативов санитарно-эпидемиологического режима в акушерском и гинекологическом стационаре;
- Обучение навыкам проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
- Освоение принципов обучения пациентов основным мероприятиям оздоровительного характера, способствующим профилактике возникновения заболеваний и укреплению здоровья;

- Обучение порядку ведения медицинской документации, принятой в учреждениях здравоохранения акушерского и гинекологического профиля;
- Формирование навыков анализа научной литературы и участие в проведении статистического анализа, а также публичное представление полученных результатов по современным проблемам акушерства и гинекологии;
- Освоение современных теоретических и экспериментальных методов исследования для разработки инновационных подходов к профилактике, диагностике и лечению в акушерстве и гинекологии.

## 2. Планируемые результаты обучения по дисциплине

Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения В результате изучения дисциплины студент должен:
<p><b>ПК-6</b></p> <p>Способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра</p>	<p><b>Владеть:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Клиническими и инструментальными специальными методами оценки состояния беременной, внутриутробного плода и пациентки гинекологической клиники.</li> <li>2. Правильным ведением медицинской документации в женской консультации, родильном доме и гинекологической клинике.</li> <li>3. Алгоритмом постановки предварительного и развернутого клинического диагноза.</li> </ol> <p><b>Уметь:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Разработать и обосновать план диагностических мероприятий с учетом особенностей протекания беременности, родов, послеродового периода и гинекологических заболеваний.</li> <li>2. Определить статус пациентки: общее и специальное (акушерское и гинекологическое) обследование, оценить состояние матери и плода.</li> <li>3. Поставить предварительный диагноз и наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, течения беременности, родов, послеродового периода, интерпретировать результаты дополнительных методов исследования.</li> <li>4. Сформулировать развернутый клинический диагноз с учетом протекания беременности,</li> </ol>

	<p>родов, послеродового периода или гинекологического заболевания.</p> <p><b>Знать:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Этиологию, патогенез, нозологические формы, клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения беременности, родов, послеродового периода, так же гинекологических заболеваний, протекающих в типичной форме.</li> <li>2. Критерии диагностики осложнений беременности, родов, послеродового периода, гинекологических заболеваний.</li> <li>3. Методы диагностики и диагностические возможности методов непосредственного исследования в акушерстве и гинекологии: клинического, лабораторного, инструментального.</li> </ol>
<p><b>ПК-8</b></p> <p>Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами</p>	<p><b>Владеть:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Методикой планирования лечебно-профилактических мероприятий у беременных, рожениц, родильниц и пациенток гинекологической клиники.</li> <li>2. Алгоритмами помощи при неотложных состояниях во время беременности, родов, послеродовом периоде и у пациенток гинекологической клиники.</li> </ol> <p><b>Уметь:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Разрабатывать индивидуальный план лечебных мероприятий при осложнениях беременности, родов, послеродового периода и лечения гинекологических заболеваний в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация.</li> <li>2. Составлять план профилактики осложнений беременности, родов, послеродового периода, гинекологических заболеваний и проводить профилактические мероприятия.</li> <li>3. Проводить экспертизу временной нетрудоспособности при осложнениях беременности, родов, послеродового периода, гинекологических заболеваниях.</li> </ol> <p><b>Знать:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Показания к избранному методу лечения у конкретной пациентки, методику фармако-</li> </ol>

	<p>рапии с оценкой эффективности и безопасность для матери и плода проводимого лечения.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Показания, условия, противопоказания и этапы выполнения основных акушерских и гинекологических операций.</li> <li>3. Принципы экспертиза временной нетрудоспособности при патологических состояниях в акушерстве и гинекологии.</li> <li>4. Принципы и критерии эффективности профилактических мероприятий в акушерстве и гинекологии.</li> </ol>
<p><b>ПК–12</b></p> <p>Готовность к ведению физиологической беременности, приему родов</p>	<p><b>Владеть:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Алгоритмом диагностики беременности.</li> <li>2. Алгоритмом динамического наблюдения за физиологической беременностью.</li> <li>3. Методами оценки течения родов и состояния внутриутробного плода.</li> <li>4. Методикой оказания пособия при затылочном предлежании.</li> </ol> <p><b>Уметь:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Разработать план индивидуального наблюдения за физиологическим течением беременности.</li> <li>2. Составить индивидуальный план ведения родов.</li> <li>3. Оценить характер родовой деятельности и состояние внутриутробного плода.</li> <li>4. Проводить экспертизу временной нетрудоспособности при физиологической беременности.</li> </ol> <p><b>Знать:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Физиологические изменения в организме беременной, роженицы, родильницы.</li> <li>2. Клинические признаки готовности беременной к родам и признаки родов в зависимости от периода.</li> <li>3. Принципы гигиены, режима, диеты во время беременности и в послеродовом периоде.</li> <li>4. Принципы экспертиза временной нетрудоспособности при физиологическом течении беременности.</li> </ol>

### **3. Место дисциплины в структуре основной профессиональной образовательной программы**

Дисциплина «Акушерство и гинекология» входит в базовую часть Блока 1 ОПОП специалитета.

Данная дисциплина формирует компетенции из числа знаний и умений по оказанию медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и пациенткам гинекологических клиник.

Дисциплина «Акушерство и гинекология» составляет один из основных разделов врачебной специальности, обучение которой необходимо для совершенствования знаний и приобретенные компетенций по подготовке высококвалифицированного врача, владеющего определенными знаниями и умениями в области акушерства и гинекологии с учетом дальнейшего обучения и профессиональной деятельности по специальности «Лечебное дело». Изучаемая дисциплина является базовым лечебно-профилактическим направлением, которое неразрывно интегрировано со всеми медицинскими дисциплинами и специальностями. Преподавание дисциплины основано на современных представлениях об этиологии, принципах и методах диагностики, современных классификациях, а так же методах лечения и профилактики, базирующихся на принципах доказательной медицины.

В процессе изучения дисциплины «Акушерство и гинекология» расширяются знания, навыки и компетенции для успешной профессиональной деятельности врача при оказании помощи беременным, роженицам, родильницам, пациенткам гинекологических клиник, а так же при проведении профилактической и профессиональной просветительской деятельности среди женщин всех возрастов.

**Уровень начальной подготовки и требования к «входным» знаниям** обучающегося для успешного освоения дисциплины «Акушерство и гинекология» включает: знание анатомо-функциональные особенности репродуктивной системы женщины, в т.ч. физиологию менструального цикла; знание об этапах формирования гамет, процессе оплодотворения и эмбриональном развитии че-

ловека; знания алгоритмов диагностического поиска и пропедевтические навыки обследования пациента, в т.ч. последовательность изложения данных, полученных в результате клинических наблюдений; знание базовых принципов и методик фармакотерапии и хирургических операций.

1. Перечень дисциплин и практик, для которых освоение дисциплины «Акушерство и гинекология» необходимо как предшествующее.

1. Анатомия человека.
2. Биология и медицинская генетика.
3. Гистология, цитология и эмбриология.
4. Нормальная физиология.
5. Биоорганическая и органическая химия.
6. Микробиология с вирусологией и иммунологией.
7. Фундаментальная и клиническая фармакология.
8. Патологическая физиология.
9. Общая гигиена с экологией с курсом гигиены детей и подростков.
10. Общая хирургия.
11. Пропедевтика внутренних болезней.
12. Топографическая анатомия и оперативная хирургия.
13. Патологическая анатомия.
14. Фтизиопульмонология.
15. Факультетская терапия с курсом физиотерапии.
16. Факультетская хирургия с курсом онкологии.
17. Эндокринология.
18. Инфекционные болезни и эпидемиология.
19. Лучевая диагностика и лучевая терапия.
20. Учебная практика:
  - Уход за хирургическими и терапевтическими больными
21. Производственные практики:
  - Помощник младшего медицинского персонала



- Помощник палатной медицинской сестры
- Помощник процедурной медицинской сестры.

2. Как предшествующая дисциплина «Акушерство и гинекология» необходима для освоения следующих дисциплин:

1. Педиатрия.
2. Судебная медицина.
3. Производственная практика в качестве помощника врача стационара.
4. Производственная практика в качестве помощника врача амбулаторно-поликлинического учреждения.

**4. Объём дисциплины** составляет 11 зачетных единиц, 396 академических часов, в том числе 290 часа, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и 70 часов самостоятельной работы обучающихся. Самостоятельная работа на экзамен 36 часов.

**5. Образовательные технологии**

В процессе освоения дисциплины используются следующие образовательные технологии, способы и методы формирования компетенций:

Лекция-визуализация, проблемная лекция, ролевая учебная игра, занятия с использованием тренажёров, имитаторов, компьютерная симуляция, разбор клинических случаев, подготовка и защита истории болезни, использование компьютерных обучающих программ, интерактивных атласов, посещение врачебных конференций, консилиумов, участие в научно-практических конференциях, учебно-исследовательская работа студента, подготовка и защита рефератов.

Элементы, входящие в самостоятельную работу студента: подготовка к семинарским и практическим занятиям, написание истории родов и истории болезни, рефератов, работа с компьютерными кафедральными фильмами,

встречи с ведущими специалистами в области акушерства, гинекологии и перинатологии, мастер-классы с участием последних.

Клинические практические занятия проводятся в женских консультациях и стационарах: ГБУЗ ТО «Областной родильный дом», ГБУЗ ТО «Родильный дом №2», ГБУЗ ТО «Родильный дом № 5» г. Твери, ГБУЗ ТО «Клиническая больница скорой медицинской помощи», ГБУЗ ТО "ОКПЦ им. Е.М. Бакуниной".

## **6. Формы промежуточной аттестации**

В качестве промежуточной аттестации студентов по дисциплине «Акушерство и гинекология» проводятся: экзамен (по окончании 10 семестра) и зачет (по окончании 12 семестра). Экзамен и зачет проводятся в три этапа: I этап - решение заданий в тестовой форме; II этап – собеседование, решение ситуационных задач; III этап – практические навыки.

## **III. Учебная программа дисциплины**

### **1. Содержание дисциплины**

#### **Модуль 1. Акушерство.**

##### **1.1. Организация акушерской помощи в Российской Федерации.**

Организация акушерской помощи в Российской Федерации. Организация работы женской консультации: структуру женской консультации, алгоритм ведения физиологической беременности. Экспертиза временной нетрудоспособности при физиологической беременности.

##### **1.2. Диагностика беременности. Методы исследования в акушерстве.**

1.2.1. Алгоритм диагностики беременности.

1.2.2. Методы исследования в акушерстве. Определение срока беременности.

**1.3. Организация работы родильного дома. Родовые пути, плод и его размеры.**

1.3.1. Структура родильного дома, его задачи, организацию работы. Санитарно-эпидемиологический режим в родильном доме.

1.3.2. Родовые пути, строение головки плода, ее размеры.

#### **1.4. Клиническое течение и ведение родов. Обезболивание родов.**

1.4.1. Клиника периодов родов. Принципы ведения физиологических родов в зависимости от периода. Пособия при головных предлежаниях.

1.4.2. Методы обезболивания нормальных родов.

#### **1.5. Биомеханизм родов в затылочных предлежаниях.**

Биомеханизмы родов в затылочном предлежании при переднем и заднем виде.

#### **1.6. Тазовое предлежание плода.**

Методы диагностики и ведение беременности при тазовом предлежании. Пособия при тазовых предлежаниях: по Цовьянову I и II, ручное классическое пособие, выведение последующей головки плода, экстракция плода за тазовый конец. Показания к кесаревому сечению при тазовом предлежании, профилактика осложнений.

#### **1.7. Клиническое течение и ведение нормального послеродового периода.**

Физиологические изменения в организме родильницы. Клиника послеродового периода, ведение, гигиена, ЛФК, рациональная диета.

#### **1.8. Физиология периода новорожденности.**

Физиология новорожденного и уход за ними. Классификация детей в зависимости от срока беременности, критерии зрелости плода, доношенности новорожденного. Физиологические состояния новорожденных, пограничные с патологией.

#### **1.9. Многоплодная беременность.**

Методы диагностики многоплодной беременности, особенности течения беременности и ведения родов, профилактики осложнений. Экспертиза временной нетрудоспособности при многоплодной беременности.

#### **1.10. Разгибательные головные предлежания.**

Причины разгибательных предлежаний, биомеханизм родов при разгибании предлежащей головки. Методы диагностики разгибательных предлежаний при беременности, особенности течения и ведения родов, профилактика осложнений.

### **1.11. Иммунологическая несовместимость матери и плода.**

Изосенсибилизация по группам крови и резус - фактору. Причины иммунологической несовместимости, методы диагностики, лечения, профилактики. Ведение беременности, родов и послеродового периода.

### **1.12. Экстрагенитальные заболевания и беременность.**

Сердечно-сосудистые заболевания, заболевания почек, анемия, сахарный диабет. Особенности течения беременности, родов, послеродового периода, возможные осложнения при беременности, в родах, послеродовом периоде для матери и плода. Методы лечения и профилактики. Противопоказания для сохранения беременности.

### **1.13. Недонашивание и перенашивание беременности. Преждевременные и запоздалые роды.**

1.13.1. Самопроизвольный аборт, преждевременные роды. Причины, лечение и профилактики. Особенности ведения преждевременных родов.

1.13.2. Перенашивание беременности, современные методы диагностики, ведения беременности, родов. Подготовки беременных к родам при перенашивании, методы родовозбуждения, родоразрешения. Прогнозирование и профилактики перенашивания беременности.

### **1.14. Ранние токсикозы беременных (ранняя рвота беременных).**

Классификация ранних гестозов (ранней рвоты беременных), клиника, методика обследования, принципы лечения, неотложная помощь и профилактика.

### **1.15. Преэклампсия (гестоз).**

Современная классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика артериальной гипертензии у беременных. Алгоритм оказания неотложной помощи при преэклампсии и эклампсии во время беременности

и в родах, принципы родоразрешения, обезболивания, профилактика осложнений.

#### **1.16. Аномалии родовой деятельности. Вакуум-экстракция плода.**

Формы аномалий родовой деятельности, осложнения для матери и плода. Современные методы коррекции родовой деятельности и профилактики ее аномалий. Партограмма. Показания, условия, противопоказания, техника наложения вакуум-экстрактора.

#### **1.17. Внутриутробная гипоксия плода и асфиксия новорожденных.**

Оценка состояния внутриутробного плода (аускультация, УЗИ, доплерометрия, КТГ). Методы диагностики, лечения и профилактики гипоксических состояний внутриутробного плода, методы родоразрешения. Состояние новорожденного по шкале Апгар.

Алгоритм реанимации новорожденного.

#### **1.18. Неправильное положение плода.**

Диагностика неправильных положений плода. Особенности течения и ведения родов при неправильных положениях плода, возможные осложнения для матери и плода, их профилактика. Способы исправления неправильного положения плода при беременности в родах.

#### **1.19. Узкий таз. Операция кесарево сечение.**

1.19.1. Понятие об анатомически узком тазе, клинически или функционально узком тазе, современная классификация, осложнения для матери и плода. Методы диагностики функционально узкого таза, ведения родов и профилактики осложнений.

1.19.2. Виды кесарева сечения, их применение в современном акушерстве. Техника операции, абсолютные и относительные показания, противопоказания, профилактика осложнений.

#### **1.20. Родовой травматизм матери и плода.**

1.20.1. Формы родового травматизма матери. Клиника, диагностика, лечение родового травматизма матери. Разрыв матки. Мероприятия для профилактики травматизма матери в женской консультации, роддоме.

1.20.2. Родовой травматизм плода. Клиники, диагностики, профилактики родового травматизма плода.

### **1.21. Кровотечения во время беременности и в родах.**

Причины кровотечений во время беременности и в родах. Клиника предлежания плаценты, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, пузырного заноса, дифференциальная диагностика. Неотложная помощь, методы родоразрешения, профилактика.

### **1.22. Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде. Геморрагический шок и ДВС-синдром.**

Клиника и дифференциальная диагностика кровотечений в последовом и раннем последовом периодах. Алгоритмы лечебных мероприятий, направленных на остановку кровотечений. Интенсивное наблюдение и терапия геморрагического шока и ДВС-синдрома в акушерстве. Профилактика акушерских кровотечений.

### **1.23. Послеродовые гнойно-септические заболевания.**

Особенности этиологии и патогенеза гнойно-септических заболеваний у родильниц на современном этапе. Классификация гнойно-септических заболеваний. Клиника, методы диагностики различных форм септических послеродовых заболеваний. Современные принципы лечения и профилактики септических послеродовых заболеваний.

### **1.24. Гнойно-септические заболевания новорожденных.**

Наиболее часто встречающиеся гнойно-септические заболевания в периоде новорожденности: клиника, методы лечения и профилактики.

## **Модуль 2. Гинекология.**

### **2.1. Пропедевтика женских заболеваний. Методы исследования в гинекологии.**

Симптомы гинекологических заболеваний. Причины, патофизиология их возникновения. Современные методы исследования в гинекологии.

### **2.2. Воспалительные заболеваний женских половых органов.**

Этиология, патогенез, клиника, диагностика воспалительных заболеваний гениталий. Современные принципы и методы лечения, профилактики и реабилитации больных воспалительными процессами гениталий.

### **2.3. Нарушения менструальной функции (НМФ).**

Классификации НМФ, этиологии, патогенез, клинические проявления. Дифференциальная диагностика различных форм НМФ. Принципы лечения различных форм НМФ с учетом возраста, гормональных нарушений.

### **2.4. "Острый живот" в гинекологии.**

Заболевания женских половых органов, вызывающих состояние «острого живота». Анализ общих симптомов, наблюдающихся при синдроме «острого живота». Клиника, дифференциальная диагностика, неотложная помощь, принципы дальнейшего лечения, реабилитация, профилактика.

### **2.5. Бесплодный брак.**

Причины бесплодия в семье – мужского и женского. Вопросы диагностики и профилактики. Алгоритм обследования семейной пары при бесплодии. Вспомогательные репродуктивные технологии.

### **2.6. Доброкачественные опухоли матки. Эндометриоз.**

Классификация миомы матки и эндометриоза, теории возникновения. Клиника, план обследования и лечения при миоме матки и эндометриозе. Показания к плановому и экстренному оперативному лечению при миоме матки и эндометриозе, объем операции.

### **2.7. Доброкачественные опухоли яичников.**

Современные классификации, методы диагностики, клинические проявления, объём хирургические вмешательства, реабилитация.

### **2.8. Предраковые заболевания, фоновые состояния шейки матки, влагалища. Типичные гинекологические операции.**

2.8.1. Фоновые, предраковыми заболеваниями шейки матки, влагалища. Современные методы диагностики, лечения и профилактики. При оперативном лечении – обязательный объем обследования.

2.8.2. Основные этапы типичных гинекологических операций, ведение в послеоперационном периоде.

### **2.9. Рак шейки матки, рак эндометрия. Трофобластическая болезнь.**

Классификация, клиника, методы диагностики и лечения в зависимости от стадии развития заболевания, профилактика.



## 2. Учебно-тематический план дисциплины (в академических часах) и матрица компетенций

Коды (номера) модулей (разделов) дисциплины и тем	Контактная работа обучающихся с преподавателем					Всего часов на контактную работу	Самостоятельная работа студента, включая подготовку к экзамену (зачету)	Итого часов	Формируемые компетенции			Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения	Формы текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости
	лекции	семинары	лабораторные практикумы	практические занятия, клинические занятия	экзамен/зачет				ПК-6	ПК-8	ПК-12		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.													
1.1.	-			5		5	1	6	+	+	+	УИРС, Р, Э	Т, КР, Р
1.2.													
1.2.1.	-			3		3	1	4	+	+	+	Тр, УИРС, Р	Т, Пр, КР, Р
1.2.2.	-			3		3	1	4	+	+	+	Тр, ИА, Э	Т, Пр, КР, С
1.3.													
1.3.1.	-			4		4	1	5	+	+		Р, Э	Т, КР, Р, С
1.3.2.	-			3		3	1	4	+	+	+	Тр, Р, ИА	Т, Пр, КР, Р, С
1.4.													
1.4.1.	3			10		13	2	15	+	+	+	Л, Тр, КС, ИБ, ИА, Э	Т, Пр, КР, КЗ, КЛ, Р, С
1.4.2.	1			3		4	2	6	+	+	+	Л, КС, ИБ, Р	Т, КР, ИБ, Р, С
1.5.	-			4		4	2	6	+	+		Тр, КС, ИБ, ИА	Т, Пр, КР, ИБ, С
1.6.	2			8		10	2	12	+	+		Л, Тр, КС, ИБ, Р	Т, Пр, ЗС, КР, КЗ, ИБ, Р, С
1.7.	-			3		3	2	5	+	+		КС, ИБ, Р	Т, КР, ИБ, Р, Д
1.8.	-			3		3	1	4	+	+		Тр, ИБ, ИА	Т, Пр, КР, ИБ, Д
1.9.	2			6		8	2	10	+	+		Л, Тр, КС, ИБ, Р	Т, Пр, ЗС, ИБ, Р
1.10.	-			5		5	2	7	+	+		Тр, КС, ИБ, Р, ИА	Т, Пр, ЗС, ИБ, Р
1.11.	2			6		8	2	10	+	+		Л, КС, Р	Т, ЗС, КР, Р

1.12.	2			8		10	2	12	+	+		Л, КС, ИБ, УИРС, Р	Т, ЗС, КР, ИБ, Р
1.13.												Л, Тр, КС, ИБ, УИРС, Р	Т, ЗС, КР, ИБ, Р
1.13.1.	3			7		10	2	12	+	+		Л, Тр, КС, ИБ, УИРС, Р	Т, ЗС, КР, ИБ, Р
1.13.2.	1			5		6	2	8	+	+		Л, Тр, КС, ИБ, УИРС, Р	Т, КР, ИБ, Р, Д
1.14.	2			5		7	2	9	+	+		Л, КС, ИБ, Р	Т, ЗС, КР, ИБ, Р
1.15.	4			9		13	2	15	+	+		Л, ЛВ, Тр, КС, ИБ, УИРС, Р	Т, ЗС, КР, КЗ, ИБ, Р, С
1.16.	2			8		10	2	12	+	+		Л, Тр, КС, ИБ, УИРС, Р	Т, Пр, ЗС, КР, ИБ, Р, С
1.17.	2			7		9	2	11	+	+		Л, Тр, КС, ИБ, УИРС	Т, Пр, ЗС, КР, ИБ, Р, С
1.18.	2			6		8	2	10	+	+		Л, Тр, КС, ИБ, Р, ИА	Т, Пр, ЗС, КР, ИБ, Р
1.19.												Л, КС, ИБ, УИРС, Р, ИА	Т, ЗС, КР, ИБ, Р
1.19.1.	1			6		7	2	9	+	+		Л, КС, ИБ, УИРС, Р, ИА	Т, ЗС, КР, ИБ, Р
1.19.2.	1			5		6	2	8	+	+		Л, ЛВ, КС, ИБ, УИРС, Р, ИА	Т, ЗС, КР, ИБ, Р, С
1.20.												Л, КС, ИБ, УИРС, Р	Т, ЗС, КР, ИБ, Р, С
1.20.1.	2			7		9	2	11	+	+		Л, КС, ИБ, Р	Т, КР, ИБ, Р, С
1.20.2.	2			3		5	2	7	+	+		Л, КС, ИБ, Р	Т, КР, ИБ, Р, С
1.21.	2			9		11	2	13	+	+		Л, Тр, КС, ИБ, УИРС, Р	Т, ЗС, КР, ИБ, Р, С
1.22.	2			9		11	1	12	+	+		Л, Тр, КС, ИБ, УИРС, Р	Т, ЗС, КР, КЗ, ИБ, Р, С, Д
1.23.	2			7		9	1	10	+	+		Л, КС, Р	Т, ЗС, КР, Р, Д
1.24.	-			3		3	1	4	+	+		КС, Р	Т, КР, Р, С
2.													
2.1.	2			5		6	1	7	+	+		Л, Р, ИА, Э	Т, КР, КЛ, Р, С
2.2.	2			6		8	2	10	+	+		Л, КС, ИБ, УИРС, Р	Т, ЗС, КР, ИБ, Р, С
2.3.	4			6		10	2	12	+	+		Л, КС, ИБ, Р	Т, ЗС, ИБ, Р, С

2.4.	2		6		8	2	10	+	+		Л, КС, ИБ, УИРС, Р	Т, ЗС, КР, ИБ, Р, С
2.5.	2		6		8	2	10	+	+		Л, КС, ИБ, УИРС, Р	Т, ЗС, КР, ИБ, Р, С
2.6.	2		6		8	2	10	+	+		Л, КС, ИБ, Р	Т, ЗС, КР, ИБ, Р, С
2.7.	2		6		8	2	10	+	+		Л, КС, ИБ, Р	Т, ЗС, КР, ИБ, Р
2.8.												
2.8.1.	2		5		7	2	9	+	+		Л, КС, УИРС, Р	Т, ЗС, КР, Р
2.8.2.	2		6		6	2	8	+	+		Л, ЛВ, КС, ИБ, УИРС, Р, ИА, Э	Т, Пр, ИБ, Р, С
2.9.	2		6		7	2	9	+	+		Л, КС, Р	Т, ЗС, КР, Р
Экзамен						36	36	+	+	+		
Зачет						6	6	+	+	+		
<b>ИТОГО:</b>	<b>62</b>		<b>228</b>		<b>290</b>	<b>106</b>	<b>396</b>					

*Примеры образовательных технологий, способов и методов обучения (с сокращениями): традиционная лекция (Л), лекция-визуализация (ЛВ), занятия с использованием тренажёров, имитаторов (Тр), компьютерная симуляция (КС), разбор клинических случаев (КС), подготовка и защита истории болезни (ИБ), интерактивных атласов (ИА), учебно-исследовательская работа студента (УИРС), подготовка и защита рефератов (Р), экскурсия (Э).*

*Примерные формы текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости (с сокращениями): Т – тестирование, Пр – оценка освоения практических навыков (умений), ЗС – решение ситуационных задач, КР – контрольная работа, КЗ – контрольное задание, ИБ – написание и защита истории болезни, КЛ – написание и защита кураторского листа, Р – написание и защита реферата, С – собеседование по контрольным вопросам, Д – подготовка доклада.*

#### **IV. Фонд оценочных средств для контроля уровня сформированности компетенций (Приложение № 1)**

##### **1. Оценочные средства для текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости**

###### **А. Примеры заданий в тестовой форме:**

##### **1. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ**

###### **ХАРАКТЕРНЫ:**

1. боли в животе
2. геморрагический шок
3. изменение сердцебиения плода
4. изменение формы матки
5. все выше, перечисленное

##### **2. ПРИ ЭНДОМЕТРИТЕ НЕ ИМЕЕТ МЕСТА:**

1. субинволюция матки
2. болезненность при пальпации
3. сукровично-гнойные выделения
4. серозно-слизистые выделения
5. снижение тонуса матки

##### **3. ЧЛЕНОРАСПОЛОЖЕНИЕМ ПЛОДА НАЗЫВАЕТСЯ:**

1. отношение оси плода к длиннику матки
2. отношение спинки плода к боковой стенке матки
3. отношение конечностей и головки к туловищу
4. отношение предлежащей части ко входу в малый таз

##### **4. У ДЕВОЧЕК ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ПРОИЗВОДЯТ:**

1. влагалищно-брюшностеночное исследование
2. ректально-брюшностеночное исследование
3. ректо-влагалищно-брюшностеночное исследование

4. все ответы правильные
5. правильного ответа нет

#### **5. ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МИОМЫ МАТКИ:**

1. это доброкачественная, гормонозависимая опухоль;
2. исходит из поперечнополосатой мышечной ткани;
3. наиболее часто встречается в пубертатном возрасте и у женщин
4. все выше перечисленное верно.

#### **Эталоны ответов:**

1 – 5; 2 – 4; 3 – 1; 4 – 2; 5 – 1.

#### **Критерии оценки тестового контроля.**

**В зависимости от количества правильных ответов выставляется следующая оценка:**

менее 70% -«неудовлетворительно»

70-80% - «удовлетворительно»

81-95% - «хорошо»

96-100% - «отлично»

#### **Б. Примеры контрольных вопросов для собеседования:**

1. Порядок определения временной нетрудоспособности по беременности и родам при физиологической беременности и родах.
2. Алгоритм мероприятий при первичной слабости родовой деятельности.
3. Классификация артериальной гипертензии у беременных.
4. Алгоритм неотложной помощи в случае эклампсии.
5. Методы наложения шва на шейку матки, используемые для хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности.
6. Алгоритм неотложных мероприятий при кровотечении в раннем послеродовом периоде.
7. Алгоритм лечения при внематочной беременности в зависимости от формы заболевания.
8. Методы лечения рака шейки матки в зависимости от стадии заболевания.

9. Препараты, применяемые для профилактики респираторного дистресс-синдрома новорожденного и схемы их применения.
10. Алгоритм помощи при асфиксии новорожденных.

### **В. Примеры ситуационных задач:**

#### **ЗАДАЧА №1**

Беременная 29 лет, срок беременности 37-38 недель. Жалобы на кровянистые выделения из влагалища яркого цвета, появившиеся на фоне полного благополучия, в покое. В анамнезе были 1 роды срочные и 4 аборта без видимых осложнений, последний аборт 1,5 года назад. Общее состояние роженицы при поступлении удовлетворительное. Т - 36,0°С. Ps - 90 уд/мин, удовлетворительного наполнения. АД - 105/60 мм.рт.ст. Кожные покровы бледноваты. Со стороны сердца, легких патологии не выявлено. Матка в нормальном тонусе, безболезненная. Предлежит головка плода, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева ниже пупка, 145 ударов в мин. Из родовых путей умеренные кровянистые выделения яркого цвета со сгустками. Воды не изливались. Общая кровопотеря около 100 мл. ОЖ - 100 см. ВСДМ - 34 см. Размеры таза 24-26-29-21 см.

#### **ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:**

1. Предполагаемый диагноз?
2. Дифференциальная диагностика.
3. Какие данные необходимы для уточнения диагноза?
4. Диагноз.
5. Тактика и ее обоснование.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:**

1. Предлежание плаценты с кровотечением.
2. 1) с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты; 2) с разрывом матки; 3) с разрывом варикозно-расширенных узлов вен вла-

- галища; 4) с разрывом шейки матки; 5) с разрывом сосудов пуповины при оболочечном прикреплении
3. Влагалищное исследование при развернутой операционной, ультразвуковая фето-плацентометрия.
  4. Беременность 37-38 недель. Предлежание плаценты с кровотечением. Поперечносуженный таз I ст. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.
  5. При влагалищном исследовании уточнить вид предлежания плаценты. При неполном предлежании - произвести амниотомию и вести роды консервативно, если прекратится кровотечение, в случае продолжающегося кровотечения - произвести операцию кесарево сечение. При выяснении полного (центрального) предлежания плаценты - показано кесарево сечение (абсолютное показание).

## **ЗАДАЧА №2**

Первородящая 28 лет, поступила с регулярными интенсивными схватками, начавшимися 6 часов тому назад. Беременность II-я, доношенная. Первая беременность 3 года тому назад закончилась внебольничным абортom в сроке 14 недель, который осложнился эндометритом. Размеры таза 25-28-30-20 см. Предлежит головка малым сегментом в полости малого таза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 132 ударов в мин. Через 5 часов после поступления произошли роды живым доношенным плодом массой 3200,0. Через 15 мин после рождения ребенка: признаки отделения плаценты отрицательные, кровотечение из половых путей со сгустками в объеме 350 мл. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Жалоб нет. Сознание ясное. Кожные покровы влажные, обычного цвета. Пульс - 90 уд/мин, АД - 105/60 мм.рт.ст.

### **ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:**

1. Диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Какая вероятная причина привела к кровотечению?

4. Тактика врача.
5. Профилактика кровотечений в родах?

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:**

1. Третий период родов. Плотное прикрепление плаценты. Кровотечение.
2. С кровотечением обусловленного травмами родовых путей, нарушением свертывающей системы крови, гипотонией матки.
3. Вероятно имеет место неполное прикрепление плаценты - плотное прикрепление или истинное приращение.
4. 1) начать инфузионную терапию; 2) дать наркоз; 3) произвести ручное отделение плаценты, если имеется плотное прикрепление и выделение последа. При выявлении истинного приращения плаценты необходимо произвести экстирпацию матки без придатков
5. Роды проводить с постоянным внутривенным катетером. В конце II периода родов ввести внутривенно медленно (за 10-15 минут) 5 единиц окситоцина. В III периоде родов необходимо произвести катетеризацию мочевого пузыря.

### **ЗАДАЧА №3**

Роженица 25 лет поступила в родильный дом для родоразрешения с начавшейся 5 часов тому назад родовой деятельностью. Схватки по 30-35 сек через 4-5 минут средней силы. В анамнезе у пациентки: детские инфекции, отставала в росте и развитии в детстве. Рост 154 см, вес 62 кг. За беременность прибавила 8,5 кг. Имеется «квадратный» череп, четкообразное утолщение в области ребер, искривление конечностей по типу genu varum. ВДМ - 38 см, ОЖ - 98 см. Живот остроконечной формы. Положение плода продольное, головка прижата к входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева ниже пупка. Размеры таза: 26-26-30-17,5 см. Ромб Михаэлиса: уплощение верхнего треугольника. При влагалищном исследовании определено открытие шейки матки 5 см. Головка плода над входом в малый таз. Мыс достигнут, диагональная конъюгата 10,5 см. Через 6 часов излились



околоплодные воды, открытие шейки матки полное, родовая деятельность бурная при головке прижатой к входу в малый таз. Поведение роженицы крайне беспокойное. Контракционная борозда на уровне пупка, нижний сегмент матки резко болезнен при пальпации. Признаки Вастена и Цангемейстера положительные. Сердцебиение плода ухудшилось - глухое, ритмичное, 164 уд. в 1 мин с замедлением после каждой потуги до 90 уд. в 1 мин.

#### **ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:**

1. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза.
2. Диагноз и его обоснование
3. Факторы риска аномального строения таза.
4. Классификация разновидностей аномального (узкого) таза.
5. Дифференциальный диагноз.
6. Лечение. Неотложные мероприятия.
7. Профилактика клинически узкого таза.
8. Перечислите виды наиболее распространенных лапаротомных разрезов при операции кесарево сечение.
9. Наиболее типичные локализации неполных разрывов матки и объем оперативного лечения при них.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:**

1. При подготовке к родоразрешению – рентгенопельвиометрия, ультразвуковая фетометрия.
2. II период первых срочных родов. Плоскорихитический таз I степень сужения. Клинически узкий таз. Угрожающий разрыв матки. Внутриутробная гипоксия плода.
3. Нарушения полового созревания девочки. Экстрагенитальные заболевания, алиментарно-метаболические расстройства и эндокринопатии.
4. По форме сужения (часто встречающиеся и редко встречающиеся), по степени сужения таза.
5. Дифференциальный диагноз между различными формами сужения таза

производится на основании сопоставления размеров таза и особенностей биомеханизма родов в зависимости от формы и степени сужения таза матери.

6. Выключение родовой деятельности (наркоз). Экстренное абдоминальное родоразрешение.
7. Выделение групп риска по возможному клинически узкому тазу, тщательное клиническое обследование таза матери с привлечением в ряде случаев рентгенопельвиометрии. Правильная и всесторонняя оценка предполагаемой массы и характера подлежащей части плода. Своевременное и рациональное планирование родоразрешения.
8. Нижнесрединная лапаротомия, поперечный надлобковый разрез по Пфанненштилю, разрез в модификации операции по Джоел-Коену и Старку.
9. Локализация в нижнем маточном сегменте. Объем оперативного лечения предусматривает удаление матки. Однако в редких случаях при относительной целостности краев разрыва (в т.ч. отсутствия выраженной гематомы в месте разрыва), с учетом особенностей топографии разрыва на матке и относительно органов малого таза, объема кровопотери, квалификации хирурга, паритета и возраста пациентки возможно восстановление целостности матки путем ушивания места разрыва.

**Критерии оценки при ответе на контрольные вопросы для собеседования и решении ситуационных задач:**

**«отлично»** – студент подробно отвечает на теоретические вопросы, решает ситуационную задачу, обосновывает и формулирует клинический диагноз заболевания по современной номенклатуре, назначает правильное лечение.

**«хорошо»** – студент в целом справляется с теоретическими вопросами, решает ситуационную задачу, делает несущественные ошибки при обосновании или формулировке диагноза и/или назначении обследования и лечения.

**«удовлетворительно»** – поверхностное владение теоретическим материалом, допускает существенные ошибки в постановке диагноза и/или назначении лечения, но справляется с ответом по оказанию неотложной помощи.

**«неудовлетворительно»** – не владеет теоретическим материалом и делает грубые ошибки при решении задачи, не может диагностировать заболевание и сформулировать клинический диагноз.

### **Г. Темы рефератов:**

1. Инструментальные и лабораторные методы исследования в диагностике беременности разных сроков.
2. Современные методы обезболивания родов.
3. Анемия и беременность.
4. Приобретенные пороки сердца и беременность.
5. Современные взгляды на ведение родов при тазовых предлежаниях.
6. ЛФК в послеродовом периоде.
7. Методы стимуляции лактации
8. Грудное вскармливание как основа будущего здоровья ребенка.
9. Диагностика и лечение плацентарной недостаточности в современном акушерстве.
10. Сахарный диабет и беременность.
11. Пороки сердца и беременность.
12. Методы диагностики и терапии гипоксии плода в акушерстве.
13. Магнезиальная терапия при преэклампсии с позиции доказательной медицины.
14. ВИЧ инфекция и беременность.
15. Врожденный сифилис.
16. Современные способы родоразрешения при истинно переносенной беременности.
17. Родовой травматизм матери и плода при узком тазе.
18. Отдаленные осложнения кесарева сечения.

19. Предлежание плаценты.
20. Акушерские кровотечения в структуре материнской смертности.
21. Геморрагический шок. Интенсивная терапия.
22. ДВС-синдром в акушерской практике.
23. Перитонит после операции кесарева сечения.
24. Инфекционно-токсический шок в акушерстве, интенсивная терапия.
25. Лактационный мастит, диагностика, лечение, профилактика.
26. Инфекции передающиеся половым путем.
27. Туберкулез женских половых органов (диагностика, лечение).
28. Этиология, патогенез, лечение ювенильных кровотечений.
29. Гиперпластические процессы эндометрия. Современные методы лечения.
30. Предменструальный синдром.
31. Миома и беременность.
32. Эндометриоз – диагностика, лечение.
33. Значение кольпоскопии в ранней диагностике заболеваний шейки матки.
34. Рак шейки матки.
35. Трофобластическая болезнь.
36. Гормонотерапия рака эндометрия.
37. Гормонопродуцирующие опухоли яичников.
38. Нарушение полового созревания (преждевременное, запоздалое).
39. Новые подходы к диагностике объемных заболеваний малого таза.
40. Анатомо-физиологические особенности женских половых органов в разные возрастные периоды жизни.
41. Современные вспомогательные репродуктивные технологии.
42. Аденогенитальный синдром как причина бесплодия.
43. Внематочная беременность.
44. Апоплексия яичника как причина острого живота.
45. Стандарты полового созревания девочек и девушек-подростков.
46. Современные методы контрацепции.

### **Критерии оценки рефератов:**

**«отлично»** - при написании всех разделов в полном соответствии с требованиями по раскрытию темы излагаемой проблемы;

**«хорошо»** - при качественном выполнении работы, при некотором формальном отношении к изложению и/или оформлению текстовой части;

**«удовлетворительно»** - работа представлена и написана с некоторыми упущениями в описательной части, недостаточной проработкой материала и использования устаревших данных по излагаемой проблеме;

**«неудовлетворительно»** - работа представлена и написана с грубыми недостатками, не соответствует современным представлениям по разрабатываемой теме и/или является механически заимствованной в полном или почти полном объеме со стороннего ресурса.

### **Перечень практических навыков (умений), которые необходимо освоить студенту:**

1. Приемы наружного акушерского обследования.
2. Влагалищное исследование беременной, роженицы.
3. Пособия при головных предлежаниях при доношенной беременности.
4. Пособие по Цовьянову при ножном предлежании.
5. Пособие по Цовьянову при ягодичном предлежании.
6. Классическое ручное пособие при тазовых предлежаниях.
7. Экстракция плода за ножку.
8. Классический внутренний поворот плода на ножку при поперечном положении плода.
9. Демонстрация биомеханизма родов при переднем и заднем виде затылочного предлежания.
10. Демонстрация биомеханизма родов при ягодичном предлежании.
11. Осмотр последа.
12. Осмотр родовых путей в раннем послеродовом периоде
13. Ушивные разрывы и разрезы промежности, влагалища и шейки матки.
14. Перинеотомия и эпизиотомия.

15. Пудендальная и парацервикальная анестезия.
16. Ручное отделение плаценты и выделение последа.
17. Ручное контрольное обследование полости матки.
18. Амниотомия.
19. Первичный туалет новорожденного.
20. Реанимация новорожденного родившегося в асфиксии.
21. Снятие швов с промежности.
22. Определение срока беременности.
23. Диагностику 30-и недельной беременности.
24. Ведение медицинской документации беременных, рожениц и родильниц.
25. Оценка данных УЗИ и кардиотографии (КТГ) плода
26. Осмотр гинекологических больных.
27. Влагалищное одноручное исследование, влагалищно-брюшностеночное исследование.
28. Осмотр стенок влагалища, влагалищной части шейки матки в зеркалах.
29. Зондирование полости матки.
30. Взятие мазков на гонококки, степень чистоты, атипические клетки и кольпоцитологическое исследование.
31. Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и слизистой стенок матки.
32. Оценка данных метросальпингографии.
33. Оценка данных УЗИ органов малого таза.
34. Оценка тестов функциональной диагностики.
35. Оформление медицинской документации.

### **Критерии оценки выполнения практических навыков:**

Для текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости оценка по принципу – зачтено / не зачтено.

**В качестве средств текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости производится оценка кураторского листа, истории родов и истории болезни пациентки гинекологической клиники (образцы кураторского листа, истории родов, истории болезни пациентки гинекологической клиники представлены в методических рекомендациях кафедры: <http://tvgmu.ru/kaf/p1081/docs/>):**

**«отлично»** - при написании всех разделов в полном соответствии с требованиями истории родов, истории болезни пациентки гинекологической клиники. Правильно планирует и последовательно выполняет диагностический поиск, включающий владение методами непосредственного клинического обследования, интерпретации данных дополнительных методов обследования. Аргументировано проводит дифференциальную диагностику заболевания, представляет полную и правильную последовательность предварительного и заключительного развернутого диагнозов в полном соответствии с современной номенклатурой нозологических единиц. Обоснованно назначает лечение с учетом необходимости оперативного лечения, включая предоперационную подготовку и послеоперационное ведение пациентки. Обоснованно представляет план фармакотерапии с учетом противопоказаний для лекарственных препаратов в случае беременности пациентки. Правильно и в полной мере намечает план профилактических мероприятий. Обязательно освещает вопросы экспертизы временной нетрудоспособности и реабилитации. Представляет текстовую часть работы в последовательности, соответствующей рекомендованной в качестве образца. Реферат оформляется в полном соответствии требованиям: содержит все разделы, указанные в содержании, использована современная литература, ее список представлен правильно.

**«хорошо»** - при качественном выполнении работы, при некотором формальном отношении к оформлению текстовой части. Показаны хорошие практические умения: знает методику выполнения практических навыков недостаточно, применяет на практике тот или иной диагностический прием при проведении объективного исследования конкретного пациента, но с ошибками; планирует

комплекс дополнительной диагностики в недостаточно полном объеме, допускает ошибки в формулировке диагноза (не соблюден приоритет заболеваний при формулировке или не соблюдена последовательность нозологий, относящихся к матери и плоду) или не владеет современными классификациями; недостаточно освещен вопрос дифференциального диагноза. Допускает несущественные ошибки в назначении плана лечения, недооценивает прогноз, недостаточно точно ориентируется в методах профилактики. Представлены, но с некоторыми неточностями вопросы экспертизы нетрудоспособности пациентки, реабилитации и профилактических мероприятий. Реферат содержит ряд ошибок в оформительской части, искажающие суть представленного доклада, в том числе при оформлении списка литературы.

**«удовлетворительно»** - история родов, история болезни пациентки гинекологической клиники написана с некоторыми упущениями в описательной части, недостаточной проработкой диагностических критериев. Показаны удовлетворительные практические умения, но выполняет диагностические манипуляции с ошибками, назначает комплекс дополнительной диагностики в неполном объеме, без учета дифференциальной диагностики, формулирует диагноз не полностью, в неверной последовательности нозологических единиц и без учета современных классификаций. Представляет план лечения и профилактики с ошибками, не освещает вопросы экспертизы временной нетрудоспособности. В реферате имеются ряд грубых ошибок в оформительской и содержательной части работы, тема раскрыта не полностью.

**«неудовлетворительно»** - история родов, история болезни пациентки гинекологической клиники написана с грубыми недостатками, не соответствует современным представлениям о диагностике, лечении и профилактике данной патологии. Отсутствует достаточный уровень практических умений, нет умения планировать дополнительное обследование и сформулировать правильный диагноз, не может составить план лечебно-профилактических мероприятий. Отсутствие реферата или представление работы с полным несоответствием к требованиям к ее написанию.



## **2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины (экзамен или зачёт).**

По окончании 8 семестра предусмотрено проведение экзамена, по окончании 12 семестра – зачета. Промежуточная аттестация осуществляется по трех-этапной системе:

**I этап** - решение заданий в тестовой форме (513 тестовых заданий по разделам акушерства и гинекологии, утвержденных на кафедре и ЦКМС: <http://tvgmu.ru/kaf/p1081/docs/>);

**II этап** – собеседование - решение ситуационных задач, предлагаются для решения 2 задачи, по модулям «Акушерство» и «Гинекология» (ознакомление с задачами проводится на практических занятиях, запланированных лекциях в конце 8 и 12 семестров, а также примеры ситуационных задач представлены в методических рекомендациях кафедры и на стенде кафедры на базе ГБУЗ ТО «Областной родильный»);

**III этап** – практические навыки (освоение практических навыков проводится на практических занятиях по соответствующим темам, в Учебном центре практических навыков ТГМУ, а также перечень практических навыков представлен на стенде кафедры на базе ГБУЗ ТО «Областной родильный»).

### **А. Примеры заданий в тестовой форме:**

**1. БЕРЕМЕННАЯ 24 ГОДА, ПОСТУПИЛА ПАЛАТУ ПАТОЛОГИИ ПРИ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ 38 НЕДЕЛЬ. МАССА ТЕЛА 70 КГ, РОСТ - 160 СМ. ОКРУЖНОСТЬ ЖИВОТА 110 СМ, ВЫСОТА ДНА МАТКИ - 45 см. ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ ТРИ КРУПНЫЕ ЧАСТИ, МНОЖЕСТВО МЕЛКИХ ЧАСТЕЙ. ВАШ ДИАГНОЗ?**

1. Беременность 38 недель. Крупный плод.
2. Беременность 38 недель. Многоводие.
3. Беременность 38 недель. Ожирение.
4. Беременность 38 недель. Многоплодие.
5. Беременность 38 недель. Миома матки.

## **2. АТРЕЗИЯ ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЫ МОЖЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ:**

1. отсутствием кровянистых выделений
2. гематокольпосом
3. циклически возникающими болями внизу живота
4. задержкой мочи
5. затрудненная дефекация
6. все ответы правильные

## **3. ЭКСТРЕННАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР ПОКАЗАНА ВО ВСЕХ СЛУЧАЯХ КРОМЕ:**

1. перекрута ножки опухоли яичника
2. рождения подслизистого узла
3. атипической гиперплазии эндометрия
4. острого гнойного сальпингоофорита
5. нарушенной внематочной беременности по типу трубного аборта

## **4. ОСНОВНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ К УДАЛЕНИЮ МАТКИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКЕ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ ЯВЛЯЕТСЯ:**

1. гипотония матки
2. перерастяжение матки
3. наличие миоматозных узлов
4. наличие добавочного рога
5. имбибиция стенки матки кровью

## **5. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО ПО ШКАЛЕ АПГАР НЕ ВКЛЮЧАЕТ:**

1. частоту сердцебиения
2. частоту дыхания
3. состояние зрачков
4. мышечный тонус
5. цвет кожных покровов

## **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:**

1 – 4; 2 – 6; 3 – 3; 4 – 5; 5 – 3.

**Критерии оценки по этапу решений тестовых заданий (оценивается по числу правильных ответов):**

менее 70% - «неудовлетворительно»

70-80% - "удовлетворительно"

81-95% - "хорошо"

96-100% - "отлично"

## **Б. Примеры ситуационных задач:**

### **ЗАДАЧА №1**

Роженица О., 36 лет, поступила в роддом в 10 час с доношенной беременностью и начавшейся родовой деятельностью с 5 часов утра. Экстрагенитальной патологии не выявлено. Беременность III-я, протекала без осложнений (масса плодов 3900,0 и 4100,0). Рост 166 см, масса тела - 82 кг, размеры таза-26-28-31-20,5 см. ВСДМ-43 см, ОЖ- 100 см. Схватки через 3-4 мин по 40 сек. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата во входе в малый таз. Между затылком и спинкой определяется острый угол. С/биение плода лучше прослушивается со стороны мелких частей, ясное, ритмичное, 130 ударов в 1 мин. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 8 см, края тонкие, мягкие, хорошо растяжимые во время схватки. Плодный пузырь цел. Через оболочки определяется личико плода, лоб - слева и сзади, подбородок - справа и спереди. Мыс не достигается.

### **ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:**

1. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза.
2. Диагноз и его обоснование
3. В чём заключается врачебная тактика? Какой вид лицевого предлежания является показанием к кесареву сечению?

4. Перечислите виды асинклитических вставлений головки плода.
5. Основные особенности лапаротомии и техники операции в модификации Старка и Джоел-Коена (Stark & Joel –Cohen).

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:**

1. Ультразвуковое исследование.
2. I период III-их срочных родов. Лицевое предлежание плода, задний вид. Крупный плод. Ожирение I ст. Диагноз установлен на основании данных наружного акушерского исследования и влагалищного исследования при определении расположения плода в матке, вида, позиции и характера предлежащей части.
3. Кесарево сечение. Задний вид лицевого предлежания плода.
4. Передний асинклитизм (предлежит передняя теменная кость, стреловидный шов отклонен к крестцу), задний асинклитизм (предлежит задняя теменная кость, стреловидный шов отклонен к лону).
5. Разрез выше (не травмируются поверхностный подчревный сосудисто-нервный пучок), разведение подкожно-жировой клетчатки и вскрытие под ней апоневроза (в модификации), тупое разведение париетального листка брюшины. Ушивание матки восьмиобразными отдельными викриловыми швами. Наложение швов на апоневроз (в модификации) и далее на кожу.

### **ЗАДАЧА №2**

Беременная 29 лет, срок беременности 32 недели. В анамнезе гипертоническая болезнь и сахарный диабет у матери. Страдает хроническим пиелонефритом. Бесплодие в течение 10 лет, забеременела после индукции овуляции. Рост 160 см, вес 89 кг. При поступлении отеки голеней, кистей рук, АД 150/90 мм рт.ст., суточная протеинурия - 1 г/л, осадок мочи нормальный. По данным доплерометрии сосудов фетоплацентарного комплекса отмечено нарушение кровотока в маточной артерии на стороне плацентации. В условиях стационара начато лечение. Однако в течение 3-х дней отмечено увеличение АД до 160/100 – 170/110 мм рт.ст., суточная протеинурия соста-

вила 5 г/л, в осадке мочи – гиалиновые и зернистые цилиндры, появились генерализованные отеки.

### **ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:**

1. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза.
2. Диагноз и его обоснование (на момент поступления).
3. Классификаций гипертензии у беременных.
4. Лечение, тактика родоразрешения.
5. Дайте классификацию гипотензивных препаратов, разрешенных для применения у беременных.

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:**

1. Коагулограмма, биохимический анализ крови, кардиотахография и доплерометрия сосудов фето-плацентарного комплекса.
2. Беременность 32 недели. Гипертензия, вызванная беременностью без значительной протеинурии. Ожирение I степени. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Хронический пиелонефрит в стадии ремиссии.
3. Классификация по Международной классификации болезней X пересмотра; Российская; Американской ассоциации акушеров-гинекологов.
4. Родоразрешение через естественные родовые пути, кесарево сечение, оперативное влагалищное родоразрешение. При недоношенном сроке - профилактику РДСН. При незрелых родовых путях – подготовка простагландинами. Гипотензивные, противосудорожные (магнезиальная терапия), успокаивающие препараты. Средства, направленные на улучшение перфузии органов и тканей и коррекцию метаболических расстройств в системе мать-плацента-плод.
5. Метилдопа. Блокаторы кальциевых каналов (нифедипин). Бета-адреноблокаторы (бисопролол). Центральные альфа-адреномиметики (клофелин).

### **ЗАДАЧА №3**

Больная Н., 32-х лет, с жалобами на ноющие боли внизу живота с иррадиацией по передней поверхности бедер. Менструации с 13 лет по 4-5 дней

через 28 дней, последняя 9 дней назад. Половая жизнь с 27 лет без контрацепции, беременностей не было. Через 3 месяца от начала половой жизни перенесла сальпингоофорит, лечилась в стационаре, отмечает ежегодное обострение воспалительного процесса. Из анамнеза: в возрасте 25 лет после ангины был диагностирован пиелонефрит, находилась в нефрологическом отделении около 1 месяца. При поступлении: Т тела – 39°C, озноб, боли в нижнем отделе живота. Живот вздут, болезненный, с выраженным симптомом Щеткина-Блюмберга, в нижних отделах. Язык обложен белым налетом, суховат. Пульс – 120 уд/мин, А/Д – 105/60 мм.рт.ст. При влагалищном исследовании: наружные половые органы без патологии. Влагалище нерожавшей. Шейка матки гиперемирована, из цервикального канала гнойвидные выделения. Придатки и матку определить не удается из-за болезненности. Задний свод резко болезненный. Выделения гнойвидные.

#### **ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:**

1. Диагноз.
2. Этиология заболевания.
3. Классификация по этиологии, клиническому течению.
4. Основные принципы лечения воспалительных заболеваний женской половой системы и показания для оперативного лечения.
5. Основные принципы профилактики воспалительных заболеваний у женщин репродуктивного возраста.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:**

1. Пельвиоперитонит. Эндоцервицит, трихомонадный кольпит.
2. Этиологический фактор данного заболевания – смешанная инфекция, для современных пельвиоперитонитов и других воспалительных заболеваний женской половой системы характерно сочетание аэробной и анаэробной флоры, сочетание специфических и неспецифических возбудителей.
3. Пельвиоперитонит в гинекологии может быть специфическим и неспецифическим по этиологии, иметь открытую и закрытую формы.

4. В данном случае препарата цефалоспоринов и метронидазола. Возможно местно введение антибиотика гентамицина при диагностической пункции брюшной полости через задний свод влагалища. Инфузионная терапия, десенсибилизирующие средства, нестероидные противовоспалительные препараты. Показанием для оперативного лечения является открытая форма пилеоперитонита, разрыв пиосальпинкса, наличие мешотчатой гнойной опухоли придатков матки, абсцесс дугласова пространства.
5. Профилактика воспалительных заболеваний женской половой системы заключается в половом воспитании женщины, использовании барьерной контрацепции, своевременной санации заболеваний нижнего отдела половых путей, профилактике аборт, соблюдении личной гигиены.

**Критерии оценки по этапу решения ситуационных задач (оценка выставляется за каждую из двух ситуационных задач):**

**«отлично»** – студент подробно отвечает на теоретические вопросы, решает ситуационную задачу, обосновывает и формулирует клинический диагноз заболевания по современной номенклатуре, назначает правильное лечение. Исчерпывающий ответ на дополнительные вопросы, включая смежные специальности.

**«хорошо»** – студент в целом справляется с теоретическими вопросами, решает ситуационную задачу, делает несущественные ошибки при обосновании или формулировке диагноза и/или назначении обследования и лечения. Полный ответ на дополнительные вопросы базового уровня.

**«удовлетворительно»** – поверхностное владение теоретическим материалом, допускает существенные ошибки в постановке диагноза и/или назначении лечения. Неполный ответ и ответ с ошибками на дополнительные вопросы базового уровня.

**«неудовлетворительно»** – не владеет теоретическим материалом и делает грубые ошибки при решении задачи, не может диагностировать заболе-

вание и сформулировать клинический диагноз. Отсутствие ответа на дополнительные вопросы.

### **В. Примеры заданий по практическим навыкам:**

#### **ЗАДАНИЕ 1. ПРОДЕМОНСТРИРУЙТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ ПОСОБИЯ ПО ЦОВЬЯНОВУ ПРИ ЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ.**

##### **ЭТАЛОН ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ:**

1. Произвести влагалищное исследование с целью выявления готовности тканей родового канала к родоразрешению, уточнения вида тазового предлежания и убеждения в отсутствии выпадения петли пуповины
2. Ввести подкожно роженице раствор Атропина 0,1% - 1,0 мл
3. При прорезывании ягодиц захватить их обеими руками так, чтобы большие пальцы легли на прижатые к животу бёдра плода, а остальные пальцы - на поверхности крестца.
4. По мере рождения туловища держать руки у вульварного кольца, придерживать корпус плода, осторожно прижимая большими пальцами вытянутые ножки к животу, а остальные пальцы, перемещая по спинке.
5. При рождении плечевого пояса плода направить ягодицы плода несколько на себя для облегчения рождения передней ручки.
6. Приподнять плод для облегчения рождения задней ручки.

#### **ЗАДАНИЕ 2. ПРОДЕМОНСТРИРУЙТЕ ХОД ОПЕРАЦИИ РУЧНОГО КОНТРОЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОЛОСТИ МАТКИ.**

##### **ЭТАЛОН ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ:**

1. Сложить пальцы рук в «кисть акушера»
2. Развести левой рукой половые губы роженицы
3. Ввести правую руку во влагалище
4. Показать положение руки, находящейся на передней брюшной стенке
5. Рукой, находящейся в полости матки, провести ревизию стенок матки
6. Руку, сложенную в «кисть акушера», вывести из матки



### **ЗАДАНИЕ 3. ПРОДЕМОНСТРИРУЙТЕ И ПОЯСНИТЕ БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ ЗАДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ.**

#### **ЭТАЛОН ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ:**

1. Расположить плод спинкой кзади
2. Головку вставить во вход в таз в согнутом положении
3. Стреловидный шов расположить в правом косом размере входа в таз, малый родничок вправо кзади
4. Максимально согнуть головку (проводная точка – малый родничок)
5. Повернуть головку плода, при этом малый родничок должен быть повернут кзади (внутренний поворот головки)
6. Головку фиксировать у лонной дуги передним краем большого родничка или же границей волосистой части лба
7. Головку фиксировать подзатылочной областью у копчика и затем высвободить из-под лонной дуги лобик, личико, подбородок плода (максимальное разгибание головки)
8. Повернуть головку личиком к левому бедру матери.

#### **Критерии оценки по этапу оценки практических навыков:**

Оценка по этому этапу осуществляется по принципу зачтено / не зачтено.

#### **Итоговая оценка при промежуточной аттестации:**

По итогам экзамена (8 семестр) - четырехбалльная шкала по данным трех этапов как среднее арифметическое оценок, имеющих цифровое выражение оценочного аппарата с учетом зачтенного или не зачтенного этапа практических навыков: «неудовлетворительно», «удовлетворительно», «хорошо», «отлично».

По итогам зачета (12 семестр) - зачтено / не зачтено, в случае положительных оценок на всех трех этапах промежуточной аттестации.

## **V. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины**

### **1. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины:**

#### **а). Основная литература:**

1. Савельева, Г.М. Акушерство [Текст]: учебник / Г.М. Савельева, Р.И. Шалина, Л.Г. Сичинава, О.Б. Панина, М.А. Курцер. – М.: ГЭОТАР-мед, 2015. – 656 с.
2. Айламазян, Э.К. Акушерство [Текст]: учебник / Э.К. Айламазян. – 9-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-мед, 2015. – 704 с.
3. Гинекология [Текст]: учебник / под ред. Г.М. Савельева, В.Г. Бреусенко. – М.: ГЭОТАР-мед, 2014 – 432 с.
4. Акушерство. Национальное руководство [Текст]: руководство / под ред. Г.М. Савельева, Г.Т. Сухих, В.Н. Серов, В.Е. Радзинский. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1088 с.
5. Гинекология. Национальное руководство. Краткое издание [Текст]: руководство / под ред. Г.М. Савельева, Г.Т. Сухих, И.Б. Манухин. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 704 с.

#### **б). Дополнительная литература:**

1. Схемы лечения. Акушерство и гинекология [Текст]: руководство / под ред. В.Н. Серов, Г.Т. Сухих. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Литтерра, 2013. - 384 с.
2. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология [Текст]: руководство / под ред. В.Н. Серов, Г.Т. Сухих. - 4 е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с.
3. Манухин, И.Б. Эндокринология в акушерстве и гинекологии Гинекологическая эндокринология. Клинические лекции: руководство для врачей [Текст]: руководство / И.Б. Манухин, Л.Г. Тумилович, М.А. Геворкян. - 3-е изд., перераб. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 272 с.

### **2. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине**

1. Акушерская клиника. Часть I. Физиологическое акушерство [Текст]: Учеб. пособие для студентов / под ред. Ю.В. Раскуратова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Тверь.: РИЦ Тверская ГМА, 2012. – 240 с.
2. Акушерская клиника. Часть II. Патологическое акушерство [Текст]: Учеб. пособие для студентов / под ред. Ю.В. Раскуратова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Тверь.: РИЦ Тверская ГМА, 2012. – 236 с.
3. Акушерская клиника. Часть III. Оперативное акушерство с фантомным курсом [Текст]: Учеб. пособие для студентов / под ред. Ю.В. Раскуратова. - Тверь.: РИЦ Тверская ГМА, 2012. – 31 с.: видеофильм (50 видеосюжетов).
4. Гинекологическая клиника. [Текст]: Учеб. пособие для студентов / под ред. Ю.В. Раскуратова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Тверь.: РИЦ Тверская ГМА, 2014. – 246 с.

### **3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины**

#### **Профессиональные базы данных, информационные справочные системы и электронные образовательные ресурсы:**

1. Электронная база данных и информационная система поддержки принятия клинических решений «ClinicalKey» ([www.clinicalkey.com](http://www.clinicalkey.com));
2. Стандарты медицинской помощи:  
<http://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983>;
3. Электронный справочник «Информю» для высших учебных заведений ([www.informuo.ru](http://www.informuo.ru));
4. Университетская библиотека on-line ([www.biblioclub.ru](http://www.biblioclub.ru));
5. Информационно-поисковая база Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>);
6. Доступ к базам данных POLPRED ([www.polpred.ru](http://www.polpred.ru));
7. «МЕДАРТ» сводный каталог периодики и аналитики по медицине (<http://www.medart.komlog.ru>);

8. Электронный библиотечный абонемент Центральной научной медицинской библиотеки Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (<http://www.emll.ru/newlib/>);
9. Бесплатная электронная библиотека онлайн «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (<http://window.edu.ru/>);
10. Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России (<http://vrachirf.ru/company-announce-single/6191/>);
11. Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации (<http://www.rosminzdrav.ru/>);
12. Российское образование. Федеральный образовательный портал. (<http://www.edu.ru/>);
13. <http://tvgm.ru/kaf/p1081/docs>

**4. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем**

**4.1. Перечень лицензионного программного обеспечения:**

1. Microsoft Office 2013:

- Access 2013;
- Excel 2013;
- Outlook 2013 ;
- PowerPoint 2013;
- Word 2013;
- Publisher 2013;
- OneNote 2013.

**4.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС):**

1. Электронно-библиотечная система «Консультант студента» ([www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru));
2. Консультант врача. Электронная медицинская библиотека [Электронный ресурс]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа. – Режим доступа: [www.geotar.ru](http://www.geotar.ru);

3. Электронная библиотечная система eLIBRARY.RU  
(<http://www.elibrary.ru>)

**5. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины.**

(см. Приложение № 2)

**VI. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине**

(см. Приложение № 3)

**VII. Научно-исследовательская работа студента**

Научно-исследовательская работа студентов при изучении дисциплины заключается: изучении специальной литературы и другой научной информации о достижениях современной отечественной и зарубежной науки; участие в проведении научных исследований; осуществление сбора, обработки, анализа и систематизации научной информации по теме (заданию); составление отчёта (раздела отчёта) по теме или её разделу; подготовка и выступление с докладом на конференции; подготовка к публикации статьи и тезисов.

**VIII. Протоколы согласования рабочей программы дисциплины с другими кафедрами:**

**ПРОТОКОЛ СОГЛАСОВАНИЯ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ**

Кафедры акушерства и гинекологии с курсом акушерства и гинекологии  
ФДПО, интернатуры и ординатуры

с кафедрой педиатрии лечебного и стоматологического факультетов

<b>Базовая кафедра</b>	<b>Наименование дисциплины, изучение которой опирается на данную дисциплину</b>	<b>Предложения об изменениях в пропорциях материала, порядке его изложения</b>	<b>Принятое решение (протокол №, дата, кафедры, разработавшей программу)</b>
Акушерства и гинекологии с курсом акушерства и гинекологии ФДПО, интернатуры и ординатуры	Педиатрия	Темы, рекомендуемые для изучения после прохождения дисциплины «Акушерство и гинекология»: Доношенный и недоношенный ребенок. Определение степени недоношенности. Асфиксия новорожденного. Респираторный дистресс-синдром новорожденного. Естественное вскармливание, его преимущества. Меры по предупреждению гипогалактии.	Протокол № заседания кафедры акушерства и гинекологии от

Зав. кафедрой акушерства и гинекологии  
с курсом акушерства и гинекологии ФДПО,  
интернатуры и ординатуры, доцент

И.И. Стольникова

Зав. кафедрой педиатрии лечебного  
и стоматологического факультетов,  
доцент

А.В. Копцева

## ПРОТОКОЛ СОГЛАСОВАНИЯ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ

Кафедры акушерства и гинекологии с курсом акушерства и гинекологии

ФДПО, интернатуры и ординатуры

с гистологии, эмбриологии и цитологии

Базовая кафедра	Наименование дисциплины, изучение которой опирается на данную дисциплину	Предложения об изменениях в пропорциях материала, порядке его изложения	Принятое решение (протокол №, дата, кафедры, разработавшей программу)
Гистологии, эмбриологии и цитологии	Акушерство и гинекология	При изучении дисциплины «Акушерство и гинекология» необходимы знания по следующим темам: Репродукция человека. Эмбриология человека. Органы женской половой системы.	Протокол № заседания кафедры акушерства и гинекологии от

Зав. кафедрой акушерства и гинекологии с курсом акушерства и гинекологии ФДПО, интернатуры и ординатуры, доцент

И.И. Стольникова

Зав. кафедрой гистологии, эмбриологии и цитологии, доцент

В.Г. Шестакова

# ПРОТОКОЛ СОГЛАСОВАНИЯ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ

Кафедры акушерства и гинекологии с курсом акушерства и гинекологии  
ФДПО, интернатуры и ординатуры

с кафедрой фармакологии и клинической фармакологии

<b>Базовая кафедра</b>	<b>Наименование дисциплины, изучение которой опирается на данную дисциплину</b>	<b>Предложения об изменениях в пропорциях материала, порядке его изложения</b>	<b>Принятое решение (протокол №, дата, кафедры, разработавшей программу)</b>
Фармакологии и клинической фармакологии	Акушерство и гинекология	При изучении дисциплины «Акушерство и гинекология» необходимы знания по следующим темам: Фармакология обезболивания. Средства для премедикации в акушерстве и гинекологии. Реанимационные, плазмозамещающие и дезинтоксикационные средства. Антисептики и дезинфицирующие средства. Химиотерапевтические средства местного и резорбтивного действия. Средства, влияющие на тромбообразование, процессы регенерации и воспаления. Гормональные и антигормональные средства. Маточные средства.	Протокол № заседания кафедры акушерства и гинекологии от

Зав. кафедрой акушерства и гинекологии  
с курсом акушерства и гинекологии ФДПО,  
интернатуры и ординатуры, доцент

И.И. Стольникова

Зав. кафедрой фармакологии и  
клинической фармакологии,  
профессор

С.Б. Марасанов



**Фонды оценочных средств****для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)****для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины**

ПК-6. Способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра.

**1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):**

**- Задания в тестовой форме:**

1. ЧТО ОТРИЦАЕТ СТАДИЮ «АБОРТ В ХОДУ»?
  - а) схваткообразные боли внизу живота;
  - б) кровянистые выделения из половых путей;
  - в) укорочение, размягчение шейки матки;
  - г) плотная шейка матки, зев закрыт;
  - д) наличие элементов плодного яйца в цервикальном канале.
2. ДЛЯ УГРОЖАЮЩЕГО ТИПИЧНОГО (МЕХАНИЧЕСКОГО) РАЗРЫВА МАТКИ ХАРАКТЕРНО, КРОМЕ:
  - а) бурные, чрезмерно болезненные схватки;
  - б) перерастяжение нижнего сегмента матки;
  - в) смещение матки от средней линии живота и притупление над параметриями;
  - г) отёк шейки матки, влагиалища;
  - д) положительные признаки Вастена и Цангемейстера
3. ПРИ НАРУЖНОМ АКУШЕРСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ В СЛУЧАЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ:
  - а) высокое стояние предлежащей части плода;
  - б) гипертонус матки;
  - в) повышенная возбудимость матки;
  - г) поперечные и косые положения плода;
  - д) гибель плода с появлением кровянистых выделений из влагиалища.
4. К ОТДАЛЕННЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ИСКУССТВЕННОГО АБОРТА НЕ ОТНОСИТСЯ:
  - а) нарушение менструальной функции;
  - б) вторичное бесплодие;
  - в) остатки плодного яйца;
  - г) невынашивание последующих беременностей;
  - д) кровотечения при последующих беременностях и родах.
5. ДЛЯ ПУЗЫРНОГО ЗАНОСА ХАРАКТЕРНЫ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:
  - а) кровотечение из матки;
  - б) наличие раннего и позднего гестоза;
  - в) высокий уровень хорионического гонадотропина;
  - г) наличие увеличенных яичников;
  - д) отставание величины матки от срока беременности.

6. ПРЕЭКЛАМПСИЯ МОЖЕТ ВЫЗВАТ ВСЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, КРОМЕ:
- а) отслойку клетчатки;
  - б) преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты;
  - в) острую почечную недостаточность;
  - г) язвенную болезнь;
  - д) синдром задержки роста внутриутробного плода.
7. РАЗВИТИЮ ДВС-СИНДРОМА В АКУШЕРСТВЕ СПОСОБСТВУЮТ:
- а) длительное нахождение в полости матки мертвого плода;
  - б) токсико-инфекционный шок;
  - в) эмболия околоплодными водами;
  - г) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
  - д) все выше перечисленное.
8. ПРОГНОЗ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:
- а) повышением уровня непрямого билирубина;
  - б) повышением уровня прямого билирубина;
  - в) этиологией гемолитической болезни;
  - г) степенью зрелости ребенка;
  - д) всем выше перечисленным.
9. ПРИ ИЗМЕРЕНИИ РОМБА МИХАЭЛИСА ПОЛУЧЕНО: ВЕРТИКАЛЬНЫХ РАЗМЕР – 12 СМ, ГОРИЗОНТАЛЬНЫЙ – 9 СМ. ДЛЯ КАКОЙ ФОРМЫ ТАЗА ЭТО ХАРАКТЕРНО?
- а) общеравномерносуженного;
  - б) плоского;
  - в) воронкообразного;
  - г) поперечно-суженного;
  - д) кососуженного.
10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЭКЛАМПСИЯ РАЗВИВАЕТСЯ:
- а) во время родов;
  - б) во время беременности;
  - в) в послеродовом периоде;
  - г) все ответы правильные;
  - д) правильного ответа нет.
11. ВАРИАНТ ТАЗОВОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ДИАГНОСТИРУЮТ:
- а) во втором триместре беременности
  - б) в третьем триместре беременности
  - в) при доношенной беременности
  - г) при влагалищном исследовании в родах
12. ПРИЗНАКИ ЗАПУЩЕННОГО ПОПЕРЕЧНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА НЕ ВКЛЮЧАЮТ:
- а) подвижность плода
  - б) перерастяжение нижнего сегмента
  - в) отсутствие плодного пузыря
  - г) выпадение ручки плода
  - д) симптомы внутриутробной гипоксии плода
13. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА ВКЛЮЧАЕТ:
- а) симптомы интоксикации
  - б) субинволюцию матки
  - в) мягкую консистенцию и болезненность матки при пальпации
  - г) характер лохий, не соответствующий дню послеродового периода
  - д) все перечисленное

14. ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ БЕРЕМЕННОЙ С ПОРОКОМ СЕРДЦА:
- а) диагностика формы порока
  - б) выявление признаков нарушения кровообращения во время беременности
  - в) диагностика ревматизма и степени его активности
  - г) выявление сопутствующих осложнений
  - д) все указанное в п. “а”–”г”
15. ШКАЛА АПГАР НЕ ВКЛЮЧАЕТ ОЦЕНКУ:
- а) массы и длины тела новорожденного
  - б) цвета кожных покровов
  - в) состояния нервных рефлексов
  - г) частоты сердцебиения и дыхания новорожденного
  - д) мышечного тонуса
16. К КЛИНИЧЕСКИМ ФОРМАМ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:
- а) обменно-эндокринная;
  - б) отечная;
  - в) кризовая;
  - г) цефалгическая;
  - д) нервно-психическая.
17. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ МИОМЫ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ:
- а) нарушение функции соседних органов;
  - б) боли;
  - в) бесплодие;
  - г) нарушение менструальной функции;
  - д) бели.
18. СОЛЬТЕРЯЮЩАЯ ФОРМА АДРЕНОГЕНИТАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРОЯВЛЯЕТСЯ:
- а) судорогами;
  - б) гипотонией;
  - в) миокардиопатией;
  - г) слабостью;
  - д) всем выше перечисленным.
19. ИЗ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ДЕВОЧЕК НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ БЫВАЕТ:
- а) сальпингоофорит;
  - б) эндометрит;
  - в) вульвовагинит;
  - г) параметрит;
  - д) бартолинит.
20. ПОВЫШЕННАЯ ЧАСТОТА ВУЛЬВОВАГИНИТОВ У ДЕВОЧЕК ОБЪЯСНЯЕТСЯ:
- а) недостаточным содержанием эстрогенов;
  - б) особенностями строения половых органов;
  - в) большой частотой эксудативного диатеза;
  - г) глистной инвазией;
  - д) всем выше перечисленным.
21. ДЛЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА ХАРАКТЕРНО:
- а) жидкие серые бели, аммиачный запах их при добавлении КОН и нагревании;
  - б) наличие большого количества условно патогенных возбудителей;
  - в) рН влагалищной среды > 4,5;
  - г) рН влагалищной среды < 4,5;

- д) наличие «ключевых» клеток.
22. К СВЕЖЕЙ ГОНОРЕЕ ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:
- а) острая;
  - б) подострая;
  - в) латентная;
  - г) торпидная.
23. ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ТУБЕРКУЛЕЗА ГЕНИТАЛИЙ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:
- а) «пальцевидная матка»;
  - б) феномен «курильной трубки»;
  - в) «симптом бабочки»;
  - г) «симптом цветка омелы»;
  - д) наличие дефектов наполнения при расширенной полости матки.
24. ДЛЯ АНОВУЛЯТОРНЫХ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:
- а) наличие монофазной базальной температуры;
  - б) низкие показатели КПИ на протяжении всего цикла;
  - в) высокие показатели КПИ во II фазе цикла;
  - г) задержка менструации от 2 до 6 недель;
  - д) предовуляторный пик ФСГ и ЛГ.
25. СИНДРОМ ШИЕНА ОТНОСИТСЯ К НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ ФОРМАМ АМЕНОРЕИ:
- а) гипергонадотропной;
  - б) нормогонадотропной;
  - в) гипогонадотропной;
  - г) первичной маточной;
  - д) всем из перечисленных.
26. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ «МАЛОЙ» ДЕКСАМЕТАЗОНОВОЙ ПРОБЫ ЭКСКРЕЦИЯ ЭКСКРЕЦИЯ 17-КС УМЕНЬШИЛАСЬ ВДВОЕ, ЧТО ПОДТВЕРЖДАЕТ:
- а) наличие гормонопродуцирующей опухоли яичника;
  - б) наличие гормонопродуцирующей опухоли надпочечников;
  - в) наличие адреногенитального синдрома;
  - г) наличие пролактиномы гипофиза;
  - д) болезнь поликистозных яичников.
27. К ФОНОВЫМ ПО РАЗВИТИЮ РАКА СОСТОЯНИЯМ ШЕЙКИ МАТКИ НЕ ОТНОСИТСЯ:
- а) псевдоэрозия шейки матки;
  - б) полип цервикального канала;
  - в) дисплазия шейки матки;
  - г) эндоцервикальный эндометриоз;
  - д) истинная эрозия шейки матки.
28. ДЛЯ КЛИНИКИ СИНДРОМА ШТЕЙНА-ЛЕВЕНТАЛЯ НЕ ХАРАКТЕРНО:
- а) нарушение менструальной функции по типу гипоменструального синдрома;
  - б) снижение массы тела;
  - в) бесплодие;
  - г) выраженный гирсутизм;
  - д) уменьшение молочных желез.
29. ПРИ КОЛЬПОСКОПИИ ОБСЛЕДУЮТ:
- а) внутреннюю поверхность матки;
  - б) состояние маточных труб;

- в) микрофлору влагалища;
  - г) эпителий, сосуды шейки матки и влагалища;
  - д) кариопикнотический индекс.
30. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРИЧИН АМЕНОРЕИ – ГАЛАКТАРЕИ ПРИМЕНЯЮТ:
- а) рентгенологическое исследование черепа;
  - б) исследование цветных полей зрения;
  - в) определение пролактина;
  - г) исследование глазного дна;
  - д) все выше перечисленное.

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:**

1 - г, 2 - в, 3 - б, 4 - в, 5 - д, 6 - г, 7 - д, 8 - а, 9 - г, 10 - а, 11 - г, 12 - а, 13 - д, 14 - д, 15 - а, 16 - а, 17 - г, 18 - д, 19 - в, 20 - д, 21 - г, 22 - в, 23 - д, 24 - д, 25 - в, 26 - в, 27 - в, 28 - б, 29 - г, 30 - д.

**- Контрольные вопросы:**

1. Тазовое предлежание плода. Классификация. Методы диагностики.
2. Многоплодная беременность. Методы диагностики многоплодной беременности, особенности течения беременности и родов.
3. Разгибательные головные предлежания. Причины разгибательных предлежаний, биомеханизм родов при разгибании предлежащей головки. Методы диагностики разгибательных предлежаний при беременности, особенности течения родов.
4. Иммунологическая несовместимость матери и плода. Изосенсибилизация по группам крови и резус - фактору. Причины иммунологической несовместимости, методы диагностики.
5. Сердечно-сосудистые заболевания и беременность. Особенности течения беременности, родов, послеродового периода и возможные осложнения при беременности, в родах, послеродовом периоде для матери и плода.
6. Анемия и беременность. Особенности течения беременности, родов, послеродового периода и возможные осложнения при беременности, в родах, послеродовом периоде для матери и плода.
7. Сахарный диабет у беременных. Диабетическая фетопатия. Особенности течения беременности, родов, послеродового периода и возможные осложнения при беременности, в родах, послеродовом периоде для матери и плода.
8. Самопроизвольный аборт, причины. Классификация, стадии течения самопроизвольного аборта.
9. Преждевременные роды, этиологические факторы. Современная классификация в зависимости от гестационного срока. Прогностические критерии самопроизвольных преждевременных родов и преждевременного разрыва плодных оболочек при недоношенной беременности.

10. Респираторный дистресс-синдром новорожденного, причины. Этапы синтеза сурфактанта.
11. Перенашивание беременности. Признаки «зрелости» шейки матки и современные методы диагностики готовности к родам.
12. Ранние токсикозы беременных (ранняя рвота беременных). Классификация ранних гестозов (ранней рвоты беременных), клиника, методика обследования.
13. Преэклампсия (гестоз). Современная классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика артериальной гипертензии у беременных.
14. Аномалии родовой деятельности. Формы аномалий родовой деятельности, осложнения для матери и плода. Партограмма, методы и критерии диагностики аномалий родовой деятельности.
15. Внутриутробная гипоксия плода и асфиксия новорожденных. Оценка состояния внутриутробного плода (аускультация, УЗИ, доплерометрия, КТГ). Методы диагностики, гипоксических состояний внутриутробного плода. Состояние новорожденного по шкале Апгар.
16. Неправильное положение плода. Диагностика неправильных положений плода. Особенности течения родов при неправильных положениях плода, возможные осложнения для матери и плода.
17. Понятие об анатомически узком тазе, клинически или функционально узком тазе, современная классификация, осложнения для матери и плода. Методы диагностики функционально узкого таза.
18. Виды кесарева сечения, их применение в современном акушерстве.
19. Формы родового травматизма матери. Клиника, диагностика родового травматизма матери. Разрыв матки.
20. Родовой травматизм плода. Классификация, клиника и диагностика различных форм родовых травм новорожденного.
21. Кровотечения во время беременности в I и II периодах родов. Причины кровотечений во время беременности и в родах, классификация форм в зависимости от гестационного срока и связи с беременностью.
22. Предлежание плаценты. Классификация форм, причины возникновения, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика во время беременности и в родах.
23. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Предрасполагающие факторы, классификация, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика во время беременности и в родах.

24. Пузырный занос. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, прогноз в зависимости от формы заболевания.
25. Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде. Классификация, клиника и дифференциальная диагностика кровотечений в последовом и раннем последовом периодах.
26. Геморрагический шок. Принципы оценки тяжести кровопотери в последовом и раннем послеродовом периоде. Патологические изменения в организме родильницы соответствующие декомпенсированной обратимой и необратимой стадии геморрагического шока.
27. ДВС-синдром. Клиническая и патофизиологическая классификации. Принципы и критерии диагностики расстройств гемостаза во время беременности, в родах и послеродовом периоде.
28. Послеродовые гнойно-септические заболевания. Особенности этиологии и патогенеза гнойно-септических заболеваний у родильниц. Классификация, клиника, методы диагностики различных форм гнойно-септических заболеваний послеродовых заболеваний.
29. Гнойно-септические заболевания новорожденных. Классификация гнойно-септических заболеваний в периоде новорожденности, клиника, методы прогнозирования.
30. Классификация симптомов гинекологических заболеваний. Причины, патофизиология их возникновения. Современные методы исследования в гинекологии.
31. Неспецифические воспалительные заболеваний женских половых органов. Этиология, патогенез, клиника, диагностика неспецифических воспалительных заболеваний гениталий.
32. Специфические воспалительные заболеваний женских половых органов. Этиология, патогенез, клиника, диагностика специфических воспалительных заболеваний гениталий. Рентгенологические критерии туберкулеза внутренних половых органов.
33. Нарушения менструальной функции. Классификации, этиология, патогенез, клинические проявления. Дифференциальная диагностика различных форм. Диспансерное наблюдение в зависимости от формы и заболевания и возраста пациентки.
34. "Острый живот" в гинекологии. Заболевания женских половых органов, вызывающих состояние «острого живота». Анализ общих симптомов, наблюдающихся при синдроме «острого живота». Клиника и дифференциальная диагностика.
35. Внематочная беременность. Причины, классификация, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика различных форм заболевания.

36. Апоплексия яичника. Факторы риска, классификация, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика.
37. Бесплодный брак. Причины бесплодия в семье – мужского и женского. Алгоритм обследования семейной пары при бесплодии.
38. Доброкачественные опухоли матки. Миома матки. Классификация миомы матки. Клиника, план обследования при миоме матки.
39. Эндометриоз. Классификация эндометриоза, теории возникновения. Клиника, план обследования при эндометриозе.
40. Доброкачественные опухоли яичников. Современные классификации, методы диагностики и прогнозирования, клинические проявления. Принципы диспансерного наблюдения при доброкачественных опухолях яичников.
41. Аномалии положения и развития женских половых органов. Классификация различных форм аномалий положения и развития женских половых органов, этиология, клиника, методы диагностики.
42. Предраковые заболевания, фоновые состояния шейки матки, влагалища. Принципы классификации. Кольпоскопическая картина. Принципы диспансерного наблюдения.
43. Рак шейки матки. Классификация стадий заболевания, клиника (ранние и поздние симптомы заболевания), принципы диагностики.
44. Рак эндометрия. Факторы риска. Стадии заболевания (классификация), клиника, принципы диагностики.
45. Трофобластическая болезнь. Классификация форм заболевания, клиника, принципы диагностики.

**2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):**

**Перечень практических навыков, входящих в данную компетенцию**

1. Приемы наружного акушерского обследования.
2. Влагалищное исследование беременной, роженицы.
3. Демонстрация биомеханизма родов при переднем и заднем виде затылочного предлежания.
4. Демонстрация биомеханизма родов при ягодичном предлежании.
5. Осмотр последа.
6. Осмотр родовых путей в раннем послеродовом периоде
7. Определение срока беременности.



8. Диагностика 30-и недельной беременности.
9. Ведение медицинской документации беременных, рожениц и родильниц.
10. Оценка данных УЗИ и кардиотохографии (КТГ) плода
11. Осмотр гинекологических больных.
12. Влагалищное одноручное исследование, влагалищно-брюшностеночное исследование.
13. Осмотр стенок влагалища, влагалищной части шейки матки в зеркалах.
14. Зондирование полости матки.
15. Взятие мазков на гонококки, степень чистоты, атипические клетки и кольпоцитологическое исследование.
16. Оценка данных метросальпингографии.
17. Оценка данных УЗИ органов малого таза.
18. Оценка тестов функциональной диагностики.
19. Оформление медицинской документации.

**ЗАДАНИЕ 1. ПРОДЕМОНСТРИРУЙТЕ И ПОЯСНИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ  
ОСМОТРА ШЕЙКИ МАТКИ В ЗЕРКАЛАХ И ВЛАГАЛИЩНОГО  
БРЮШНОСТЕНОЧНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

**ЭТАЛОН ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ:**

1. Использовать створчатые зеркала. Перед введением зеркала во влагалище развести малые половые губы I и II пальцами левой руки.
2. Створчатое зеркало ввести сомкнутым до сводов влагалища, а затем раскрыть его, обнажая шейку матки.
3. Перед влагалищным брюшностеночным исследованием развести малые половые губы I и II пальцами левой руки.
4. Во влагалище ввести II и III пальцы правой руки, завести их в задний свод, а левой рукой пальпировать брюшную стенку.
5. Пальпировать шейку матки. Перемещая пальцы в боковые своды влагалища, пальпировать придатки матки. Исследовать состояние сводов влагалища.

**ЗАДАНИЕ 2. ПРОДЕМОНСТРИРУЙТЕ И ПОЯСНИТЕ БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ  
ЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ**

**ЭТАЛОН ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ:**

1. Первый момент - внутренний поворот ягодиц.
2. Второй момент - боковое сгибание поясничной части позвоночника плода.

3. Третий момент - внутренний поворот плечиков и связанный с этим наружный поворот туловища.
4. Четвёртый момент - боковое сгибание шейногрудной части позвоночника.
5. Пятый момент - внутренний поворот головки.
6. Шестой момент - сгибание головки и её прорезывание: над промежностью последовательно выкатываются подбородок, рот, нос, лоб и темя плода.

**ЗАДАНИЕ 3. ПРОВЕДИТЕ И ПОЯСНИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ОСМОТРА  
РОДОВЫХ ПУТЕЙ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ**

**ЭТАЛОН ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ:**

1. Обработка наружных половых органов антисептическим раствором, осмотр состояния промежности и вульварного кольца.
2. Использовать ложкообразное зеркало и подъемник. Перед введением зеркала во влагалище развести малые половые губы I и II пальцами левой руки.
3. Зеркало и подъемник ввести до сводов влагалища, обнажить шейку матки.
4. Последовательный осмотр шейки с использованием окончатых зажимов.
5. Осмотр стен влагалища и выведение зеркал.

**3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):**

**ЗАДАЧА №1**

П., 35 лет, поступила в роддом через 13 часов от начала родовой деятельности. Бесплодие в течение 12 лет. Беременность 1-ая, доношенная, протекала без осложнений. Рост 158 см, вес 88 кг. Размеры таза: 25-28-30-18 см. Окружность живота (ОЖ) 110 см, высота стояния матки (ВДМ - 40 см). Схватки через 5-7 мин, по 25-30 сек. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 126 уд в 1 мин.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки сглажена, открытие маточного зева - 4 см, края тонкие, умеренно податливые. Плодный пузырь цел, умеренно наливается во время схватки. Предлежащая головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок слева. Костный таз не деформирован.

## ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

1. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза.
2. Диагноз и его обоснование
3. Факторы риска аномалий родовой деятельности.
4. Классификация аномалий родовой деятельности.
5. Дифференциальный диагноз.
6. Перечислите фазы партограммы, укажите скорость раскрытия шейки матки в каждую из них у первородящих женщин.

## ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:

1. Токография, ведение партограммы.
2. I-ый период первых самопроизвольных родов в затылочном предлежании. Первые роды в 35 лет. Первичная слабость родовой деятельности. Простой плоский таз I степени сужения. Крупный плод. Ожирение II степени.
3. Осложненный акушерско-гинекологический анамнез, патологическое течение беременности, аномалии костного таза, экстрагенитальные заболевания.
4. Отечественная классификация, классификация по Фридману, по Международной классификации заболеваний 10 пересмотра.
5. Дифференциальный диагноз основан на оценке факторов риска аномалий родовой деятельности, клинической картине течения родов, данных токографии и результатов партограммы, оценке состояния плода.
6. Латентная фаза (0 – 4 см) (скорость примерно 0,5 см/ч), фаза ускорения (4 – 8 см) (2 см/ч), фаза замедления (8 – 10 см) (1 см/ч).

## ЗАДАЧА №2

Беременная 18 лет, поступила в родовой блок в связи с началом родовой деятельности при беременности 37 недель, осложненной гипертензией вызванной беременностью без значительной протеинурии.

АД до 160/90 мм.рт.ст., в анализе мочи протеинурия 0,099 г/л (1,0 г в сутки). Состояние при переводе в родовой блок оценено как удовлетворительное. АД - 140/90 мм.рт.ст. Пульс 80 уд. в 1 мин. Схватки по 30 сек через 3-4 мин, средней интенсивности.

1-й период продолжался 4 часа. В связи с резким ухудшением состояния плода второй период родов укорочен эпизиотомией и операцией наложения выходных акушерских щипцов под наркозом. Проведено ручное отделение плаценты и выделение последа, контрольное обследование полости матки. Вместе с последом выделилось около 300 мл крови с рыхлыми сгустками. Матка цела, сократилась. После ушивания промежности, через 20

мин. после родов, родильница пожаловалась на чувство давления на прямую кишку и область промежности. При осмотре по левой стенке влагалища определяется тугоэластичное пульсирующее образование. Кровотечение из половых путей без сгустков, жидкая.

#### **ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:**

1. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза.
2. Диагноз и его обоснование
3. Этиология и патогенез данных осложнений. Факторы риска.
4. Классификация причин кровотечения в раннем послеродовом периоде.
5. Дифференциальный диагноз.
6. Опишите компоненты маточного послеродового гемостаза.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:**

1. Коагулограмма, тромбоэластограмма, экспресс-тест в пробирке.
2. Ранний послеродовый период. Раннее послеродовое кровотечение. Гематома стенки влагалища. ДВС-синдром, стадия гипокоагуляции.
3. Истощение прокоагуляционного потенциала крови. Относительное преобладание антикоагулянтов. Неконтролируемый системный тромболизис. Факторы риска: преэклампсия и ее осложнения, аномалии прикрепления плаценты, внутриутробные инфекции, заболевания сердечно-сосудистой системы, печени, почек, крови, эндокринопатии.
4. Гипотония и атония матки, травмы мягких родовых путей, дефект последа, нарушения системы гемостаза (врожденные, ДВС-синдром).
5. Дифференциальный диагноз проводится на основании клинической картины кровотечения, состояния матки, осмотра последа и мягких родовых путей, коагулологического исследования.
6. Маточный компонент, сосудистый и коагуляционный (внешний и внутренний путь).

#### **ЗАДАЧА №3**

Больная З. 35 лет. Жалобы на нерегулярные, с задержками до 14 дней, обильные менструации. Наследственность здоровая. Соматический анамнез отягощен детскими простудными инфекциями. Менструации с 12 лет, установились сразу, по 4-5 дней через 28 дней, регулярные, умеренные, болезненные. С 20 лет менструации нарушились по типу опсоменореи, прибавила в весе 10 кг за год, появился умеренный гирсутизм. После лечения были 1 срочные нормальные роды, масса плода - 3500,0, девочке 10 лет, здорова.

При объективном исследовании: рост -165 см, вес – 82 кг. Морфотип – женский. Молочные железы – галактореи нет. Имеется ожирение. Окружность талии – 109 см, окружность бедер – 102 см. повышено оволосение в области бедер и на животе.

Данные гинекологического исследования: наружные гениталии развиты по женскому типу, клитор не увеличен. Влагалище рожавшей. Шейка матки не эрозирована. Матка нормальных размеров, в антефлексии, подвижная. Придатки пальпируются, яичники больше нормы, шаровидные, плотные. Выделения светлые.

Малая дексаметазоновая проба: исходное содержание тестостерона в крови – 2.5 нмоль/л, после пробы – 2.2 нмоль/л. Сахар крови – 4.4 ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы – 9.6 ммоль/л.

УЗИ органов малого таза: Матка 60 x 54 x 47 мм. Эндометрий на 28 день цикла – 15 мм. Яичники: правый – 37 x 35 x 28 мм с множественными фолликулами диаметром от 6 до 14 мм; левый 38 x 32 x 28 мм с множественными фолликулами по периферии яичника диаметром от 10 до 16 мм.

При выскабливании слизистой полости матки определена железистая гиперплазия эндометрия.

#### **ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:**

1. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
2. Сформулируйте диагноз, дайте его обоснование на основании клинических и дополнительных исследований.
3. Какие факторы способствуют развитию поликистоза яичников у женщин фертильного возраста? Объясните патогенез гиперандрогении у женщин с СПКЯ.
4. Какие клинические формы поликистоза яичников Вам известны?
5. Проведите дифференциальную диагностику с гиперандрогенией надпочечникового происхождения и гормонпродуцирующей опухолью яичника.
6. Опишите отличительные особенности абдоминального и глутеофemorального ожирения у женщин и их прогностическое значение в патологии женского организма.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:**

1. Малая дексаметазоновая проба дала отрицательный результат, что исключает гиперандрогению надпочечникового генеза, для уточнения яичниковой гиперандрогении необходима проба с оральными комбинированными контрацептивами. Проба с нагрузкой глюкозой свидетельствует в пользу инсулинорезистентности, о чем косвенно можно думать и по соотношению окружности талии и бедер = 109\102

- >1.0 (норма для женщин до 0.85). Данные УЗИ характерны для синдрома поликистоза яичников и гиперплазии эндометрия.
2. СПКЯ в сочетании с ожирением, инсулинорезистентностью, гиперплазией эндометрия.
  3. Поликистоз яичников формируется при соответствующей генетической неполноценности ферментных систем синтеза эстрогенов, при неправильном (не соответствующим дням цикла) выбросе лютеинизирующего гормона, при наличии инсулинорезистентности и гиперинсулинизма. Гиперандрогения возникает при неспособности яичников к оптимальному синтезу эстрогенов из тестостерона, вследствие гиперстимуляции тека-лютеиновых клеток оболочки фолликулов, формирующихся во множественном числе при ановуляторных циклах.
  4. Первичные (яичниковые), вторичные (гипоталамические, надпочечниковые) формы поликистоза яичников, а также формы СПКЯ с ожирением и без ожирения. В последнее время СПКЯ дифференцируют относительно инсулинорезистентности, которая рассматривается как патологический фактор, формирующий в т.ч. и СПКЯ.
  5. Гиперандрогения надпочечникового происхождения чаще всего связана с наличием адреногенитального синдрома. Для нее характерно: повышение в крови 17-ОН прогестерона, в моче – 17КС, положительная дексаметазоновая проба (снижение 17КС на 50% от исходного), положительная проба с АКТГ (увеличение 17-ОН прогестерона относительно кортизона).
  6. Особенностью висцерального ожирения является отложение жира в брюшной полости, наличие большого количества симпатических рецепторов в нем, участие в обмене стероидных гормонов этой жировой ткани, а также повышенный риск сахарного диабета II типа, атеросклероза, ИБС и онкологии у женщин.

## Фонды оценочных средств

для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)

для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

ПК-8. Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

**1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):**

**- Задания в тестовой форме:**

1. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА ПРОТИВОПОКАЗАНО:

- а) применение вакуум-экстрактора
- б) применение утеротоников
- в) наложение акушерских щипцов
- г) кесарево сечение на мертвом плоде
- д) все перечисленное

2. ПРИ ДИСКООДИНИРОВАННОЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НЕ ПОКАЗАНО:

- а) введение утеротоников
- б) применение бета-адреномиметических препаратов
- в) медикаментозный сон в родах
- г) кесарево сечение

3. ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НЕ ВКЛЮЧАЕТ:

- а) внутривенное введение утеротоников
- б) применение бета-адреномиметиков
- в) создание гормонально-энергетического фона
- г) медикаментозный сон-отдых в родах

4. СТИМУЛЯЦИЯ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ:

- а) несоответствии размеров таза размерам головки плода
- б) наличии рубца на матке
- в) неполном предлежании плаценты
- г) подозрении на преждевременную отслойку плаценты
- д) всех перечисленных условиях

5. КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ ПРИ ПОЛНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ ПОКАЗАНО ПРИ:

- а) любом сроке беременности и обильном кровотечении
- б) отсутствии кровотечения и сроке беременности 35–36 нед
- в) отсутствии кровотечения и сроке беременности 25–26 нед
- г) небольшом кровотечении и сроке беременности 30 нед

6. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ МАТКИ КЮВЕЛЕРА НА ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ НЕОБХОДИМО:

- а) продолжать вводить утеротоники
- б) провести выскабливание полости матки кюреткой
- в) перевязать сосуды матки по методу Цицишвили
- г) выполнить операцию удаления матки и возместить кровопотерю

7. ОСНОВНОЙ МЕТОД ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕДОВОМ ПЕРИОДЕ:

- а) введение утеротоников

- б) инфузионно-трансфузионная терапия
- в) выскабливание полости матки
- г) ручное обследование полости матки

д) ручное отделение плаценты и выделение последа

8. ПРИОТСУТСТВИИ ПРИЗНАКОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ В ТЕЧЕНИЕ 30 МИН ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ПЛОДА НЕОБХОДИМО:

- а) продолжить наблюдение за признаками отделения плаценты
- б) выполнить операцию ручного отделения плаценты и выделения последа
- в) выделить послед с помощью наружных приемов
- г) приступить к операции удаления матки

9. ПОКАЗАНИЕМ К РУЧНОМУ ОБСЛЕДОВАНИЮ ПОЛОСТИ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) патологическая кровопотеря
- б) наличие рубца на матке
- в) задержка частей плаценты
- г) подозрение на разрыв матки
- д) все перечисленное в п. "а"–"г"

10. ТЕРАПИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ШОКА ВКЛЮЧАЕТ:

- а) остановку кровотечения
- б) инфузионно-трансфузионную терапию
- в) профилактику ДВС-синдрома
- г) профилактику почечной недостаточности
- д) все перечисленное

11. ОСНОВНОЙ МЕТОД ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ:

- а) введение утеротоников
- б) гемотрансфузия
- в) выскабливание полости матки
- г) ручное обследование полости матки
- д) введение тампона с эфиром в задний свод влагалища

12. ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАННИХ ТОКСИКОЗОВ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ:

- а) седативные препараты
- б) инфузионную терапию
- в) физиотерапию
- г) противорвотные препараты
- д) диуретики

13. ПОКАЗАНИЕМ К ДОСРОЧНОМУ РОДОРАЗРЕШЕНИЮ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) длительное течение и неэффективность лечения
- б) тяжелая преэклампсия
- в) повышение показателей АЛТ и АСТ
- г) уменьшение количества тромбоцитов
- д) все перечисленное в п. "а"–"г"

14. ОБЪЕМ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАЗРЫВЕ МАТКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

- а) состоянием роженицы
- б) степенью повреждения матки при ее разрыве
- в) состоянием плода
- г) отягощенностью акушерского анамнеза
- д) всеми перечисленными факторами

15. ДЛЯ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВО 2-ОМ ТРИМЕСТРЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЮТ:

- а) малое кесарево сечение;



- б) заоболочечное введение растворов простагландинов;
- в) интраамниальное введение гипертонического раствора;
- г) расширение цервикального канала и вскрытие плодного пузыря;
- д) интраамниальное введение растворов простагландинов.

16. ВМС МОЖЕТ БЫТЬ ВВЕДЕНА:

- а) сразу после окончания менструации;
- б) сразу после искусственного аборта;
- в) после родов на 5-7 день;
- г) после родов через 2 месяца;
- д) все ответы правильные.

17. КЛАССИЧЕСКОЕ РУЧНОЕ ПОСОБИЕ ПРИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ НАЧИНАЮТ ОКАЗЫВАТЬ С МОМЕНТА:

- а) врезывания ягодиц;
- б) рождения плода до пупочного кольца;
- в) рождения плечевого пояса;
- г) прорезывания ягодиц;
- д) рождения до нижнего угла лопаток.

18. ПРИ УГРОЖАЮЩИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ НЕОБХОДИМЫ СЛЕДУЮЩИЕ МЕРОПРИЯТИЯ, КРОМЕ:

- а) госпитализация, постельный режим;
- б) назначение седативной терапии;
- в) спазмолитики, препараты кальция;
- г) токолитические средства;
- д) назначение глюкокортикоидов.

19. ПОД ВЛИЯНИЕМ ЭСТРОГЕНОВ В ФУНКЦИОНАЛЬНОМ СЛОЕ ЭНДОМЕТРИЯ ПРОИСХОДИТ:

- а) васкуляризация;
- б) увеличение митозов;
- в) пролиферация;
- г) секреторные изменения;
- д) усиление синтеза простагландинов.

20. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ОТНОСИТСЯ К СРЕДСТВАМ ТОКОЛИТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ?

- а) сернокислая магнезия;
- б) промедол;
- в) индометацин;
- г) партусистен, гинипрал;
- д) этиловый спирт.

21. НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА В АКУШЕРСТВЕ НЕ ВКЛЮЧАЕТ:

- а) инфузионную терапию;
- б) введение больших доз глюкокортикоидов и антибактериальных препаратов;
- в) выскабливание матки;
- г) методы гемодиализа, гемособции;
- д) оперативное удаление матки.

22. К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ НЕ ОТНОСИТСЯ:

- а) большой размер матки (более 12 недель);
- б) быстрый рост (+ 4 и более недели за год);
- в) наличие небольшого субсерозного узла миомы в сочетании с аденомиозом;
- г) подслизистый узел миомы;
- д) сочетание миомы с опухолью яичника.

23. ПРИ ЭКСТИРПАЦИИ МАТКИ С ПРИДАТКАМИ НЕ ПЕРЕСЕКАЮТСЯ:

- а) воронко-тазовые связки
- б) круглые связки
- в) крестцово-маточные связки
- г) кардинальные связки
- д) маточные концы труб

24. ОПЕРАЦИЯ ЭКСТИРПАЦИИ МАТКИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ НАДВЛАГАЛИЩНОЙ АМПУТАЦИИ:

- а) удалением шейки матки
- б) удалением параметральной клетчатки
- в) удалением подвздошных лимфатических узлов
- г) удалением верхней трети влагалища и всего лимфатического коллектора, окружающего матку

25. В СОСТАВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ НОЖКИ ЯИЧНИКА НЕ ВХОДИТ:

- а) воронко-тазовая связка
- б) собственная связка яичника
- в) мезовариум
- г) труба
- д) круглая связка

26. ПРИ ВНУТРИЭПИТЕЛИАЛЬНОМ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ ПОСЛЕ 50 ЛЕТ ВЫПОЛНЯЕТСЯ:

- а) экстирпация матки с придатками
- б) экстирпация матки без придатков
- в) криодеструкция
- г) электрокоагуляция

27. ПЛАНОВАЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ:

- а) в дни менструации
- б) в первую неделю после прекращения менструации
- в) в дни ожидаемой менструации
- г) накануне менструации
- д) не имеет значения

28. ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ПАРАОВАРИАЛЬНОЙ КИСТЫ ПРОИЗВОДИТСЯ:

- а) вылушивание кисты
- б) удаление придатков на стороне поражения
- в) удаление яичника на стороне поражения
- г) резекция яичника на стороне поражения

29. ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ЭТО:

- а) кровотечения, связанные с органическими поражениями половых органов
- б) кровотечения, связанные с экстрагенитальными заболеваниями
- в) кровотечения, связанные с заболеваниями свертывающей системы крови
- г) кровотечения, связанные с нарушением циклических колебаний половых гормонов

30. ПЕРВИЧНАЯ АЛЬГОДИСМЕНОРЕЯ ОБУСЛОВЛЕНА:

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:

1 - д, 2 - а, 3 - б, 4 - д, 5 - а, 6 - г, 7 - д, 8 - б, 9 - д, 10 - д, 11 - г, 12 - д, 13 - д, 14 - д, 15 - д, 16 - д, 17 - д, 18 - в, 19 - в, 20 - б, 21 - в, 22 - в, 23 - д, 24 - а, 25 - д, 26 - а, 27 - б, 28 - а, 29 - г, 30 - г.

**- Контрольные вопросы:**

1. Пособия при тазовых предлежаниях: по Цовьянову I и II, ручное классическое пособие, выведение последующей головки плода, экстракция плода за тазовый конец. Показания к кесаревому сечению при тазовом предлежании, профилактика осложнений.
2. Многоплодная беременность. Тактика и сроки родоразрешения в зависимости от формы. Экспертиза временной нетрудоспособности при многоплодной беременности.
3. Принципы ведения родов и профилактика осложнений при разгибательных головных предлежаниях.
4. Ведение беременности, родов, послеродового периода и профилактика изосенсибилизации по группам крови и резус - фактору.
5. Сердечно-сосудистые заболевания и беременность. Методы лечения и профилактики. Противопоказания для сохранения беременности.
6. Принципы ведения беременности и методы родоразрешения у пациенток с сахарным диабетом.
7. Лечение анемии у беременных.
8. Заболевание почек у беременных – тактика антибактериальной терапии.
9. Самопроизвольный аборт. Лечение по стадиям, принципы профилактики.
10. Алгоритм ведения преждевременных родов. Принципы профилактики респираторного дистресс-синдрома новорожденного.
11. Подготовки беременных к родам при перенашивании, методы родовозбуждения, родоразрешения.
12. Принципы лечения, неотложная помощь и профилактика ранней рвоты беременных.
13. Алгоритм оказания неотложной помощи при преэклампсии и эклампсии во время беременности и в родах.
14. Алгоритмы ведения, принципы родоразрешения и обезболивания у пациенток с преэклампсией. Магнезиальная терапия.
15. Современные методы коррекции и профилактики аномалий родовой деятельности. Алгоритмы родоразрешения.
16. Показания, условия, противопоказания, техника наложения вакуум-экстрактора.
17. Методы лечения и профилактики гипоксических состояний внутриутробного плода. Особенности родоразрешения.
18. Алгоритм реанимации новорожденного.
19. Ведение родов при неправильных положениях плода. Способы исправления неправильного положения плода при беременности в родах.
20. Методы ведения родов и профилактики осложнений при функционально узком тазе.

21. Виды кесарева сечения, их применение в современном акушерстве. Техника операции, абсолютные и относительные показания, противопоказания, профилактика осложнений.
22. Лечение родового травматизма матери в зависимости от формы. Разрыв матки – тактика оперативного пособия.
23. Алгоритм ведения и родоразрешения при предлежании плаценты.
24. Алгоритм ведения и родоразрешения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.
25. Пузырный занос. Лечебная тактика, критерии излеченности.
26. Алгоритмы лечебных мероприятий при кровотечении в послеродовом периоде. Операция ручного отделения плаценты и выделения последа.
27. Кровотечение в раннем послеродовом периоде. Алгоритм неотложной помощи. Операция ручного контрольного обследования полости матки. Методы хирургического гемостаза.
28. Интенсивное наблюдение и терапия геморрагического шока и ДВС-синдрома в акушерстве.
29. Профилактика акушерских кровотечений.
30. Современные принципы лечения и профилактики гнойно-септических послеродовых заболеваний.
31. Инфекционно-токсический шок. Алгоритм неотложной помощи и интенсивного наблюдения.
32. Методы лечения и профилактики гнойно-септических заболеваний новорожденных.
33. Современные принципы и методы лечения, профилактики и реабилитации больных воспалительными процессами гениталий.
34. Принципы лечения различных форм нарушения менструальной функции с учетом возраста и гормональных нарушений.
35. "Острый живот". Неотложная помощь, принципы дальнейшего лечения, реабилитация, профилактика при апоплексии яичника.
36. Алгоритм лечебных мероприятий при внематочной беременности в зависимости от формы заболевания.
37. Нарушение питания объемных образований придатков матки. Принципы оперативного лечения.
38. Современные представления о вспомогательных репродуктивных технологиях.
39. Консервативные методы лечения при миоме матки и эндометриозе.

40. Показания к плановому и экстренному оперативному лечению при миоме матки и эндометриозе, объем операций.
41. Виды и объём хирургического вмешательства при доброкачественных опухолях яичников, реабилитация.
42. Методы лечения при аномалиях положения и развития женских половых органов.
43. Современные методы лечения и профилактики при фоновых состояниях и предраковых заболеваниях шейки матки, влагалища.
44. Основные этапы типичных гинекологических операций, подготовка к операции, ведение в послеоперационном периоде.
45. Рак шейки матки. Лечение в зависимости от стадии развития заболевания, профилактика, прогноз.
46. Алгоритм лечебных мероприятий при раке эндометрия, прогноз.
47. Трофобластическая болезнь. Тактика лечения в зависимости от формы заболевания, прогноз.

**2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):**

**Перечень практических навыков, входящих в данную компетенцию:**

1. Пособие по Цовьянову при ножном предлежании.
2. Пособие по Цовьянову при ягодичном предлежании.
3. Классическое ручное пособие при тазовых предлежаниях.
4. Экстракция плода за ножку.
5. Классический внутренний поворот плода на ножку при поперечном положении плода.
6. Ушивные разрывы и разрезы промежности, влагалища и шейки матки.
7. Перинеотомия и эпизиотомия.
8. Пудендальная и парацервикальная анестезия.
9. Ручное отделение плаценты и выделение последа.
10. Ручное контрольное обследование полости матки.
11. Амниотомия.
12. Реанимация новорожденного родившегося в асфиксии.
13. Снятие швов с промежности.
14. Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и слизистой стенок матки.

**ЗАДАНИЕ 1. ПРОДЕМОНСТРИРУЙТЕ И ПОЯСНИТЕ ХОД ОПЕРАЦИИ  
ЭКСТРАКЦИИ ПЛОДА ЗА НОЖКУ**

**ЭТАЛОН ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ:**

1. Извлечение плода до пупка и нижнего угла лопаток. Ножку захватывают всей рукой, в области выше коленного сустава, влечение за ножку по направлению оси родового канала. Плод захватывают - большие пальцы кладут сзади на ягодичцы, один палец - спереди в паховый сгиб и три на бедро – извлечение до нижнего угла лопаток.
2. Выведение плечевого пояса. Захват ножек плода в области голеностопных суставов и отведение их в сторону, противоположную спинке плода параллельно паховому сгибу. Низведение нижней ручки за локтевой сгиб. Поворот плода на  $180^{\circ}$ , захватив за грудную клетку, и освобождение второй ручки.
3. Выведение последующей головки. Туловище плода расположить на предплечье левой руки, II и III пальцы этой руки на верхней челюсти плода, для сгибания головки. II и IV пальцы правой руки расположить на плечиках плода, а III - на затылке, что помогает сгибанию головки. Тракции по направлению проводной оси таза, следуя за поворотом головки.

**ЗАДАНИЕ 2. ПРОДЕМОНСТРИРУЙТЕ И ПОЯСНИТЕ ХОД ОПЕРАЦИИ РУЧНОГО  
ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ И ВЫДЕЛЕНИЯ ПОСЛЕДА**

**ЭТАЛОН ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ:**

1. Сложить пальцы рук в «кисть акушера»
2. Развести левой рукой половые губы роженицы
3. Ввести правую руку во влагалище
4. Взять левой рукой пуповину и натянуть ее
5. По пуповине ввести правую руку в полость матки
6. Показать движения руки, которая отслаивает плаценту от стенки матки («пилящие» движения ребром ладони)
7. Показать положение руки, находящейся на передней брюшной стенке
8. Собрать отделившуюся плаценту в ладонь и за пуповину другой рукой удалить послед, оставив вторую руку в полости матки
9. Рукой, находящейся в полости матки, провести ревизию стенок матки
10. Руку, сложенную в «кисть акушера», вывести из матки

**ЗАДАНИЕ 3. ПРОДЕМОНСТРИРУЙТЕ И ПОЯСНИТЕ ВЫПОЛНЕНИЕ ПОСОБИЯ ПО  
ЦОВЬЯНОВУ ПРИ НОЖНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ**

**ЭТАЛОН ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ:**

1. Произвести влагалищное исследование с целью выявления готовности тканей родового канала к родоразрешению, уточнения вида тазового предлежания и убеждения в отсутствии выпадения петли пуповины
2. Отметить, что до появления пяток плода роды должны вестись выжидательно
3. Принять положение лицом к роженице, справа от нее, прикрывать вульварное кольцо роженицы стерильной пеленкой
4. Отметить, что периодическое, во время схваток, противодействие ножке плода акушер оказывает до тех пор, пока плод не «сядет на корточки»
5. Указать признаки нахождения на тазовом дне роженицы тазового конца плода и его ножек (растяжение промежности и зияние ануса)
6. Ввести подкожно роженице раствор Атропина 0,1% - 1,0 мл
7. Отметить положение рук акушера и направление тазового конца плода в зависимости от уровня появления частей его тела из вульварного кольца

**3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):**

### **ЗАДАЧА №1**

Больная М., 38 лет, обратилась в жен. консультацию с жалобами на слабость, головокружение, одышку и сердцебиение при малейшей физической нагрузке, тянущие боли внизу живота, снижение трудоспособности, незначительные кровяные выделения из половых путей, в течение 5 дней. Последняя менструация 2 месяца назад.

Считает себя больной в течение последних 2-х лет, когда появились болезненные, обильные и длительные менструации. К врачу не обращалась последние 2 года. Анамнез: Наследственность - у матери миома матки. Беременностей - 6, родов 2. Абортов - 4, искусственные, последний 3 года назад. В течение последних 2-х лет менструации по 7 дней, обильные, последние 6 месяцев - болезненные в первые 3 дня. После менструации слабость, головокружение. Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Т - 36,2° С. Пульс 90 в I мин, АД - 135/70 мм рт. ст., ЧДД - 20 в I мин.

Влагалищное исследование: наружные гениталии без патологии. Влагалище емкое. Шейка матки чистая, наружный зев закрыт, из него кровяные выделения. Тело матки увеличено до 12 недель беременности за счет множественных узлов, неправильной формы, подвижное, безболезненное, плотноватой консистенции. Придатки матки с обеих сторон не определяются. Свода глубокие. Выделения кровяные, мажущие.

## **ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:**

1. Предварительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Назначьте дополнительные методы исследования.
4. Классификация миом по локализации.
5. Этиология и патогенез.
6. Показания к оперативному лечению.
7. Предоперационная подготовка.
8. Наметьте объем операции
9. Профилактика данного заболевания.

## **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:**

1. Симптомная миома матки. Анемия.
2. С раком эндометрия, аденомиозом, нарушенной маточной беременностью, хорионкарциномой.
3. УЗИ органов малого таза, гистероскопия, отдельное диагностическое выскабливание слизистой полости матки с последующим гистологическим исследованием, ЭКГ, определение ХГ, мазки с влагалищной части шейки матки и цервикального канала на атипичные клетки, клинический анализ крови, мочи, определение антител к бледной трепонеме, антител классов М, G к вирусу ВИЧ-1 и ВИЧ-2 в крови, антител классов М, G к антигену вирусного гепатита В и С в крови., резус-фактор, группу крови, сахар, биохимическое (ПТИ, фибриноген, билирубин, креатинин, мочевины).
4. Субсерозная, интрамуральная, субмукозная, интралигаментарная, шейечная.
5. Общая или локальная гиперэстрогения (в частности гиперэстрадиолия) вызывает появление денервированных участков миометрия, возникают очаги пролиферации миогенных элементов) стадия образования узла, дальше - стадия роста, затем стадия регресса.
6. Величина более 12 недель беременности, быстрый рост, субмукозная локализация, нарушение функции соседних органов, сочетание с аденомиозом, опухолями придатков матки, отсутствие эффекта от консервативного лечения, миома - причина бесплодия.
7. После полного клинического обследования, необходимо провести лечение анемии.
8. Учитывая возраст больной целесообразно произвести надвлагалищную ампутацию тела матки без придатков .
9. Предупреждение возникновения гиперэстрогении: а) профилактика нежелательной беременности, б) раннее выявление в своевременная коррекция лютеиновой недостаточ-



ности, в) наиболее полноценная терапия воспалительных заболеваний придатков матки, д) снижение избыточной массы тела

### **ЗАДАЧА №2**

Родильница 30 лет. В анамнезе 1 роды и 2 медицинских аборта. Повторные роды осложнились хориоамнионитом, кровотечением в III периоде родов. Произведено ручное отделение плаценты и выделение последа. Родовые пути целы. Общая кровопотеря 600 мл. На 3-й сутки послеродового периода у родильницы появился озноб. Температура тела повысилась до 40,5 градусов по Цельсию. Были повторные ознобы. Проводилось лечение ампициллином. К 7 дню послеродового периода состояние пациентки ухудшилось.

Объективно: общее состояние родильницы тяжелое. Больная вялая, апатичная. Т - 40 градусов по Цельсию. Кожные покровы с серовато-желтушным оттенком, с мелкоточечными кровоизлияниями. Пульс - 120 ударов в минуту. АД - 100/80 мм. рт. ст. Дыхание поверхностное. ЧДД - 30 в мин. Язык сухой, обложенный белым налетом. Живот несколько вздут, болезненный при пальпации. Перистальтика снижена. Стул жидкий, зловонный. Матка на уровне пупка, болезненная, мягкой консистенции. Лохии гнойно-кровянистые с запахом.

### **ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:**

- 1.Предполагаемый диагноз, его обоснование.
- 2.План обследования.
- 3.Какие изменения в клиническом анализе крови ожидаются у пациентки?
- 4.Высота стояния дна матки на 3 сутки физиологического послеродового периода?
- 5.Возможные причины возникшего осложнения послеродового периода у пациентки?
- 6.К какому этапу послеродовой гнойно-септической инфекции относится данное обложение послеродового периода?
- 7.Назовите общие принципы лечения послеродовых гнойно-септических заболеваний, дайте обоснование назначению групп антибиотиков при сочетанной анаэробной и аэробной инфекции.
- 8.Цель и объем оперативного вмешательства при данном заболевании.
- 9.Профилактика послеродовых септических заболеваний.

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:**

- 1.Диагноз: Послеродовый период (7-й день). Акушерский перитонит. Сепсис в форме септицемии. Диагноз основывается на трех признаках: наличии первичного гнойного очага (послеродовая матка), высокой лихорадки с ознобами, обнаружении возбудителя в крови. Септицемия возникает у ослабленных родильниц не 3-4 сутки. В качестве

- возбудителя выступает Грамотрицательная флора: кишечная палочка, протей, реже - синегнойная палочка в сочетании с неспорообразующей анаэробной флорой.
2. Необходимо провести полное клиническое исследование по органам и системам, учитывая развитие полиорганной патологии. Проводятся посевы крови и мочи на флору и чувствительность к антибиотикам, биохимические исследования крови: билирубин, креатинин, мочевины, общий белок, ПТИ, фибриноген, электролиты плазмы (осмолярность), АЛАТ, АсАТ, иммунограмма, гемостазиограмма.
  3. Клинический анализ крови: Нв - 98 г/л, эритроциты -  $2,8 \times 10^{12}$  /л, анизоцитоз, пойкилоцитоз, лейкоциты -  $16,2 \times 10^9$  /л, миелоциты - 1, юные - 2, палочкоядерные - 10, сегментоядерные - 71, лимфоциты - 11, Моноциты - 3, СОЭ - 50 мм/ч, тромбоциты -  $130 \times 10^9$  /л. Время кровотечения - 7 мин.
  4. Высота стояния дна матки на 3 сутки физиологически протекающего послеродового периода составляет 9-10 см.
  5. К возможным причинам септических осложнений у данной роженицы можно отнести отягощенный мед. абортами акушерский анамнез, патологическую (600 мл.) кровопотерю во время родов, ручное вхождение в матку во время операции; неадекватная оценка и восполнение кровопотери, не проводилась должная профилактика гнойно-септических заболеваний или имели место нарушения сан.-эпид. режима.
  6. Сепсис с септициемией относится к IV генерализованному этапу послеродовой гнойно-септической инфекции (по Сазонову-Бартельсу).
  7. Этиотропная, десенсибилизирующая терапия; иммунокоррекция; УФО крови; дезинтоксикационная терапия: инфузионные средства; интенсивная терапия полиорганной недостаточности; удаление источника гнойной инфекции. Трехкомпонентная схема: бета-лактамы (амоксиклав), аминогликозид и химиотерапевтические средства (метронидазол, клиндамицин). Двухкомпонентная схема: цефалоспорины III поколения и аминогликозид: цефтриаксон с амикацином. Однокомпонентная схема: меропенем или имипенем, цефалоспорины IV поколения - цефпиром, цефепим.
  8. Цель оперативного лечения - удаление гнойного очага (послеродовой матки) в объеме экстирпации матки с маточными трубами, т.к. сепсис, большие размеры матки, наличие гноя делают невозможным органосохраняющее лечение.

### **ЗАДАЧА №3**

Первородящая 18 лет, незамужняя, беременность не планируемая, на учет по беременности взята в сроке 24 недель, подготовку к родам не прошла, роды начались на 39 нед. беременности.

Поведение беспокойное, паническое. По внутренним органам патологии не выявлено. В родах 8 часов. Воды не изливались. Схватки по 35-55 секунд через 2-5 мин, разной силы, имеется гипертонус нижнего сегмента матки, головка плода низко подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода 144/150 ударов в мин.

При влагалищном исследовании выявлено: наружные половые органы развиты правильно, исследование затруднено из-за спазма мышц промежности, шейка сглажена, плотная, края толстоватые, при схватки уплотняется еще больше, открытие вне схватки 4 см, во время схватки 2-3 см. Плодный пузырь цел, наливается во время схватки. Головка над входом в малый таз. Малый родничок слева у лона, стреловидный шов в правом косом размере. Костный таз без патологии, мыс не достигнут.

#### **ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:**

1. Диагноз, его обоснование.
2. Что способствовало развитию патологии сократительной функции матки у данной роженицы?
3. Составьте план ведения родов с учетом возможных осложнений.
4. Перечислите фазы первого периода родов.
5. Какой темп раскрытия шейки матки в первом периоде родов по фазам считается нормальным?
6. Что означает правило two hour rule (правило 2-х часов) в акушерстве?
7. Какую роль играет психологическая поддержка роженицы?
8. Какие особенности имеют роды у юных первородящих?

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:**

1. I период первых самопроизвольных родов в затылочном предлежании в 38-39 недель. Дискоординированная родовая деятельность по типу гипертонуса нижнего сегмента матки и функциональной дистонии шейки матки. Юная первородящая. Вид аномалии родовой деятельности установлен по данным гистерографии, партограммы.
2. Нарушению сократительной функции матки способствовали хронический стресс во время беременности и отсутствие подготовки к родам.
3. В плане родов – седативная, спазмолитическая терапия, медикаментозный сонотдых, для улучшения маточно-плацентарного кровотока – β-адреномиметиками, перидуральная анестезия.
4. а) латентная фаза (до 4 см); б) фаза ускорения (4 - 8 см); в) фаза замедления ( до полного раскрытия шейки матки).
5. В латентной фазе сглаживание и раскрытие шейки матки от 0.3 до 0.5 см/час, в фа-

зе ускорения от 1.5 см до 2.0 см/ч, в фазе замедления от 1.0 до 1.5 см/ч.

6. Правило двух часов означает, что во втором периоде родов предлежащая часть не должна находиться в одной плоскости более 2-х часов и продолжительность 2-го периода не должна превышать 2-х часов.
7. Психологическая поддержка во время беременности и в родах способствует формированию и функционированию матриц репродуктивного поведения, формирует доминанту родов и благоприятное течение родового процесса.
8. У юных первородящих роды чаще осложняются аномалиями родовой деятельности и акушерскими кровотечениям.

## Фонды оценочных средств

для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)

для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

ПК–12. Готовность к ведению физиологической беременности, приему родов.

**1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):**

**- Задания в тестовой форме:**

1.ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ ОСНОВАНО НА:

- а) определении высоты стояния дна матки
- б) данных УЗИ
- в) данных влагалищного исследования при первой явке к гинекологу
- г) дате последней менструации
- д) всех перечисленных данных

2.ВЫСОТА СТОЯНИЯ ДНА МАТКИ ПРИ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ 20 НЕД - НА:

- а) уровне пупка
- б) 2 пальца выше пупка
- в) 2 пальца ниже пупка
- г) середине расстояния между пупком и лоном

3.АУСКУЛЬТАЦИЯ СЕРДЕЧНЫХ ТОНОВ ПЛОДА ВОЗМОЖНА СО СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ:

- а) 22 нед
- б) 20 нед
- в) 16 нед
- г) 25 нед

4.ДНО МАТКИ НА УРОВНЕ ЛОНА СООТВЕТСТВУЕТ СРОКУ БЕРЕМЕННОСТИ:

- а) 5–6 нед
- б) 7–8 нед
- в) 9–10 нед
- г) 12 нед
- д) 13–14 нед

5.УЗИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ:

- а) срок беременности
- б) положение плода
- в) локализацию плаценты и ее патологию
- г) неразвивающуюся беременность
- д) пороки развития плода
- е) все перечисленное в п. “а”–”д”

6.ВТОРОЙ ПРИЕМ ЛЕОПОЛЬДА-ЛЕВИЦКОГО ОПРЕДЕЛЯЕТ:

- а) характер предлежащей части
- б) положение, позицию и вид плода
- в) отношение предлежащей части ко входу в таз
- г) высоту стояния дна матки

7.НА ОСНОВАНИИ ВЕЛИЧИНЫ ДИАГОНАЛЬНОЙ КОРЬЮГАТЫ МОЖНО РАССЧИТАТЬ:

- а) прямой размер плоскости входа в таз
- б) истинную конъюгату
- в) наружную конъюгату
- г) прямой размер широкой части полости малого таза
- д) прямой размер узкой части полости малого таза

8.ВЕЛИЧИНА ПОПЕРЕЧНОГО РАЗМЕРА РАВНАЯ 10,5 СМ СООТВЕТСТВУЕТ ПОПЕРЕЧНОМУ РАЗМЕРУ:

- а) плоскости входа в малый таз
- б) широкой части малого таза
- в) плоскости узкой части малого таза
- г) плоскости выхода малого таза

9. ИСТИННАЯ КОНЪЮГАТА ДОЛЖНА ИМЕТЬ ВЕЛИЧИНУ НЕ МЕНЕЕ:

- а) 10 см                      г) 13 см
- б) 11 см                     д) 14 см
- в) 12 см

10. МЕТОДЫ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ВНУТРИУТРОБНОГО ПЛОДА ВКЛЮЧАЮТ:

- а) данные аускультации плода
- б) подсчет числа шевелений плода в течение суток
- в) амниоскопию
- г) определение уровня гормонов в крови
- д) все перечисленное в п. "а"–"г"

11. ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ ОЦЕНКИ ЗРЕЛОСТИ ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) длина плода                      г) оценка по шкале Апгар
- б) масса плода                      д) состояние швов и родничков
- в) срок беременности

12. ДОНОШЕННОСТЬ ПЛОДА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ:

- а) состояния плода
- б) величины массы тела
- в) срока беременности
- г) признаков физического развития плода

13. ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮЩЕЕСЯ ПРИКРЕПЛЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ В МАТКЕ:

- а) в верхнем отделе матки по передней стенке
- б) в верхнем отделе матки по задней стенке
- в) в нижнем сегменте
- г) в дне матки
- д) в боковых отделах матки

14. ИЗМЕНЕНИЯ МАТКИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ:

- а) гипертрофия мышечных волокон
- б) гиперплазия мышечных волокон
- в) удлинение каждого мышечного волокна
- г) увеличение объема полости матки
- д) все перечисленное в п. "а"–"г"

15. РАСКРЫТИЕ ШЕЙКИ МАТКИ ПРОИСХОДИТ В РЕЗУЛЬТАТЕ:

- а) сокращения мышцы матки в области дна
- б) сокращения мышцы матки в области нижнего сегмента
- в) дистракции нижнего сегмента матки
- г) ретракции мышечных волокон матки
- д) контракции, ретракции и дистракции мышечных волокон матки

16. СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ В РОДАХ НАЧИНАЮТСЯ С:

- а) области наружного зева
- б) области внутреннего зева
- в) раскрытия шейки матки с одновременным ее сглаживанием
- г) сглаживания шейки матки после ее раскрытия

17. ДЛЯ ЗРЕЛОЙ ШЕЙКИ МАТКИ НЕ ХАРАКТЕРНО:

- а) длина 1–1,5 см
- б) мягкая консистенция
- в) отклонение ее к лону или крестцу
- г) свободно проходимый цервикальный канал

18. СКОРОСТЬ РАСКРЫТИЯ МАТОЧНОГО ЗЕВА У ПЕРВОРОДЯЩИХ:

- а) 1 см в час
- б) 2 см в час
- в) 3 см в час
- г) 3 см в 2 ч

19. ВЛАГАЛИЩНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В РОДАХ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ:

- а) состояние шейки матки и целость плодного пузыря
- б) динамику раскрытия шейки матки
- в) характер предлежащей части, особенности вставления головки
- г) динамику продвижения предлежащей части по родовому каналу
- д) особенности строения таза
- е) все перечисленное в п. "а"–"д"

20. В РОДАХ ПОСТОЯННО ОЦЕНИВАЕТСЯ:

- а) жалобы роженицы
- б) состояние сердечно-сосудистой системы
- в) активность родовой деятельности и состояние плода
- г) характер выделений из влагалища
- д) все перечисленное в п. "а"–"г"

21. СВОЕВРЕМЕННОЕ ОТХОЖДЕНИЕ ВОД ДОЛЖНО НАСТУПАТЬ:

- а) до начала схваток
- б) при появлении нерегулярных схваток
- в) при появлении регулярных схваток
- г) при раскрытии шейки матки менее чем на 6 см
- д) при раскрытии шейки матки более чем на 6 см

22. В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ НЕ ПРОИСХОДИТ:

- а) укорочения и сглаживания шейки матки
- б) раскрытия шейки матки
- в) отхождения околоплодных вод
- г) продвижения плода по родовому каналу
- д) врезывания предлежащей части плода

23. НАЧАЛОМ РОДОВ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ:

- а) прижатие головки к входу в малый таз
- б) появление нерегулярных схваток
- в) появление регулярных схваток
- г) отхождение околоплодных вод
- д) появление регулярных схваток, приводящих к укорочению и сглаживанию шейки матки

24. АКУШЕРКА ПРИСТУПАЕТ К ПРИЕМУ РОДОВ:

- а) с началом потуг
- б) со времени полного раскрытия маточного зева
- в) при врезывании головки плода
- г) при прорезывании головки плода

25. ПРИ ПОЛНОМ РАСКРЫТИИ МАТОЧНОГО ЗЕВА ГОЛОВКА ПЛОДА ДОЛЖНА БЫТЬ:

- а) прижата к входу в таз
- б) фиксирована малым сегментом во входе в таз
- в) фиксирована большим сегментом во входе в таз
- г) на тазовом дне
- д) на всех перечисленных уровнях

26. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПЛОДА В РОДАХ ПРОВОДИТСЯ НА ОСНОВАНИИ:

- а) частоты сердечных сокращений плода
- б) характера околоплодных вод
- в) кардиомониторного наблюдения
- г) функциональных проб и данных УЗИ

д) всего перечисленного

27. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ТРЕТЬЕГО ПЕРИОДА РОДОВ НЕ ЗАВИСИТ ОТ:

- а) длительности родов
- б) размеров новорожденного
- в) отягощенности акушерского анамнеза
- г) состояния новорожденного
- д) длительности безводного периода

28. ПРИЗНАКИ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ НЕ ВКЛЮЧАЮТ ПРИЗНАК:

- а) Шредера,                      в) Чукалова – Кюстнера,
- б) Альфельда,                г) Гегара.

29. ПРИЗНАК АЛЬФЕЛЬДА ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

- а) удлинением наружного отрезка пуповины
- б) втягиванием пуповины во влагалище на вдохе
- в) уплощением матки и отклонением ее дна вправо
- г) появлением кровянистых выделений из влагалища

30. НАЧАЛО ЛАКТАЦИИ СЧИТАЕТСЯ НОРМАЛЬНЫМ:

- а) сразу после родов
- б) на 1–2-е сутки после родов
- в) на 3-и сутки после родов
- г) на 4–5-е сутки после родов

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:

1 - д, 2 - в, 3 - б, 4 - е, 5 - б, 6 - б, 7 - в, 8 - б, 9 - д, 10 - а, 11 - в, 12 - б, 13 - д, 14 - д, 15 - б, 16 - в, 17 - б, 18 - е, 19 - д, 20 - д, 21 - д, 22 - д, 23 - в, 24 - д, 25 - д, 26 - д, 27 - г, 28 - г, 29 - а, 30 - в.

**- Контрольные вопросы:**

1. Алгоритм диагностики беременности. Определение срока беременности.
2. Алгоритм наблюдения за течением беременности в женской консультации.
3. Экспертиза временной нетрудоспособности при физиологическом течении беременности и родов.
4. Методы исследования в акушерстве. Ультразвуковая фето-плацентометрия, принципы ультразвуковых скринингов во время беременности.
5. Допплерометрия сосудов системы мать-плацента-плод. Кардиотахография.
6. Родовые пути, строение головки плода, ее размеры.
7. Физиологические изменения в организме женщины при беременности.
8. Клиника физиологического подготовительного периода к родам. Оценка степени «зрелости» шейки матки.
9. Клиника I периода родов. Принципы ведения I периода родов.
10. Партограмма.
11. Клиника и ведение II периода родов. Пособия при головных предлежаниях.
12. Методы обезболивания нормальных родов.
13. Клиника и ведение последового периода родов. Признаки отделения плаценты.



14. Физиологическая кровопотеря в родах. Методы профилактики кровотечений во время родов.
15. Биомеханизмы родов в затылочном предлежании при переднем и заднем виде.
16. Клиническое течение и ведение нормального послеродового периода.
17. Физиологические изменения в организме родильницы.
18. Клиника лактации. Принципы грудного вскармливания.
19. Физиология новорожденного и уход за ними. Шкала Апгар.
20. Классификация детей в зависимости от срока беременности, критерии зрелости плода, доношенности новорожденного.

**2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):**

**Перечень практических навыков, входящих в данную компетенцию**

1. Приемы наружного акушерского обследования.
2. Влагалищное исследование беременной, роженицы.
3. Пособие при головных предлежаниях при доношенной беременности.
4. Демонстрация биомеханизма родов при переднем и заднем виде затылочного предлежания.
5. Осмотр последа.
6. Первичный туалет новорожденного.
7. Определение срока беременности.
8. Диагностику 30-и недельной беременности.
9. Ведение медицинской документации беременных, рожениц и родильниц.
10. Оценка данных УЗИ и кардиотохографии (КТГ) плода

**ЗАДАНИЕ 1. ПРОДЕМОНСТРИРУЙТЕ И ПОЯСНИТЕ ВЫПОЛНЕНИЕ ПРИЕМОВ  
НАРУЖНЕГО АКУШЕРСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ  
ЭТАЛОН ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ:**

1. Первый прием: положение – справа от пациентки, лицом к лицу. Ладони обеих рук и кладутся на дно матки, пальцы рук сближаются.
2. Второй прием: положение – справа от пациентки, лицом к лицу. Обе руки со дна матки перемещают на боковые поверхности матки на уровне пупка. Пальпацию частей плода производят поочередно правой и левой рукой.

3. Третий прием: положение – справа от пациентки, лицом к лицу. Правая рука располагается над лоном на предлежащей части плода так, чтобы большой палец находился на одной стороне, а четыре остальных на другой стороне нижнего сегмента матки. Медленно пальцы погружают и обхватывают предлежащую часть.
4. Четвертый прием: положение – справа от пациентки, лицом к ее ногам. Ладони обеих рук располагают на нижнем сегменте матки справа и слева, кончики пальцев доходят до симфиза. Вытянутыми пальцами проникают вглубь по направлению к полости таза и определяют предлежащую часть и уровень ее стояния.

**ЗАДАНИЕ 2. ПРОДЕМОНСТРИРУЙТЕ И ПОЯСНИТЕ ЭТАПЫ БИОМЕХАНИЗМА  
РОДОВ ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ  
ЭТАЛОН ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ:**

1. Расположить плод спинкой кпереди
2. Головку вставить во вход в таз в согнутом положении
3. Стреловидный шов расположить в правом косом размере входа в таз, малый родничок вправо кпереди
4. Согнуть головку (проводная точка – малый родничок)
5. Повернуть головку плода, при этом малый родничок должен быть повернут кпереди (внутренний поворот головки)
6. Головку фиксировать у лонной дуги подзатылочной ямкой и затем высвободить из-под лонной дуги лобик, личико, подбородок плода (разгибание головки)
7. Повернуть головку личиком к левому бедру матери.

**ЗАДАНИЕ 3. ПРОДЕМОНСТРИРУЙТЕ И ПОЯСНИТЕ ХОД ВЫПОЛНЕНИЯ ПОСОБИЯ  
ПРИ ГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ**

**ЭТАЛОН ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ:**

1. Первый момент. Для воспрепятствования преждевременному разгибанию головки левую руку расположить на лонном сочленении и прорезывающейся головке. При этом ладонные поверхности четырех пальцев левой руки располагаются на головке, бережно задерживая ее разгибание и быстрое продвижение по родовому каналу.
2. Второй момент. Правую руку ладонной поверхностью расположить на промежность таким образом, чтобы четыре пальца плотно прилегали к области левой, а отведенный палец - к области правой половой губы. Осторожно надавливая концами всех пальцев на мягкие ткани вдоль больших половых губ, низвести их книзу, уменьшая при этом ее напряжение.
3. Третий момент. После того как головка установилась теменными буграми в половой щели, а подзатылочная ямка подошла под лонное сочленение, роженице предложить

глубоко и часто дышать открытым ртом. В это время обеими руками задержать продвижение головки до окончания потуги. После окончания, потуги правой рукой снять ткани с личика плода.левой же рукой в это время медленно поднять головку кпереди, разгибая ее.

4. Четвёртый момент. Ладонями захватить головку за височно-щечные области и осуществить тракцию кзади до тех пор, пока треть переднего плечика не подойдет под лонное сочленение. После того как плечико подведено под лоно, левой рукой захватить головку, приподнимая ее вверх, а правой рукой сдвинуть ткани промежности с заднего плечика, выводя последнее.

**3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):**

#### **ЗАДАЧА №1**

В женскую консультацию обратилась женщина в связи с задержкой менструации. При обследовании диагностирована беременность сроком 8 недель, которую женщина желает донашивать.

#### **ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:**

1. Какие лабораторные исследования необходимо ей назначить в I триместре?
2. Какими врачами, и с какой кратностью проводятся осмотры беременных женщин при физиологическом течении беременности?
3. В каком сроке, и в каком учреждении проводится скрининговое ультразвуковое исследование во время беременности?

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:**

1. Клинический анализ крови развернутый. Анализ крови биохимический: общий белок, мочевины, креатинин, общий билирубин, прямой билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза, общий холестерин. Коагулограмма - количество тромбоцитов, время свертывания, время кровотечения, агрегация тромбоцитов, активированное частичное тромбопластиновое время, фибриноген, определение протромбинового времени. Определение антител классов М, G к вирусу краснухи и токсоплазме в крови. Определение основных групп крови и резус-принадлежности, биохимический скрининг сывороточных маркеров: связанный с беременностью плазменный протеин А и свободная бета-субъединица хорионического гонадотропина, определение антител к бледной трепонеме, антител классов М, G к вирусу ВИЧ-1 и ВИЧ-2 в крови, антител классов М, G к антигену вирусного гепатита В и С

в крови. Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк, микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на грибы рода кандиды. Электрокардиография по назначению врача-терапевта. Анализ мочи.

2. Врачом-акушером-гинекологом – не менее семи раз. Врачом-терапевтом – не менее двух раз. Врачом-стоматологом – не менее двух раз. Врачом-оториноларингологом, врачом-офтальмологом – не менее одного раза. Другими врачами-специалистами – по показаниям, с учетом сопутствующей патологии.

3. Скрининговое УЗИ проводится трехкратно: при сроках беременности 11-14 недель, 18-21 неделю и 30-34 недели. При сроке беременности 11-14 недель беременная женщина направляется в медицинскую организацию, осуществляющую экспертный уровень пренатальной диагностики. При сроке беременности 18-21 неделя беременная женщина направляется в медицинскую организацию, осуществляющую пренатальную диагностику, в целях проведения УЗИ для исключения поздно манифестирующих врожденных аномалий развития плода. При сроке беременности 30-34 недели УЗИ проводится по месту наблюдения беременной женщины.

### **ЗАДАЧА №2**

В родильный дом доставлена роженица 22 лет с указанием на схватки в течение 5 часов. Беременность доношенная. Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветряная оспа, ангины. Менархе с 13 лет, установились сразу, по 4 дня, через 28 дней, умеренные.

Настоящая беременность – 1-я, протекала без особенностей.

Объективное исследование: рост 164 см, вес 75 кг, пульс – 80 уд/мин ритмичный, АД – 120/75 и 115/70 мм рт.ст. Со стороны внутренних органов без патологии.

Акушерский статус: размера таза 25-28-31-20 см, окружность живота (ОЖ) – 102 см, высота дна матки (ВДМ) – 36 см.

Родовая деятельность: схватки по 40-45 сек, через 2-3 мин. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище нерожавшей. Шейка матки сглажена, края средней толщины, растяжимые. Раскрытие наружного зева 4 см. Плодный пузырь цел, хорошо наливается во время схватки. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в левом косом размере. Малый родничок справа у лона. Мыс не достижим. Костных экзостозов нет.

### **ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Составьте план ведения родов.

3. Когда должны своевременно изливаться околоплодные воды.
4. В какой фазе I периода родов находится роженица?
5. Назовите методы оценки состояния плода в родах. Режим кардиотохографии в первом периоде родов.
6. Дайте определение физиологических (естественных) родов.

#### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:**

1. I период I самопроизвольных родов в затылочном предлежании в 40 недель беременности.
2. Роды вести через естественные родовые пути. Следить за состоянием роженицы, родовой деятельностью и сердцебиением плода. Провести профилактику кровотечений в конце I периода родов.
3. Околоплодные воды в норме изливаются в конце I периода родов.
4. Роженица миновала латентную фазу I периода родов и вступила в фазу ускорения.
5. а) Аускультация акушерским стетоскопом, б) Кардиотохография.  
Кардиотохография плода проводится при поступлении в течение 40 мин -1 часа, далее в прерывистом режиме по 20-30 минут, после излития околоплодных вод, после проведения обезболивания родов и при открытии маточного зева более 8 см.
6. Физиологические роды – это роды одним плодом, которые начались спонтанно, протекали без осложнений, без применения пособий и медикаментов, при которых родился зрелый доношенный ребенок в затылочном предлежании. После родов роженица и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

#### **ЗАДАЧА №3**

Повторнобеременная, повторнородящая 29 лет, поступила в роддом со схватками потужного характера. Менструации с 13 лет, по 5 дней, через 30 дней, безболезненные, умеренные. Гинекологические заболевания отрицает. Данная беременность II, доношенная, вторые срочные роды, без осложнений.

Объективное исследование: рост 165 см, вес 75 кг, размеры таза: 26-29-32-20 см, ОЖ – 98 см, ВДМ – 35 см. Родовая деятельность: схватки по 50-55 сек через 1-2 мин. Положение плода продольное, предлежит головка малым сегментом в полости малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 138 уд/мин.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище ёмкое. Шейка матки сглажена. Раскрытие шейки матки полное. Плодный пузырь вскрылся при исследовании. Головка плода малым сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева у лона. Мыс не достижим. Экзостозов нет.

### **ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:**

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Что составляет понятие «головка большим сегментом во входе в малый таз»?
3. Перечислите моменты биомеханизма родов при переднем виде затылочного предлежания.
4. Назовите проводную точку при затылочном предлежании.
5. Какова кратность определения высоты расположения предлежащей части плода и выслушивания сердцебиения плода во втором периоде родов?
6. Дайте определение нормальных родов.

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:**

1. II период II самопроизвольных родов в затылочном предлежании в 40 недель беременности.
2. «Головка большим сегментом» – это значит, что предлежащая головка своим наибольшим размером проходит плоскость входа в малый таз, при этом она занимает половину лона, половину крестцовой впадины и нижним полюсом достигает третьей плоскости малого таза (межостной линии).
3. а) сгибание головки  
б) внутренний поворот головки  
в) разгибание головки  
г) внутренний поворот плечиков, наружный поворот головки
4. Малый родничок.
5. Определение высоты расположения головки плода наружными приемами или влагалищным исследованием. В начале второго периода, затем через 1 час, при появлении потуг, далее каждые 15 минут. Выслушивание сердцебиения плода в течение 30 сек – 1 минуты в начале II периода родов каждые 15 минут, далее после каждой потуги.
6. Нормальные роды – это роды одним плодом в сроке 37 недель 1 день – 41 неделя беременности, которые начались спонтанно, имели низкий риск к началу, прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился в затылочном предлежании. В родах возможно применение амниотомии, использование спазмолитиков, проведение анальгезии. После родов родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

**Критерии оценки кураторского листа, истории родов и истории болезни пациентки гинекологической клиники (<http://tvghmu.ru/kaf/p1081/docs/>):**

**«отлично»** - при написании всех разделов в полном соответствии с требованиями истории родов, истории болезни пациентки гинекологической клиники. Правильно планирует и последовательно выполняет диагностический поиск, включающий владение методами непосредственного клинического обследования, интерпретации данных дополнительных методов обследования. Аргументировано проводит дифференциальную диагностику заболевания, представляет полную и правильную последовательность предварительного и заключительного развернутого диагнозов в полном соответствии с современной номенклатурой нозологических единиц. Обоснованно назначает лечение с учетом необходимости оперативного лечения, включая предоперационную подготовку и послеоперационное ведение пациентки. Обоснованно представляет план фармакотерапии с учетом противопоказаний для лекарственных препаратов в случае беременности пациентки. Правильно и в полной мере намечает план профилактических мероприятий. Обязательно освещает вопросы экспертизы временной нетрудоспособности и реабилитации. Представляет текстовую часть работы в последовательности, соответствующей рекомендованной в качестве образца. Реферат оформляется в полном соответствии требованиям: содержит все разделы, указанные в содержании, использована современная литература, ее список представлен правильно.

**«хорошо»** - при качественном выполнении работы, при некотором формальном отношении к оформлению текстовой части. Показаны хорошие практические умения: знает методику выполнения практических навыков недостаточно, применяет на практике тот или иной диагностический прием при проведении объективного исследования конкретного пациента, но с ошибками; планирует комплекс дополнительной диагностики в недостаточно полном объеме, допускает ошибки в формулировке диагноза (не соблюден приоритет заболеваний при формулировке или не соблюдена последовательность нозологий, относящихся к

матери и плоду) или не владеет современными классификациями; недостаточно освещен вопрос дифференциального диагноза. Допускает несущественные ошибки в назначении плана лечения, недооценивает прогноз, недостаточно точно ориентируется в методах профилактики. Представлены, но с некоторыми неточностями вопросы экспертизы нетрудоспособности пациентки, реабилитации и профилактических мероприятий. Реферат содержит ряд ошибок в оформительской части, искажающие суть представленного доклада, в том числе при оформлении списка литературы.

**«удовлетворительно»** - история родов, история болезни пациентки гинекологической клиники написана с некоторыми упущениями в описательной части, недостаточной проработкой диагностических критериев. Показаны удовлетворительные практические умения, но выполняет диагностические манипуляции с ошибками, назначает комплекс дополнительной диагностики в неполном объеме, без учета дифференциальной диагностики, формулирует диагноз не полностью, в неверной последовательности нозологических единиц и без учета современных классификаций. Представляет план лечения и профилактики с ошибками, не освещает вопросы экспертизы временной нетрудоспособности. В реферате имеются ряд грубых ошибок в оформительской и содержательной части работы, тема раскрыта не полностью.

**«неудовлетворительно»** - история родов, история болезни пациентки гинекологической клиники написана с грубыми недостатками, не соответствует современным представлениям о диагностике, лечении и профилактике данной патологии. Отсутствует достаточный уровень практических умений, нет умения планировать дополнительное обследование и сформулировать правильный диагноз, не может составить план лечебно-профилактических мероприятий. Отсутствие реферата или представление работы с полным несоответствием к требованиям к ее написанию.



**Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины «Акушерство и гинекология»:**

1. Акушерская клиника. Часть I. Физиологическое акушерство [Текст]: Учеб. пособие для студентов / под ред. Ю.В. Раскуратова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Тверь.: РИЦ Тверская ГМА, 2012. – 240 с.
2. Акушерская клиника. Часть II. Патологическое акушерство [Текст]: Учеб. пособие для студентов / под ред. Ю.В. Раскуратова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Тверь.: РИЦ Тверская ГМА, 2012. – 236 с.
3. Акушерская клиника. Часть III. Оперативное акушерство с фантомным курсом [Текст]: Учеб. пособие для студентов / под ред. Ю.В. Раскуратова. - Тверь.: РИЦ Тверская ГМА, 2012. – 31 с.: видеофильм (50 видеосюжетов).
4. Гинекологическая клиника. [Текст]: Учеб. пособие для студентов / под ред. Ю.В. Раскуратова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Тверь.: РИЦ Тверская ГМА, 2014. – 246 с.
5. Воспалительные заболевания женской половой системы: клиника, диагностика, лечение [Текст]: Учебно-метод. пособие / под ред. Ю.В. Раскуратова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Тверь.: РИЦ Тверской ГМУ, 2014. – 220 с.
6. Схема учебной истории родов и схема истории гинекологической больной, используемой для курации беременных и больных студентами IV и V курсов лечебного и педиатрического факультетов. Схема кураторского листа для студентов VI курса лечебного факультета во время аттестации по практическим навыкам. – Тверь. Тверская ГМА, 2011. – 11 с. (<http://tvgmu.ru/kaf/p1081/docs/>).

**Справка**

о материально-техническом обеспечении рабочей программы дисциплины  
«Акушерство и гинекология»

---

<b>№ п\п</b>	<b>Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной работы</b>	<b>Оснащенность специальных по- мещений и помещений для само- стоятельной работы</b>