

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

Кафедра акушерства и гинекологии



УТВЕРЖДАЮ
Проректор по учебной работе

Л.А. Мурашова

«16» марта 2023 г.

Рабочая программа дисциплины
Акушерство

для студентов 4 курса,

специальность
31.05.03 Стоматология,

форма обучения
очная

Рабочая программа дисциплины обсуждена на заседании кафедры « 6 » 02. 2023 г. (протокол № 6)

Разработчики рабочей программы:
кандидат мед. наук, доцент Блинова Н.И.
доктор мед. наук, профессор Радьков О.В.

Зав. кафедрой Стольникова И.И.

Тверь, 2023

I. Внешняя рецензия дана главным врачом ОРД, к.м.н. Колгушкиным Г. А.

Рабочая программа рассмотрена на заседании профильного методического совета
« 9» февраля 2023 г. (протокол № 3)

Рабочая программа рекомендована к утверждению на заседании центрального координационно-методического совета « 16 » марта 2023 г. (протокол № 7)

II. Пояснительная записка

Рабочая программа дисциплины разработана в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 31.05.03 Стоматология, с учётом рекомендаций основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования.

1. Цель и задачи дисциплины

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

Задачами освоения 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;
- Освоение лечебно-диагностических алгоритмов при неотложных состояниях в акушерстве;
- Освоение принципов обучения пациентов основным мероприятиям оздоровительного характера, способствующим профилактике возникновения заболеваний и укреплению здоровья.

2. Планируемые результаты обучения по дисциплине

Формируемые компетенции	Индикатор достижения	Планируемые результаты обучения
ОПК-5. Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	ИОПК-5.1 Применяет методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у детей и взрослых (их законных представителей); методику осмотра и физикального обследования; клиническую картину, методы диагностики наиболее распространенных заболеваний; методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов; международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме.	Знать: - особенности течения и возможные осложнения беременности и диагностику осложнений беременности, послеродового периода. Методы диагностики и инструментальные исследования для оценки состояния здоровья беременных и родильниц. Уметь: - разработать и обосновать план диагностических мероприятий с учетом протекания беременности и послеродового периода. Поставить предварительный диагноз. Сформулировать развернутый клинический диагноз с учетом протекания беременности и послеродового периода по международной статистической классификации болезней (МКБ-10) Владеть: -навыками сбора анамнеза, клиническими и инструментальными методами оценки состояния беременных и родильниц. Владеть навыками оказания неотложной помощи при экстренных состояниях у беременных (эклампсия).

	<p>ИОПК-5.2 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей), выявляет факторы риска и причины развития заболеваний; интерпретирует и анализирует результаты основных (клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования; проводит дифференциальную диагностику заболеваний у детей и взрослых; выявляет клинические признаки внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме</p>	<p>Знать: - основные осложнения беременности, родов и послеродового периода. Факторы риска инфицирования плода у беременных и причины развития осложнений течения беременности.</p> <p>Уметь: -правильно интерпретировать данные при сборе анамнеза. Уметь интерпретировать результаты дополнительных методов исследования с позиций доказательной медицины.</p> <p>Владеть: -навыками оценки, результатов исследования, инструментальных методов обследования для оценки состояния беременной, родильницы. Алгоритмом постановки предварительного и развернутого клинического диагноза. Владеть алгоритмом помощи при неотложных состояниях у беременной (эклампсия).</p>
<p>ОПК-6. Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач</p>	<p>ИОПК-6.1 Применяет методы медикаментозного и немедикаментозного лечения для лечения патологических заболеваний и состояний</p> <p>ИОПК-6.2 Использует современные алгоритмы лечения заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>Знать: -показания к избранному методу лечения при осложнениях течения беременности и послеродового периода (при инфекциях у беременных и инфицировании плода).</p> <p>Уметь: -разрабатывать индивидуальный план лечебных мероприятий при осложнениях беременности, послеродового периода.</p> <p>Владеть: методикой планирования лечебно-профилактических мероприятий у беременных, родильниц.</p> <p>Знать: -алгоритм оказания лечебной помощи при осложнениях беременности (инфицировании беременной и плода) и при неотложных состояниях (эклампсия).</p> <p>Уметь: - разработать индивидуальный план лечебных мероприятий беременным и родильницам (санация полости рта). Составлять план профилактики осложнений беременности с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Владеть: -алгоритмом оказания помощи при неотложных состояниях во время беременно-</p>

	<p>ИОПК-6.3 Владеет методами контроля эффективности применения лекарственных препаратов для лечения с позиции доказательной медицины</p> <p>ИОПК-6.4 Умеет оценивать безопасность лечения с учётом морфофункционального состояния организма</p>	<p>сти и послеродовом периоде</p> <p>Знать: - показания к применения лекарственных препаратов беременным, родильницам с учетом их безопасности для матери и плода.</p> <p>Уметь: -разрабатывать индивидуальный план лечебных мероприятий при физиологической беременности и осложнениях беременности и послеродового периода.</p> <p>Владеть: -методами контроля за эффективностью назначенных лекарственных препаратов, с позиций доказательной медицины, беременным и родильницам, с учетом безопасности их для матери и плода.</p> <p>Знать: -физиологические изменения в организме беременной и родильницы. Этиологию и патогенез стоматологических заболеваний у беременных.</p> <p>Уметь: -определить патологию челюстно-лицевой области у беременных и родильниц для оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов с позиции доказательной медицины.</p> <p>Владеть: - методикой лечебно-профилактических мероприятий у беременных и родильниц.</p>
--	---	--

3. Место дисциплины в структуре основной профессиональной образовательной программы

Дисциплина «Акушерство» входит в Обязательную часть Блока 1 ОПОП специалитета.

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

Дисциплина «Акушерство» 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 с учетом дальнейшего обучения и профессиональной деятельности по специальности 31.05.03 Стоматология. Изучаемая дисциплина является 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 также методах лечения и профилактики, базирующихся на принципах доказательной медицины.

В процессе изучения дисциплины «Акушерство» расширяются знания, навыки и компетенции для успешной профессиональной деятельности врача при оказании помощи беременным, роженицам, родильницам.

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

1. Анатомия.
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. Инфекционные болезни и эпидемиология.
15. Лучевая диагностика и лучевая терапия.
16. Учебная практика:
 - Уход за хирургическими и терапевтическими больными.

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

1. Педиатрия.
2. Судебная медицина.

4. Объём дисциплины составляет 2 зачетных единиц, 72 академических часа, в том числе 47 часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и 25 часов самостоятельной работы обучающихся.

5. Образовательные технологии

В процессе преподавания 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», 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» проводится зачет (по окончании VII семестра).

Зачет проводится в три этапа, из которых 1-й этап заключается в проверке практических навыков обучающихся; 2-й этап проводится в виде решений заданий в тестовой форме; 3-й этап – это собеседование и решение ситуационных задач.

III. Учебная программа дисциплины

1. Содержание дисциплины

1. Организация акушерской помощи. Диагностика беременности. Методы исследования в акушерстве.

1.1. Организация работы женской консультации и роддома. Алгоритм диагностики беременности. Определение срока беременности. Методы исследования в акушерстве.

1.2. Диспансерное наблюдение за беременными. Задача врача-стоматолога при обследовании беременных.

2. Родовые пути, плод и его размеры. Клиническое течение и ведение родов.

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

2.2. Клиника периодов родов. Принципы ведения физиологических родов в зависимости от периода. Пособия при головных предлежаниях. Биомеханизм родов в затылочных предлежаниях.

3. Аномалии родовой деятельности. Тазовое предлежание плода.

3.1. Формы аномалий родовой деятельности. Методы коррекции родовой деятельности и профилактики ее аномалий.

3.2. Методы диагностики, ведение беременности и пособия при тазовом предлежании. Показания к кесареву сечению, профилактика осложнений.

4. Ранние гестозы. Преэклампсия.

4.1. Классификация ранних гестозов, клиника, методика обследования, принципы лечения, неотложная помощь и профилактика.

4.2. Классификация, клиника, диагностика артериальной гипертензии у беременных. Алгоритм неотложной помощи при преэклампсии и эклампсии.

5. Кровотечения во время беременности, в родах, послеродовом и раннем послеродовом периоде.

5.1. Классификация причин кровотечений во время беременности и в родах. Клиника и дифференциальная диагностика. Неотложная помощь, методы родоразрешения, профилактика.

5.2. Клиника, диагностика кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периодах. Алгоритм лечебных мероприятий. Профилактика акушерских кровотечений.

6. Узкий таз. Родовой травматизм матери и плода.

6.1. Анатомический и клинически узкий таз. Классификация, методы диагностики, ведения родов и профилактики осложнений.

6.2. Классификация, клиника, диагностика, лечение и профилактика родового травматизма матери и плода.

Зачет.

2. Учебно-тематический план

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 практические занятия	1-й этап экзамена/зачет				УК-	ОПК-5	ОПК-6	ПК-	ПК-		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1.															
1.1				2		2	2	4		+	+			Р, Э, ДОТ	Т, ЗС, КР
1.2.				3		3	2	5		+	+			Тр, Р, Э, ДОТ	Т, Пр, КР
2.										+	+			ЛВ, Тр, КС, Р, ДОТ	Т, ЗС, КР
2.1.	1			3		4	2	6						Р, ДОТ	
2.2.	2			3		5	1	6		+	+			КС, Р, ДОТ	Т, Пр, КР
3.										+	+				
3.1.	1			3		4	2	6						Л, Тр, Р, ДОТ	Т, Пр, ЗС
3.2.	1			3		4	2	6		+	+			Тр, КС, ДОТ	Т, Пр, КР
4.														Л, КС, ДОТ	Т, ЗС
4.1.	1			3		4	2	6		+	+				
4.2.	1			2		4	2	6		+	+			КС, Р, ДОТ	Т, КР
5.														Л, КС, ДОТ	Т, ЗС, КР
5.1.	1			3		4	3	7		+	+				
5.2.	2			3		5	2	7		+	+			Л, Тр, КС, Р, ДОТ	Т, Пр, ЗС
6.															
6.1.	1			3		4	3	7		+	+			ЛВ, Р, ДОТ	Т, ЗС, КР

6.2.	1		2		3	2	5		+	+			Л, КС, Р, Э, ДОТ	Т, КР
Зачет			2		2				+	+			Л, Тр, Р	Т, КР
ИТОГО:	12		35		47	25	72							

Список сокращений: (Л), лекция-визуализация (ЛВ), занятия с использованием тренажёров, имитаторов (Тр), разбор клинических случаев (КС), подготовка и защита истории болезни (ИБ), учебно-исследовательская работа студента (УИРС), подготовка и защита рефератов (Р), экскурсии (Э), дистанционные образовательные технологии (ДОТ), Т – тестирование, Пр – оценка освоения практических навыков (умений), ЗС – решение ситуационных задач, КР – контрольная работа, ИБ – написание и защита истории болезни.

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

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

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 вышеперечисленное 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»

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. Алгоритм неотложной помощи в случае эклампсии.

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

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. Рс - 90 уд/мин, удовлетворительного наполнения. АД - 105/60 мм рт. ст. Кожные покровы бледноваты. Со стороны сердца, легких патологии не выявлено. Матка в нормальном тоне, 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 влагалища; 4) с разрывом шейки матки; 5) с разрывом сосудов пуповины при оболочечном прикреплении
3. Влагалищное исследование при развернутой операционной, ультразвуковая фетоплацентометрия.
4. Беременность 37-38 недель. Предлежание плаценты с кровотечением. Поперечно-суженный 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 valgum. 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. Головка плода прижата ко 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 суже-

- ния таза.
5. Дифференциальный диагноз между различными формами сужения таза производится на основании сопоставлении 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 предлежащей 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.

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. Демонстрация биомеханизма родов при переднем и заднем виде затылочного предлежания.
8. Демонстрация биомеханизма родов при ягодичном предлежании.
9. Осмотр последа.
10. Осмотр родовых путей в раннем послеродовом периоде
11. Определение срока беременности.

Критерии оценки выполнения практических навыков:
зачтено/не зачтено.

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

По окончании VII семестра проводится зачет. Промежуточная аттестация осуществляется по трехэтапной системе:

1-й этап - практические навыки (освоение практических навыков проводится на практических занятиях). Перечень практических навыков представлен в разделе кафедры акушерства и гинекологии на сайте Университета, а также на стенде кафедры на базе ГБУЗ ТО «Областной родильный дом».

2-й этап – решение заданий в тестовой форме. Тестовые задания по разделам акушерства и гинекологии, утвержденные на кафедре акушерства и гинекологии и ЦКМС представлены в разделе кафедры акушерства и гинекологии на сайте Университета, а также доступны по ссылке: <http://tvgm.ru/kaf/p1081/docs/>.

3-й этап – собеседование - решение ситуационных задач, предлагаются для решения двух задач по дисциплине «Акушерство» (ознакомление с задачами проводится на практических занятиях, запланированных лекциях в конце VII семестра). Примеры ситуационных задач представлены в методических рекомендациях кафедры, в разделе кафедры акушерства и гинекологии на сайте Университета и на стенде кафедры на базе ГБУЗ ТО «Областной родильный дом».

2.1. Примеры заданий по практическим навыкам:

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 тракции 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.

Критерии оценки по этапу оценки практических навыков:

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

2.2. Примеры заданий 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 | в) 16 нед |
| б) 20 нед | г) 25 нед |

4.ДНО МАТКИ НА УРОВНЕ ЛОНА СООТВЕТСТВУЕТ СРОКУ БЕРЕМЕННОСТИ:

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

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:

1 - д, 2 - в, 3 - б, 4 - е, 5 - б, 6 - б.

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

менее 70% - «неудовлетворительно»

70-80% - "удовлетворительно"

81-95% - "хорошо"

96-100% - "отлично"

2.3. Примеры ситуационных задач

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 кардиотографии 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) Кардиотография. Кардиотокография 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 родильница 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 малого таза. 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 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 заболевание и сформулировать клинический диагноз. Отсутствие ответа на дополнительные вопросы.

Итоговая оценка при промежуточной аттестации:

По итогам зачета, проводимого на последнем занятии цикла в VII семестре – «зачтено» или «не зачтено».

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-Медиа, 2015. – 656 с.
2. Айламазян, Э.К. Акушерство [Текст]: учебник / Э.К. Айламазян. – 9-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 704 с.
3. 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, 2018. - 1088 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.

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, 2018. – 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, 2018. – 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).

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

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

Клинические рекомендации: <http://cr.rosminzdrav.ru/>;

Электронный справочник «Информо» для высших учебных заведений (www.informuo.ru);

Университетская библиотека on-line (www.biblioclub.ru);

Информационно-поисковая база Medline ([http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed));

База данных POLPRED (www.polpred.com);

Электронный библиотечный абонемент Центральной научной медицинской библиотеки Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова // <http://www.emll.ru/newlib/>;

Бесплатная электронная библиотека онлайн «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» // <http://window.edu.ru/>;

Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации // <https://minzdrav.gov.ru/>;

Российское образование. Федеральный образовательный портал. // <http://www.edu.ru/>;

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 2019:

- Access 2019;
- Excel 2019;
- Outlook 2019;
- PowerPoint 2019;
- Word 2019;
- Publisher 2019;
- OneNote 2019.

2. Комплексные медицинские информационные системы «КМИС. Учебная версия» (редакция Standart) на базе IBM Lotus.

3. Программное обеспечение для тестирования обучающихся SUNRAV TestOffice-Pro.

4. Система дистанционного обучения Moodle.

5. Платформа Microsoft Teams, сервис Zoom для видеоконференций.

4.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС):

1. Электронно-библиотечная система «Консультант студента» (www.studmedlib.ru);

5. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины.

Приложение № 2

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

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. Сведения об обновлении рабочей программы дисциплины

Приложение № 4

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины
ОПК-5.**

Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач

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 вышеперечисленное.
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 вышеперечисленным.
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

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.

Контрольные вопросы для индивидуального собеседования:

1. Тазовое предлежание плода. Классификация. Методы диагностики.
2. Самопроизвольный аборт, причины. Классификация, стадии течения самопроизвольного аборта.
3. Преждевременные роды, этиологические факторы. Современная классификация в зависимости от гестационного срока.
4. Перенашивание беременности. Признаки «зрелости» шейки матки и современные методы диагностики готовности к родам.
5. Ранние токсикозы беременных (ранняя рвота беременных). Классификация ранних гестозов (ранней рвоты беременных), клиника, методика обследования.
6. Преэклампсия (гестоз). Современная классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика артериальной гипертензии у беременных.
7. Аномалии родовой деятельности. Формы аномалий родовой деятельности, осложнения для матери и плода. Партограмма, методы и критерии диагностики аномалий родовой деятельности.
8. Понятие об анатомически узком тазе, клинически или функционально узком тазе, современная классификация, осложнения для матери и плода. Методы диагностики функционально узкого таза.
9. Виды кесарева сечения, их применение в современном акушерстве.
10. Формы родового травматизма матери. Клиника, диагностика родового травматизма матери. Разрыв матки.
11. Родовой травматизм плода. Классификация, клиника и диагностика различных форм родовых травм новорожденного.
12. 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.
13. Предлежание плаценты. Классификация форм, причины возникновения, клиника, диагностика во время беременности и в родах.
14. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Предрасполагающие факторы, классификация, клиника во время беременности и в родах.
15. Кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периоде. Классификация, клиника и дифференциальная диагностика кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периодах.

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.

**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 шейно-грудной 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 сложные задачи на основе приобретенных знаний и умений, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

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-й 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 выходящих 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, роженица 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).

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины
ОПК-6.**

Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач

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 ДИСКООРДИНИРОВАННОЙ 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) наличию 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 КЮВЕЛЛЕРА 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.

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.

Контрольные вопросы для индивидуального собеседования:

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. Самопроизвольный аборт. Лечение по стадиям, принципы профилактики.
3. Алгоритм ведения преждевременных родов. Принципы профилактики респираторного дистресс-синдрома новорожденного.
4. Подготовки беременных к родам при перенашивании, методы родовозбуждения, родоразрешения.
5. Принципы лечения, неотложная помощь и профилактика ранней рвоты беременных.
6. Алгоритм оказания неотложной помощи при преэклампсии и эклампсии во время беременности и в родах.
7. Алгоритмы ведения, принципы родоразрешения и обезболивания у пациенток с преэклампсией. Магнезиальная терапия.
8. Современные методы коррекции и профилактики аномалий родовой деятельности. Алгоритмы родоразрешения.
9. Методы ведения родов и профилактики осложнений при функционально узком тазе.
10. Виды кесарева сечения, их применение в современном акушерстве. Техника операции, абсолютные и относительные показания, противопоказания, профилактика осложнений.
11. Лечение родового травматизма матери в зависимости от формы. Разрыв матки – тактика оперативного пособия.
12. Алгоритм ведения и родоразрешения при предлежании плаценты.
13. Алгоритм ведения и родоразрешения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.
14. Кровотечение в раннем послеродовом периоде. Алгоритм неотложной помощи. Операция ручного контрольного обследования полости матки.

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. Ручное отделение плаценты и выделение последа.
5. Ручное контрольное обследование полости матки.
6. Снятие швов с промежности.

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 ягодицы, 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 180⁰, 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 и умений, 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, раздельное диагностическое выскабливание слизистой полости матки с последующим гистологическим исследованием, ЭКГ, определение ХГ, мазки с влагалищной части шейки матки и цервикального канала на атипические 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 недостаточности, 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 роженицы 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 осложнение 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 рожениц 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 - $2,8 \times 10^9$ /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 - 130×10^9 /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. аборт 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 септиемией относятся 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), аминогликозиды и химиотерапевтические средства (метронидазол, клиндамицин). Двухкомпонентная схема: цефалоспорины III поколения и аминогликозиды: 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 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, медикоментозный 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 фазе 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 кровотечениями.

Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины:

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, 2018. – 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, 2018. – 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).

Справка

о материально-техническом обеспечении рабочей программы дисциплины
Акушерство

(название дисциплины, модуля, практики)

№ п/п	Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы
	Учебная комната №1 и №2 на базе ГБУЗ ТО «Областной родильный дом»	Медицинские тренажёры, наборы профильных медицинских инструментов, учебные тематические плакаты
	Учебная комната №1 на базе ГБУЗ ТО «Родильный дом №2»	Медицинские тренажёры, наборы инструментов, учебные тематические плакаты
	Учебная комната №1 и №2 на базе ГБУЗ ТО «Родильный дом №5»	Медицинские тренажёры, наборы профильных медицинских инструментов, учебные тематические плакаты
	Учебная комната №1 и №2 на базе мультипрофильного аккредитационно-симуляционного центра Университета	Профильные медицинские тренажёры и симуляторы, наборы профильных медицинских инструментов, учебные тематические плакаты
	Учебная комната №1 на базе ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница»	Медицинские тренажёры, наборы профильных медицинских инструментов, учебные тематические плакаты

*Специальные помещения - учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, курсового проектирования (выполнения курсовых работ), групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации, а также помещения для самостоятельной работы.

**Лист регистрации изменений и дополнений на 2021/2022 учебный год
в рабочую программу дисциплины (модуля, практики)**

Акушерство и гинекология

(название дисциплины, модуля, практики)

для студентов 4 курса,

специальность 31.05.03 Стоматология

форма обучения: очная

Изменения и дополнения в рабочую программу дисциплины рассмотрены на

заседании кафедры « _____ » _____ 202__ г. (протокол № _____)

Зав. кафедрой _____ Стольникова И.И.

подпись

Содержание изменений и дополнений

№ п/п	Раздел, пункт, номер страницы, абзац	Старый текст	Новый текст	Комментарий