

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 и гинекология**

для студентов 4, 5 курса,

специальность
31.05.01 Лечебное дело,

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 Стольников И.И.

Тверь, 2023

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

(должность, место работы, учёная степень, учёное звание, фамилия, инициалы)

« 23» января 2023 г. (прилагается)

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 31.05.01 Лечебное дело, с учётом рекомендаций основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования.

1. Цель и задачи дисциплины

Целью освоения дисциплины является формирование у обучающихся 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, 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	Индикатор достижения	Планируемые результаты обучения
ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	ИОПК-4.1 Применяет медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи.	Знать: -этиология, патогенез, нозологические формы, клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения беременности, родов, послеродового периода, также гинекологических заболеваний протекающих в типичной форме. Уметь: -разработать и обосновать план диагностических мероприятий с учетом особенностей протекания беременности, родов, по-

	<p>ИОПК-4.2 Владеет алгоритмом применения медицинских изделий, специализированного оборудования при решении профессиональных задач</p> <p>ИОПК-4.3 Обосновывает выбор использования медицинских изделий, специализированного оборудования при решении профессиональных задач.</p> <p>ИОПК-4.4 Оценивает результаты использования инструментальных методов обследования при решении профессиональных задач с позиций доказательной медицины</p>	<p>слеродового периода и гинекологических заболеваний.</p> <p>Владеть: -общими и специальными (акушерскими и гинекологическими) методами оценки состояния беременной, внутриутробного плода и пациентки гинекологической клиники.</p> <p>Знать: -методы диагностики и диагностические возможности исследования в акушерстве и гинекологии.</p> <p>Уметь: -поставить предварительный диагноз и наметить объем дополнительных исследований в соответствии течения беременности, родов, послеродового периода.</p> <p>Владеть: -алгоритмом постановки предварительного и развернутого клинического диагноза. Правильным ведением медицинской документации в женской консультации, родильном доме и гинекологической клинике.</p> <p>Знать: -методы диагностики и диагностические возможности лечебного учреждения, для оценки состояния беременности, плода и гинекологических больных при различных нозологических формах.</p> <p>Уметь: -обосновать необходимость использования специализированного оборудования, для оценки состояния беременности, плода, родильницы и гинекологических больных.</p> <p>Владеть: -специализированным оборудованием для оказания квалифицированной медицинской помощи беременным, плоду, роженицам, родильницам и гинекологическим больным.</p> <p>Знать: -критерии диагностики осложнений беременности, родов, послеродового периода, гинекологических заболеваний.</p> <p>Уметь: - интерпретировать результаты дополнительных методов исследования с позиций доказательной медицины .</p>
--	--	---

		<p>Владеть: -навыками оценки, результатов использования инструментальных методов обследования беременных, рожениц, родильниц и гинекологических больных.</p>
<p>ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности</p>	<p>ИОПК-7.1 Умеет применять лекарственные препараты и медицинские изделия для лечения патологических заболеваний и состояний</p> <p>ИОПК-7.2 Умеет использовать современные алгоритмы лечения заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ИОПК-7.3 Владеет методами контроля эффективности применения лекарственных препаратов для лечения с позиции доказательной медицины</p>	<p>Знать: -показания к применению лекарственных препаратов и медицинских изделий беременным, роженицам, родильницам и гинекологическим больным с учетом безопасности для матери и плода.</p> <p>Уметь: --разработать индивидуальный план лечебных мероприятий при осложнениях беременности, родов послеродового периода и лечения гинекологических больных.</p> <p>Владеть: -методикой планирования лечебно- профилактических мероприятий у беременных, рожениц, родильниц и гинекологических больных.</p> <p>Знать: -показания, условия, противопоказания и этапы выполнения основных акушерских и гинекологических операций..</p> <p>Уметь: -разработать индивидуальный план лечебных мероприятий при осложнениях беременности, родов, послеродового периода и гинекологических больных в соответствии клиническим рекомендациям, с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Владеть: -алгоритмом помощи при неотложных состояниях во время беременности, родов, послеродовом периоде и у пациенток гинекологической клиники.</p> <p>Знать: -методику фармакотерапии с оценкой эффективности и безопасность для матери и плода проводимого лечения. Принципы и критерии эффективности профилактических мероприятий в акушерстве и гинекологии.</p> <p>Уметь: - составлять план профилактики осложнений беременности, родов, послеродового периода, гинекологических заболеваний и проводить профилактические мероприятия. Проводить экспертизу вре-</p>

	<p>ИОПК-7.4 Умеет оценивать безопасность лечения с учётом морфофункционального состояния организма</p>	<p>менной нетрудоспособности при осложнениях беременности, родов. Послеродового периода, гинекологических заболеваниях.</p> <p>Владеть: -методами контроля эффективности применения лекарственных препаратов для лечения с позиции доказательной медицины у беременных, плода, рожениц, родильниц и гинекологических больных.</p> <p>Знать: - показания и противопоказания к избранному методу лечения у конкретной пациентки с учетом морфофункционального состояния организма.</p> <p>Уметь: -оценить безопасность лечения в соответствии с ситуаций: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация, с учетом морфофункционального состояния организма (экстрагенитальную патологию).</p> <p>Владеть: -навыками лечебно-профилактической помощи беременным, роженицам, родильницам и гинекологических больных.</p>
--	--	--

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 10 зачетных единиц, 360 академических часов, в том числе 220 часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем, и 140 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 и гинекология» проводятся: зачет (по окончании VIII семестра) и экзамен (по окончании X семестра).

Зачет и экзамен проводятся 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

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 кесареву 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.

Изоиммунизация 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. Внутритробная гипоксия плода и асфиксия новорожденных.

Оценка состояния внутритробного плода (аускультация, УЗИ, доплерометрия, КТГ). Методы диагностики, лечения и профилактики гипоксических состояний внутритробного 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 послеродовом и раннем послеродовом периоде. Геморрагический шок и ДВС-синдром.

Клиника и дифференциальная диагностика кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом 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.

1.25.Зачет.

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

Раздел содержит сводную таблицу основных форм контактной работы (лекции, семинары, лабораторные практикумы, практические занятия, клинические практические занятия, проведение экзамена/зачета) с указанием количества отведенных на эти формы занятий аудиторных часов. Наличие раздела «Самостоятельная работа студента» обязательно.

По всем профильным клиническим дисциплинам на клинические практические занятия в амбулаторно-поликлинических условиях должно быть предусмотрено не менее 25% часов контактной аудиторной нагрузки.

Запрещается придавать итоговым занятиям и рубежным контролям статус зачетов!

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-4	ОПК-7	ПК-	ПК-		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Модуль 1.															
1.1.				1		1	2	4		+	+			Р, Э, ДОТ	Т, ЗС
1.2.															Т, Пр
1.2.1.				2		2	3	5		+	+			Тр, Р, Э, ДОТ	
1.2.2.				2		2	3	5		+	+			Тр, Р, Э, ДОТ	Т, Пр, КР
1.3.														Тр, КС, ИБ, Р, ДОТ	Т, Пр, КР
1.3.1.				2		2	2	4		+	+			Р, ДОТ	
1.3.2.				4		4	4	8		+	+			Тр, КС, Р	Т, Пр, КР
1.4.														ЛВ, Тр, КС, Р, ДОТ	Т, ЗС, КР
1.4.1.	2			3		5	3	8		+	+			Р, ДОТ	
1.4.2.	2			1		3	3	6		+	+			Л, Тр, ИБ, Р, Э, ДОТ	Т, ЗС, КР
1.5.				2		2	3	5		+	+			Тр, КС, ИБ, Р, ДОТ	Т, Пр, КР
1.6.	1			3		4	3	7		+	+			Л, РИ, Тр, ИБ, Р, ДОТ	Т, Пр, ЗС
1.7.				2		2	2	4		+	+			Тр, ИБ, Р, ДОТ	Т, КР

1.8.				2		2	3	5		+	+			Тр, КС, ИБ, УИРС, ДОТ	Т, Пр, КР
1.9.	1			3		4	3	7		+	+			Л, КС, ИБ, УИРС, ДОТ	Т, ЗС
1.10.				3		3	3	6		+	+			КС, ИБ, Р, ДОТ	Т, КР
1.11.	2			3		2	3	5		+	+			Л, КС, ДОТ	Т, ЗС, КР
1.12.	2			2		4	3	7		+	+			Л, Тр, КС, Р, ДОТ	Т, Пр, ЗС, ИБ
1.13.															Т, ЗС, КР
1.13.1.	1			3		4	3	7		+	+			ЛВ, Р, ДОТ	
1.13.2.	2			3		5	3	8		+	+			Л, КС, ИБ, Р, Э, ДОТ	Т, КР
1.14.	1			3		4	2	6		+	+			Л, Тр, Р, ИБ	Т, КР
1.15.	2			3		5	3	8		+	+			Л, КС, ИБ, Р, Э, ДОТ	Т, ЗС, КР
1.16.	1			2		3	2	5		+	+			Л, Р, Э, ДОТ	Т, ЗС, КР
1.17.	2			3		5	3	8		+	+			Л, ИБ, Р, ДОТ	Т, ЗС, КР
1.18.				2		2	3	5		+	+			КС, ИБ, Р, ДОТ	Т, ЗС, КР
1.19.															Т, ЗС, КР
1.19.1.	2			3		5	3	8		+	+			Л, КС, ИБ, Р, Э, ДОТ	
1.19.2.	1			3		4	3	7		+	+			Л, КС, ИБ, Р, ДОТ	Т, ЗС, КР
1.20.															Т, ЗС, КР
1.20.1.	2			3		5	4	9		+	+			Л, КС, ИБ, Р, ДОТ	
1.20.2.	1			3		4	3	7		+	+			Л, КС, Р, ДОТ	Т, ЗС, КР
1.21.	2			3		5	3	8		+	+			ЛВ, КС, ИБ, Р, ДОТ	Т, ЗС, КР
1.22.	1			3		4	3	7		+	+			Л, КС, ИБ, Р, ДОТ	Т, Пр, ЗС

1.23.	2			2		5	3	8		+	+			Л, КС, ИБ, Р, ДОТ	Т, Пр, ЗС, ИБ
1.24.				3		3	3	6		+	+			КС, Р, ДОТ	Т, Пр, ЗС
1.25. Зачет					3	3		3		+	+				Т, Пр, ЗС
Модуль 2.															
2.1.	3			8		11	3	14		+	+			ЛВ, КС, ИБ, ДОТ	Т, ЗС, КР
2.2.	3			7		10	4	14		+	+			Л, КС, ИБ, ДОТ	Т, ЗС, КР
2.3.	3			8		11	3	14		+	+			Л, КС, ИБ, Р, Э, ДОТ	Т, КР
2.4.	3			8		11	3	14		+	+			Л, КС, ИБ, Р, ДОТ	Т, КР
2.5.	3			8		11	3	14		+	+			ЛВ, КС, ИБ, УИРС, ДОТ	Т, КР
2.6.	3			8		11	3	14		+	+			ЛВ, КС, ИБ, Р, ДОТ	Т, ЗС, КР
2.7.	3			8		11	3	14		+	+			Л, КС, ИБ, Р, ДОТ	Т, ЗС, КР
2.8.														ЛВ, КС, ИБ, Р, ДОТ	Т, ЗС
2.8.1.	3			8		11	3	14		+	+			Л, КС, Р, ДОТ	Т, ЗС, ИБ
2.8.2.	3			8		11	3	14		+	+			Л, КС, Р, ДОТ	Т, ЗС, ИБ
2.9.	3			8		11	3	14		+	+			Л, КС, УИРС	Т, ЗС, ИБ
1-й этап экзамена					3	3		3							Пр
Экзамен							36								
ИТОГО:	60			160	6	220	140	360							

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. Алгоритм неотложных мероприятий при кровотечении в раннем послеродовом периоде.
5. Алгоритм лечения при внематочной беременности в зависимости от формы заболевания.

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 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 абортом 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 сужения 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 предлагающей 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. Влагищное 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. Ушивание разрывы и разрезы промежности, влагища 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:
зачтено/не зачтено.

В качестве средств текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости производится истории родов и истории болезни пациентки гинекологической клиники (образцы 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

По окончании VIII семестра предусмотрено проведение зачета, по окончании X семестра – зачета. Промежуточная аттестация осуществляется по трехэтапной системе:

1-й этап - практические навыки (освоение практических навыков проводится на практических занятиях по соответствующим темам на базе мультипрофильного аккредитационно-симуляционного центра Университета). 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://tvgmu.ru/kaf/p1081/docs/>.

3-й 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 VIII и X семестров). 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. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины для компетенции ОПК-4 (Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследование пациента с целью установления диагноза)

2.1.1. 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 воспрепятствия 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.

2.1.2. 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
- 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

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"

2.1.3. 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 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 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.

2.2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины для компетенции ОПК-7 (Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности)

2.2.1. 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 бедра плода, 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.

2.2.2. 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"

2.2.3. 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 Ш-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 от-

клонен 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 восьмью разными 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 фето-плацентарного 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 составила 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 удастся 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 пельвиоперитонита, 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 заболевание и сформулировать клинический диагноз. Отсутствие ответа на дополнительные вопросы.

Итоговая оценка при промежуточной аттестации:

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

По итогам экзамена (X 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».

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. Гинекология [Текст]: учебник / под ред. Г.М. Савельева, В.Г. Бреусенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 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, 2018. - 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, 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).
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:

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-4**

Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследование пациента с целью установления диагноза

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, влагалища;
 - 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 влагалища.
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) косоузенного.
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 вышеперечисленным.
19. ИЗ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ДЕВОЧЕК НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ БЫВАЕТ:
- а) сальпингоофорит;
 - б) эндометрит;
 - в) вульвовагинит;
 - г) параметрит;
 - д) бартолинит.
20. ПОВЫШЕННАЯ ЧАСТОТА ВУЛЬОВОАГИНИТОВ У ДЕВОЧЕК ОБЪЯСНЯЕТСЯ:
- а) недостаточным содержанием эстрогенов;
 - б) особенностями строения половых органов;
 - в) большой частотой эксудативного диатеза;
 - г) глистной инвазией;
 - д) всем вышеперечисленным.
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 «курительной 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 НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫМ 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 вышеперечисленное.

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 для индивидуального собеседования:

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 послеродовом и раннем послеродовом периоде. Классификация, клиника и дифференциальная диагностика кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периодах.
26. Геморрагический шок. Принципы оценки тяжести кровопотери в послеродовом и раннем послеродовом периоде. Патологические изменения в организме роженицы, 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 рожениц. 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 БРЮШНОСТЕНОЧ-
НОГО 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 РО-
ДОВЫХ 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 и умений, 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-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.

I-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: преэкламп-

- сия 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 глютеофеморального 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 инсулинорезистентно-

сти 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
ОПК-7**

Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности

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 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, гемосорбции;
- 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) электроконизация
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 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. 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 последовом 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 объем 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. Ушивние 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 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 180° , 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 сложные 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.Abortов - 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 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, шеечная.
5. Общая или локальная гиперэстрогения (в частности гиперэстрадиолемиа) 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 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 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 - 130×10^9 /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 родильницы можно отнести отягощенный мед. абортными 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 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-лактамный препарат (амоксиклав), аминогликозид и химиотерапевтические средства (метронидазол, клиндамицин). Двухкомпонентная схема: цефалоспорин 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 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 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 кровотечениям.

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).
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. – Тверь. Тверская ГМА, 2011. – 11 с. (<http://tvgmu.ru/kaf/p1081/docs/>).

Справка

о материально-техническом обеспечении рабочей программы дисциплины
Акушерство и гинекология

(название дисциплины, модуля, практики)

№ п/п	Наименование специальных* помеще- ний и помещений для самостоя- тельной работы	Оснащенность специальных помеще- ний и помещений для самостоятель- ной работы
	Учебная комната №1 и №2 на базе ГБУЗ ТО «Областной родильный дом»	Медицинские тренажёры, наборы про- фильных медицинских инструментов, учебные тематические плакаты
	Учебная комната №1 на базе ГБУЗ ТО «Родильный дом №2»	Медицинские тренажёры, наборы ин- струментов, учебные тематические пла- каты
	Учебная комната №1 и №2 на базе ГБУЗ ТО «Родильный дом №5»	Медицинские тренажёры, наборы про- фильных медицинских инструментов, учебные тематические плакаты
	Учебная комната №1 и №2 на базе мультитипрофильного аккредитационно- симуляционного центра Университета	Профильные медицинские тренажёры и симуляторы, наборы профильных меди- цинских инструментов, учебные темати- ческие плакаты
	Учебная комната №1 на базе ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница»	Медицинские тренажёры, наборы про- фильных 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, 5 курса,

специальность 31.05.01 Лечебное дело

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