

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Чичановская Леся Васильевна  
Должность: Ректор  
Дата подписания: 03.10.2023 16:43:47  
Уникальный программный ключ:  
fdc91c0170824641c2750b083f9178740bd5a8ac

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

УТВЕРЖДАЮ  
Проректор по реализации  
национальных проектов и  
развитию регионального  
здравоохранения



\_\_\_\_\_ А.В. Соловьева

\_\_\_\_\_ 03.10.2023г.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА  
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

**«Неотложная помощь и реанимация в  
акушерстве и гинекологии»  
( 144 часа)**

Тверь  
2022

Программа составлена на основе примерной дополнительной профессиональной программы повышения квалификации по специальности **«акушерство и гинекология»**, рекомендованной Минздравом России, с учетом квалификационных требований, указанных в квалификационных справочниках по соответствующим должностям, профессиям и специальностям и квалификационных требований к профессиональным знаниям и навыкам.

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации: рекомендована к утверждению на заседании Центрального координационно-методического совета «22» апреля 2022 г.

# 1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

## 1.1. Цель и задачи реализации программы:

совершенствование компетенций, необходимых для профессиональной деятельности, и повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации врача акушера-гинеколога.

### Задачи программы:

1. Сформировать знания о закономерностях патогенеза, методов диагностики и лечения при оказании медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология, основанные на регламенте актуальных порядков, стандартов и клинических рекомендаций (протоколов лечения).
2. Сформировать умения выявлять осложнения беременности, родов, послеродового периода, гинекологических заболеваний, а также доброкачественных диффузных изменений молочных желез.
3. Сформировать навыки оценки состояния пациенток и алгоритмов лечебной тактики в акушерстве и гинекологии.
4. Обеспечить возможность приобретения практического опыта в сфере оказания медицинской помощи при осложнениях беременности, родов, послеродового периода, гинекологических заболеваниях и доброкачественных диффузных изменениях молочных желез.

## 1.2. Планируемые результаты обучения по программе

1.2.1. В результате успешного освоения программы повышения квалификации обучающийся должен развить имеющиеся компетенции:

**ПК-1:** Проведение медицинского обследования пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара

### знать:

- Общие вопросы организации оказания медицинской помощи населению
- Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»
- Стандарты первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»
- Клинические рекомендации при оказании медицинской помощи
- Основы топографической анатомии областей тела, в том числе передней брюшной стенки и брюшной полости, забрюшинного пространства, органов малого таза, урогенитальной области, молочных желез, в норме и при патологии у пациентов с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей

- Основные вопросы нормальной и патологической физиологии органов репродуктивной системы и молочных желез у пациентов до беременности, во время беременности, в родах и в послеродовой период с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей, группы риска заболеваний органов репродуктивной системы
- Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции у пациентов с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей
- Методика сбора жалоб, анамнеза, осмотра, медицинских, лабораторных и инструментальных обследований, показания к их проведению, интерпретации их результатов у пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез
- Принципы подготовки к планируемой беременности, принципы ведения беременности, родов и послеродового периода, в том числе у пациентов с соматическими заболеваниями и инфекционными заболеваниями
- Этиология, патогенез, современная классификация, факторы риска, клиническая симптоматика, методы диагностики акушерских осложнений и неотложные состояния во время беременности, родов и в послеродовом периоде, гинекологических заболеваний, неотложных состояний у новорожденных
- Этиология, патогенез, классификация, факторы риска женского бесплодия, методы диагностики у пациентов с бесплодием, включая вспомогательные репродуктивные технологии

**уметь:**

- Осуществлять сбор жалоб, анамнеза, интерпретировать и анализировать полученную информацию у пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез
- Оценивать анатомо-физиологическое состояние органов женской репродуктивной системы и молочных желез, в том числе в период беременности, родов и в послеродовой период
- Применять методы осмотра и медицинских обследований, интерпретировать и анализировать их результаты у пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей
- Обосновывать и планировать объем лабораторных и инструментальных исследований, интерпретировать их результаты у пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания

медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи

- Обеспечивать оптимальный выбор принципов подготовки к планируемой беременности, принципов ведения беременности, родов и послеродового периода, в том числе у пациентов с соматическими заболеваниями и инфекционными заболеваниями
- Выполнять инструментальные обследования, интерпретировать и анализировать их результаты у пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями согласно стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям
- Определять показания для направления пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез на консультацию к врачам-специалистам согласно стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям
- Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования врачами-специалистами пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез
- Определять медицинские показания для оказания скорой медицинской помощи пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез
- Устанавливать диагноз и проводить дифференциальную диагностику акушерских осложнений, гинекологических заболеваний, заболеваний молочных желез, используя алгоритм постановки диагноза в соответствии с МКБ

**владеть навыками:**

- Сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания, интерпретация информации, полученной от пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез
- Осмотр и медицинское обследование пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез
- Формулировка диагноза, составление плана лабораторных и инструментальных обследований в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез

желез согласно стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям

- Направление пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез на лабораторные и инструментальные обследования согласно стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям, интерпретация результатов
- Направление пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез на консультацию к врачам-специалистам согласно стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям
- Направление пациентов для оказания специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи, в условиях стационара или дневного стационара при наличии медицинских показаний
- Обеспечение оптимального выбора принципов подготовки к планируемой беременности, принципы ведения беременности, родов и послеродового периода, в том числе у пациентов с соматическими заболеваниями и инфекционными заболеваниями
- Установление диагноза и дифференциальная диагностика пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с действующей МКБ
- Определение медицинских показаний для оказания скорой медицинской помощи пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез

**ПК-2:** Назначение и проведение лечения пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контроль его эффективности и безопасности в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара

**знать:**

- Общие вопросы организации оказания медицинской помощи населению
- Порядок оказания, стандарты первичной медико-санитарной помощи, специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, клинические рекомендации по профилю «акушерство и гинекология»
- Основы топографической анатомии областей тела, в том числе передней брюшной стенки и брюшной полости, забрюшинного пространства, органов малого таза, урогенитальной области, молочных желез, в норме и при патологии у пациентов с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей

- Основные вопросы нормальной и патологической физиологии органов репродуктивной системы и молочных желез пациентов до беременности, во время беременности, в родах и в послеродовой период, группы риска заболеваний органов репродуктивной системы
- Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции у пациентов с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей
- Принципы ведения самопроизвольных и оперативных родов, медицинские показания и медицинские противопоказания к самопроизвольному и оперативному родоразрешению
- Принципы ведения беременности, родов и послеродового периода, в том числе у пациентов с соматическими и инфекционными заболеваниями
- Методы лечения акушерских осложнений, в том числе неотложных состояний, в период беременности, родов и в послеродовой период
- Принципы оказания реанимационной помощи новорожденному
- Методы лечения гинекологических заболеваний
- Методы лечения бесплодия, включая вспомогательные репродуктивные технологии
- Методы лечения доброкачественных диффузных изменений молочных желез
- Способы искусственного прерывания беременности
- Медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению медицинских вмешательств, в том числе хирургических
- Техника проведения медицинских вмешательств, в том числе хирургических, пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез
- Принципы профилактики и лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, возникших в результате медицинских вмешательств у пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез

**уметь:**

- Оценивать тяжесть состояния пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез
- Разрабатывать план лечения, корректировать лечение при наличии медицинских показаний пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез согласно стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям
- Назначать лекарственные препараты, медицинские изделия, лечебное питание пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания

беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез согласно стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям, оценивать эффективность и безопасность назначенного лечения

- Выполнять медицинские вмешательства, в том числе хирургические и обеспечивать их безопасность, послеоперационное ведение пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями согласно стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям
- Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, возникшие у пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в результате медицинских вмешательств
- Определять медицинские показания для направления пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез к врачам-специалистам, а также для оказания специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи согласно стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям
- Оказывать медицинскую помощь пациентам в неотложной форме согласно стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям

**владеть навыками:**

- Оценка тяжести состояния пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез
- Разработка плана лечения и его корректировка у пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез с учетом диагноза и клинической картины согласно стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям
- Назначение, оценка эффективности и безопасности лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозной терапии, лечебного питания пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез согласно стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям



- Назначение и выполнение медицинских вмешательств, включая хирургические, послеоперационное ведение в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез согласно стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям
- Профилактика и лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, возникших у пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в результате медицинских вмешательств, в том числе хирургических, применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии
- Определение медицинских показаний для направления и направление пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез к врачам-специалистам при наличии показаний и для оказания специализированной, высокотехнологической, акушерско-гинекологической медицинской помощи в условиях стационара или дневного стационара в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи
- Оказание медицинской помощи пациентам в неотложной форме согласно стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям

**ПК-3:** Проведение медицинского обследования пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях

**знать:**

- Общие вопросы организации оказания медицинской помощи населению
- Порядки и стандарты оказания медицинской помощи (первичной, специализированной, высокотехнологичной), клинические рекомендации по профилю «акушерство и гинекология»
- Топографическую анатомию областей тела, в том числе передней брюшной стенки и брюшной полости, забрюшинного пространства, органов малого таза, урогенитальной области, молочных желез, в норме и при патологии
- Вопросы нормальной и патологической физиологии органов репродуктивной системы и молочных желез у пациентов до беременности, во время беременности, в родах и в послеродовой период, группы риска заболеваний органов репродуктивной системы
- Методы сбора жалоб, анамнеза, осмотра, методы лабораторных и инструментальных обследований у пациентов в время беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими

заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез

- Принципы подготовки к планируемой беременности, принципы ведения беременности, родов и послеродового периода, в том числе у пациентов с соматическими и инфекционными заболеваниями
- Этиология, патогенез, классификация, факторы риска, клиника, методы диагностики акушерских осложнений и неотложных состояний, в период беременности, родов и в послеродовой период, гинекологических заболеваний, заболеваний молочных желез неотложных состояний новорожденных
- Этиология, патогенез, классификация, факторы риска женского бесплодия, методы диагностики у пациентов с бесплодием, включая вспомогательные репродуктивные технологии
- Показания для направления пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез на консультации к врачам-специалистам и оказанию специализированной и высокотехнологической акушерско-гинекологической помощи
- Основы и принципы дифференциальной диагностики акушерских осложнений, гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез, МКБ
- Медицинские и социальные показания к искусственному прерыванию беременности
- Принципы профилактики и ранней диагностики злокачественных новообразований у пациентов
- Симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, которые могут возникнуть в результате инструментальных обследований у пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез

**уметь:**

- Осуществлять сбор жалоб, анамнеза, интерпретировать и анализировать информацию у пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез
- Оценивать анатомо-физиологическое состояние органов женской репродуктивной системы и молочных желез, в том числе в период беременности, родов и в послеродовой период
- Применять методы осмотра и обследования пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности с

гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, интерпретировать и анализировать их результаты

- Обосновывать и планировать объем лабораторных и выполнять инструментальные исследования пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, интерпретировать и анализировать их результаты
- Обеспечивать безопасность инструментальных обследований пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, возникших в результате инструментальных исследований
- Определять медицинские показания для направления пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез на консультацию к врачам-специалистам согласно стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям
- Определять медицинские показания для оказания скорой, скорой специализированной, специализированной и высокотехнологической медицинской помощи пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез
- Устанавливать диагноз и проводить дифференциальную диагностику акушерских осложнений, гинекологических заболеваний, заболеваний молочных желез, используя алгоритм постановки диагноза в соответствии с МКБ

**владеть навыками:**

- Сбор жалоб, анамнеза пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, интерпретация полученной информации
- Осмотр и обследование пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез
- Формулирование диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных обследований пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез

желез согласно стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям

- Направление пациентов в время беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез на лабораторные и инструментальные исследования, консультацию к врачам-специалистам
- Установление диагноза и проведение дифференциальной диагностики пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с МКБ

**ПК-4:** Назначение и проведение лечения пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контроль его эффективности и безопасности в стационарных условиях

**знать:**

- Общие вопросы организации оказания медицинской помощи населению
- Порядки, стандарты первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи, клинические рекомендации по профилю «акушерство и гинекология»
- Основы топографической анатомии областей тела, в том числе передней брюшной стенки и брюшной полости, забрюшинного пространства, органов малого таза, урогенитальной области, молочных желез, в норме и при патологии с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей
- Вопросы нормальной и патологической физиологии органов репродуктивной системы и молочных желез у пациентов до беременности, во время беременности, в родах и в послеродовой период, группы риска заболеваний органов репродуктивной системы
- Принципы ведения самопроизвольных и оперативных родов, медицинские показания и противопоказания к самопроизвольному и оперативному родоразрешению
- Принципы ведения беременности, родов и послеродового периода, в том числе у пациентов с соматическими и инфекционными заболеваниями
- Методы лечения акушерских осложнений, в том числе неотложных состояний, в период беременности, родов и в послеродовой период, гинекологических заболеваний, бесплодия, включая вспомогательные репродуктивные технологии, доброкачественных диффузных изменений молочных желез
- Способы искусственного прерывания беременности
- Медицинские показания и медицинские противопоказания, техника проведения медицинских вмешательств, в том числе хирургических, пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после

- прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез
- Принципы профилактики и лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, возникших в результате манипуляций и оперативных вмешательств, применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез
  - Медицинские показания для направления пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез для оказания специализированной, в том числе высокотехнологической, акушерско-гинекологической медицинской помощи

**уметь:**

- Оценивать тяжесть состояния пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез
- Разрабатывать план лечения, его корректировать при наличии медицинских показаний и назначать лечебное питание пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи
- Выполнять медицинские вмешательства, в том числе хирургические, разрабатывать план послеоперационного ведения пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи
- Обеспечивать безопасность медицинских вмешательств, в том числе хирургических, проводимых пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез
- Предотвращать, устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, возникшие в результате лечебных манипуляций и оперативных вмешательств, применения лекарственных препаратов, медицинских изделий пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез

- Определять медицинские показания для направления пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез к врачам-специалистам и для оказания специализированной, высокотехнологической акушерско-гинекологической медицинской помощи согласно стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям
- Оказывать медицинскую помощь пациентам в неотложной форме согласно стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям

**владеть навыками:**

- Оценка тяжести состояния пациентов при беременности, родах, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез
- Разработка плана лечения, коррекция лечения при наличии медицинских показаний, назначение лечебного питания пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез с учетом диагноза и клинической картины согласно стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям
- Назначение, оценка эффективности и безопасности лекарственных средств, медицинских изделий пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез
- Назначение и выполнение медицинских вмешательств, в том числе хирургических с разработкой плана послеоперационного ведения, пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций, стандартов медицинской помощи
- Обеспечение безопасности лечебных манипуляций и оперативных вмешательств, проводимых пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез
- Профилактика и лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, возникших в результате манипуляций и оперативных вмешательств, применения лекарственных препаратов у пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с

гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез

- Определение медицинских показаний для направления пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез к врачам-специалистам, для оказания специализированной, высокотехнологической акушерско-гинекологической медицинской помощи
- Оказание медицинской помощи пациентам в неотложной форме согласно стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям

Паспорт совершенствуемых компетенций		
Код трудовой функции	Компетенция	Индикаторы достижения планируемых результатов
<b>A/01.8</b>	<b>ПК-1:</b> Проведение медицинского обследования пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара	<p><b>знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Общие вопросы организации оказания медицинской помощи населению</li> <li>- Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»</li> <li>- Стандарты первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»</li> <li>- Клинические рекомендации при оказании медицинской помощи</li> <li>- Основы топографической анатомии областей тела, в том числе передней брюшной стенки и брюшной полости, забрюшинного пространства, органов малого таза, урогенитальной области, молочных желез, в норме и при патологии у пациентов с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей</li> <li>- Основные вопросы нормальной и патологической физиологии органов репродуктивной системы и молочных желез у пациентов до беременности, во время беременности, в родах и в послеродовой период с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей, группы риска заболеваний органов репродуктивной системы</li> <li>- Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции у пациентов с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей</li> <li>- Методика сбора жалоб, анамнеза, осмотра и медицинских, лабораторных и инструментальных обследований, показания к их проведению, интерпретации их результатов у пациентов в период беременности, родов, в послеродовой</li> </ul>



		<p>период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Принципы подготовки к планируемой беременности, принципы ведения беременности, родов и послеродового периода, в том числе у пациентов с соматическими заболеваниями и инфекционными заболеваниями</li> <li>- Этиология, патогенез, современная классификация, факторы риска, клиническая симптоматика, методы диагностики акушерских осложнений и неотложных состояний, в период беременности, родов и в послеродовом периоде, гинекологических заболеваний, неотложных состояний у новорожденных</li> <li>- Этиология, патогенез, классификация, факторы риска женского бесплодия, методы диагностики у пациентов с бесплодием, вспомогательными репродуктивными технологиями</li> </ul> <p><b>уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Осуществлять сбор жалоб, анамнеза, интерпретировать и анализировать полученную информацию у пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</li> <li>- Оценивать анатомо-физиологическое состояние органов женской репродуктивной системы и молочных желез, включая период беременности, родов и в послеродовой период</li> <li>- Применять методы осмотра и медицинских обследований, интерпретировать и анализировать их результаты у пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и</li> </ul>
--	--	---

		<p>доброкачественными диффузными изменениями молочных желез с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Обосновывать и планировать объем лабораторных и инструментальных исследований, интерпретировать и анализировать их результаты у пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез согласно стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям</li> <li>- Обеспечивать оптимальный выбор принципов подготовки к планируемой беременности, принципов ведения беременности, родов и послеродового периода, в том числе у пациентов с соматическими и инфекционными заболеваниями</li> <li>- Выполнять инструментальные обследования, интерпретировать и анализировать их результаты у пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями согласно порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям, стандартам медицинской помощи</li> <li>- Определять показания для направления пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез на консультацию к врачам-специалистам согласно стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям</li> </ul>
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования врачами-специалистами пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</li> <li>- Определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</li> <li>- Устанавливать диагноз и проводить дифференциальную диагностику акушерских осложнений, гинекологических заболеваний, заболеваний молочных желез, используя алгоритм постановки диагноза в соответствии с МКБ</li> </ul> <p><b>владеть навыками:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания, интерпретация информации, полученной от пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</li> <li>- Осмотр и медицинское обследование пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</li> <li>- Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных</li> </ul>
--	--	--

		<p>обследований пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез согласно стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Направление пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез на лабораторные и инструментальные обследования согласно стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям, а также интерпретация их результатов</li> <li>- Направление пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез на консультацию к врачам-специалистам согласно стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям</li> <li>- Направление пациентов для оказания специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи, в условиях стационара или дневного стационара при наличии медицинских показаний</li> <li>- Обеспечение оптимального выбора принципов подготовки к планируемой беременности, принципы ведения беременности, родов и послеродового периода, в том числе у пациентов с соматическими заболеваниями и инфекционными заболеваниями</li> </ul>
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Установление диагноза и дифференциальная диагностика пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с действующей МКБ</li> <li>- Определение медицинских показаний для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>A/02.8</b></p>	<p><b>ПК-2:</b> Назначение и проведение лечения пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контроль его эффективности и безопасности в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара</p>	<p><b>знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Общие вопросы организации оказания медицинской помощи населению</li> <li>- Порядок оказания, стандарты первичной медико-санитарной помощи, специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, клинические рекомендации по профилю «акушерство и гинекология»</li> <li>- Основы топографической анатомии областей тела, в том числе передней брюшной стенки и брюшной полости, забрюшинного пространства, органов малого таза, урогенитальной области, молочных желез, в норме и при патологии у пациентов с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей</li> <li>- Основные вопросы нормальной и патологической физиологии органов репродуктивной системы и молочных желез пациентов до беременности, во время беременности, в родах и в послеродовой период с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей, группы риска заболеваний органов репродуктивной системы</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции у пациентов с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей</li> <li>- Принципы ведения самопроизвольных и оперативных родов, медицинские показания и медицинские противопоказания к самопроизвольному и оперативному родоразрешению</li> <li>- Принципы ведения беременности, родов и послеродового периода, в том числе у пациентов с соматическими и инфекционными заболеваниями</li> <li>- Методы лечения акушерских осложнений, в том числе неотложных состояний, в период беременности, родов и в послеродовой период</li> <li>- Принципы оказания реанимационной помощи новорожденному</li> <li>- Методы лечения гинекологических заболеваний</li> <li>- Методы лечения бесплодия, включая вспомогательные репродуктивные технологии</li> <li>- Методы лечения доброкачественных диффузных изменений молочных желез</li> <li>- Способы искусственного прерывания беременности</li> <li>- Медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению медицинских вмешательств, в том числе хирургических</li> <li>- Техника проведения медицинских вмешательств, в том числе хирургических, пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</li> <li>- Принципы профилактики и лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, возникших в</li> </ul>
--	--	---

		<p>результате медицинских вмешательств у пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</p>
		<p><b>уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Оценивать тяжесть состояния пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</li> <li>- Разрабатывать план лечения, корректировать лечение при наличии медицинских показаний пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез согласно стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям</li> <li>- Назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и немедикаментозную терапию, лечебное питание пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез согласно стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям, оценивать эффективность и безопасность назначенного лечения</li> <li>- Выполнять медицинские вмешательства, включая хирургические, обеспечивать их безопасность, послеоперационное ведение в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с</li> </ul>

		<p>гинекологическими заболеваниями согласно стандартам, порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, возникшие у пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в результате медицинских вмешательств</li> <li>- Определять медицинские показания для направления пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез к врачам-специалистам, а также для оказания специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи согласно стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям</li> <li>- Оказывать медицинскую помощь пациентам в неотложной форме согласно стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям</li> </ul>
		<p><b>владеть навыками:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Оценка тяжести состояния пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</li> <li>- Разработка плана лечения, его корректировка у пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с</li> </ul>



		<p>гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез с учетом диагноза, возрастных анатомо-физиологических особенностей и клинической картины согласно стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Назначение, оценка эффективности и безопасности лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез согласно стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям</li> <li>- Назначение и выполнение медицинских вмешательств, в том числе хирургических, послеоперационное ведение пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</li> <li>- Профилактика и лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших у пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в результате медицинских вмешательств, в том числе хирургических, применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии</li> <li>- Определение медицинских показаний для направления и направление пациентов в период беременности, родов, в</li> </ul>
--	--	--

		<p>послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез к врачам-специалистам при наличии показаний и для оказания специализированной, высокотехнологической, акушерско-гинекологической медицинской помощи в условиях стационара или дневного стационара</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Оказание медицинской помощи пациентам в неотложной форме согласно стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям</li> </ul>
<p><b>В/01.8</b></p>	<p><b>ПК-3:</b> Проведение медицинского обследования пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях</p>	<p><b>знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Общие вопросы организации оказания медицинской помощи населению</li> <li>- Порядки и стандарты оказания медицинской помощи (первичной, специализированной, высокотехнологичной), клинические рекомендации по профилю «акушерство и гинекология»</li> <li>- Топографическую анатомию областей тела, в том числе передней брюшной стенки и брюшной полости, забрюшинного пространства, органов малого таза, урогенитальной области, молочных желез, в норме и при патологии</li> <li>- Вопросы нормальной и патологической физиологии органов репродуктивной системы и молочных желез у пациентов до беременности, во время беременности, в родах и в послеродовой период, группы риска заболеваний органов репродуктивной системы</li> <li>- Методы сбора жалоб, анамнеза, осмотра, методы лабораторных и инструментальных обследований у пациентов в время беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с</li> </ul>

		<p>гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Принципы подготовки к планируемой беременности, принципы ведения беременности, родов и послеродового периода, в том числе у пациентов с соматическими и инфекционными заболеваниями</li> <li>- Этиология, патогенез, классификация, факторы риска, клиника, методы диагностики акушерских осложнений и неотложных состояний, в период беременности, родов и в послеродовой период, гинекологических заболеваний, заболеваний молочных желез неотложных состояний новорожденных</li> <li>- Этиология, патогенез, классификация, факторы риска женского бесплодия, методы диагностики у пациентов с бесплодием, включая вспомогательные репродуктивные технологии</li> <li>- Показания для направления пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез на консультации к врачам-специалистам и оказанию специализированной и высокотехнологической акушерско-гинекологической помощи</li> <li>- Основы и принципы дифференциальной диагностики акушерских осложнений, гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез, МКБ</li> <li>- Медицинские и социальные показания к искусственному прерыванию беременности</li> <li>- Принципы профилактики и ранней диагностики злокачественных новообразований у пациентов</li> </ul>
--	--	--

		<p>- Симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, которые могут возникнуть в результате инструментальных обследований у пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</p>
		<p><b>уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Осуществлять сбор жалоб, анамнеза, интерпретировать и анализировать информацию у пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</li> <li>- Оценивать анатомо-физиологическое состояние органов женской репродуктивной системы и молочных желез, включая период беременности, родов и в послеродовой период</li> <li>- Применять методы осмотра и обследования пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, интерпретировать и анализировать их результаты</li> <li>- Обосновывать и планировать объем лабораторных и выполнять инструментальные исследования пациентов в период беременности, родов, послеродовом периоде, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, интерпретировать и анализировать их результаты</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Обеспечивать безопасность инструментальных обследований пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, возникших в результате инструментальных исследований</li> <li>- Определять медицинские показания для направления пациентов при гестации, родах, послеродовом периоде, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями, доброкачественными диффузными изменениями молочных желез на консультацию к врачам-специалистам</li> <li>- Определять медицинские показания для оказания скорой, скорой специализированной, специализированной и высокотехнологической медицинской помощи пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</li> <li>- Устанавливать диагноз, выполнять дифференциальную диагностику акушерских осложнений, гинекологических заболеваний, заболеваний молочных желез, используя алгоритм постановки диагноза согласно МКБ</li> </ul>
		<p><b>владеть навыками:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Сбор жалоб, анамнеза пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными</li> </ul>

		<p>изменениями молочных желез, интерпретация информации</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Осмотр и обследование пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</li> <li>- Формулирование диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных обследований пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез согласно стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям</li> <li>- Направление пациентов во время беременности, родов, послеродовом периоде, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез на лабораторные и инструментальные исследования, консультацию к врачам-специалистам</li> <li>- Установление диагноза и проведение дифференциальной диагностики пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в соответствии с МКБ</li> </ul>
<p><b>В/02.8</b></p>	<p><b>ПК-4:</b> Назначение и проведение лечения пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после</p>	<p><b>знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Общие вопросы организации оказания медицинской помощи населению</li> <li>- Порядки, стандарты первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи, клинические</li> </ul>

	<p>прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контроль его эффективности и безопасности в стационарных условиях</p>	<p>рекомендации по профилю «акушерство и гинекология»</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Основы топографической анатомии областей тела, в том числе передней брюшной стенки и брюшной полости, забрюшинного пространства, органов малого таза, урогенитальной области, молочных желез, в норме и при патологии с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей</li> <li>- Вопросы нормальной и патологической физиологии органов репродуктивной системы и молочных желез у пациентов до беременности, во время беременности, в родах и в послеродовой период, группы риска заболеваний органов репродуктивной системы</li> <li>- Принципы ведения самопроизвольных и оперативных родов, медицинские показания и противопоказания к самопроизвольному и оперативному родоразрешению</li> <li>- Принципы ведения беременности, родов и послеродового периода, в том числе у пациентов с соматическими и инфекционными заболеваниями</li> <li>- Методы лечения акушерских осложнений, в том числе неотложных состояний, в период беременности, родов и в послеродовой период, гинекологических заболеваний, бесплодия, включая вспомогательные репродуктивные технологии, доброкачественных диффузных изменений молочных желез</li> <li>- Способы искусственного прерывания беременности</li> <li>- Медицинские показания и медицинские противопоказания, техника проведения медицинских вмешательств, в том числе хирургических, пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и</li> </ul>
--	---	--

		<p>доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Принципы профилактики и лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, возникших в результате манипуляций и оперативных вмешательств, применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</li> <li>- Медицинские показания для направления пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез для оказания специализированной, в том числе высокотехнологической, акушерско-гинекологической медицинской помощи</li> </ul> <p><b>уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Оценивать тяжесть состояния пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</li> <li>- Разрабатывать план лечения, его корректировать при наличии медицинских показаний и назначать лечебное питание пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез согласно стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям</li> </ul>
--	--	---



		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Выполнять медицинские вмешательства, в том числе хирургические, разрабатывать план послеоперационного ведения в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями согласно стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям</li> <li>- Обеспечивать безопасность медицинских вмешательств, в том числе хирургических, проводимых пациентам в период беременности, родов, в послеродовом периоде, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</li> <li>- Предотвращать, устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, возникшие в результате лечебных манипуляций и оперативных вмешательств, применения лекарственных препаратов, медицинских изделий пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</li> <li>- Определять медицинские показания для направления пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез к врачам-специалистам и для оказания специализированной, высокотехнологической акушерско-гинекологической медицинской помощи согласно стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям</li> </ul>
--	--	--

		<p>- Оказывать медицинскую помощь пациентам в неотложной форме согласно стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям</p>
		<p><b>владеть навыками:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Оценка тяжести состояния пациентов при беременности, родах, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</li> <li>- Разработка плана лечения, коррекция лечения при наличии медицинских показаний, назначение лечебного питания пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез с учетом диагноза и клинической картины согласно стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям</li> <li>- Назначение, оценка эффективности и безопасности лекарственных средств, медицинских изделий пациентам в период беременности, родов, в послеродовом периоде, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</li> <li>- Назначение и выполнение медицинских вмешательств, в том числе хирургических, с разработкой плана послеоперационного ведения, пациентам в период беременности, родов, в послеродовом периоде, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез согласно стандартам и порядкам оказания</li> </ul>

		<p>медицинской помощи, клиническим рекомендациям</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Обеспечение безопасности лечебных манипуляций и оперативных вмешательств, проводимых пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</li> <li>- Профилактика и лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, возникших в результате манипуляций и оперативных вмешательств, применения лекарственных препаратов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез</li> <li>- Определение медицинских показаний для направления пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез к врачам-специалистам, для оказания специализированной, высокотехнологической акушерско-гинекологической медицинской помощи</li> <li>- Оказание медицинской помощи пациентам в неотложной форме согласно стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям</li> </ul>
--	--	--

1.2.2. Сопоставление результатов обучения по программе повышения квалификации с описанием квалификации в профессиональном стандарте по специальности «Акушерство и гинекология» (или квалификационными требованиями, указанными в квалификационных справочниках по соответствующим должностям, профессиям и специальностям - приказ

Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. №541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»).

<p>Профессиональный стандарт специалиста (квалификационные требования, указанные в квалификационных справочниках)</p>	<p>Результаты обучения</p>
<p>Обобщенные трудовые функции или трудовые функции (должностные обязанности) Оказание медицинской помощи населению по профилю «Акушерство и гинекология» в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара (<b>код А</b>) Оказание медицинской помощи населению по профилю «Акушерство и гинекология» в стационарных условиях (<b>код В</b>)</p>	<p>Виды профессиональной деятельности: - диагностическая, - лечебная</p>
<p>Трудовые функции или трудовые действия (должностные обязанности): - Проведение медицинского обследования пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара (<b>А/01.8</b>); - Назначение и проведение лечения пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контроль его эффективности и безопасности в амбулаторных</p>	<p>Профессиональные компетенции (ПК): <b>ПК-1:</b> Проведение медицинского обследования пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара; <b>ПК-2:</b> Назначение и проведение лечения пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контроль его эффективности и безопасности в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара</p>

<p>условиях и (или) в условиях дневного стационара (А/02.8);</p> <p>- Проведение медицинского обследования пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях (В/01.8);</p> <p>- Назначение и проведение лечения пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контроль его эффективности и безопасности в стационарных условиях (В/02.8)</p>	<p><b>ПК-3:</b> Проведение медицинского обследования пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях</p> <p><b>ПК-4:</b> Назначение и проведение лечения пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контроль его эффективности и безопасности в стационарных условиях</p>
---	---

### **1.3. Требования к уровню подготовки лиц, принимаемых для обучения по программе «Неотложная помощь и реанимация в акушерстве и гинекологии»**

Высшее образование - специалитет по специальности «Лечебное дело» или «Педиатрия» и подготовка в интернатуре и (или) ординатуре по специальности «Акушерство и гинекология».

### **1.4. Трудоемкость обучения по программе «Неотложная помощь и реанимация в акушерстве и гинекологии»**

Трудоемкость дополнительной профессиональной программы повышения квалификации составляет 144 часа (4 ЗЕТ), включая все виды аудиторной работы обучающегося.

### **1.5. Формы обучения по программе «Неотложная помощь и реанимация в акушерстве и гинекологии»**

Формы обучения:

- очная;
- с использованием дистанционных технологий.

Освоение программы повышения квалификации обучающимися может быть организовано: с отрывом от работы, с частичным отрывом от работы, по индивидуальному плану обучения.

При реализации программы не используется стажировка на рабочем месте.

### **1.6. Режим занятий по программе «Неотложная помощь и реанимация в акушерстве и гинекологии»**

Учебная нагрузка при реализации программы повышения квалификации вне зависимости от применяемых форм обучения устанавливается в размере 36 академических часов в неделю, включая все виды аудиторной, включая дистанционную и внеаудиторной учебной работы обучающихся.

## 2. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ

### 2.1. Учебный план

Наименование модулей (разделов, дисциплин)	Общая трудоемкость (в часах)	Аудиторные занятия – очные (в акад. часах)				Дистанционные занятия (в акад. часах)				Самостоятельная работа	Формируемые компетенции	Промежуточная аттестация (форма)
		Всего	Лекции	Практические (клинико-практические, семинары)	Стажировка	Всего	Лекции	Практические (семинары)	Прочие (указать)			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>Модуль 1.</b> «Амбулаторно-поликлиническая помощь в акушерстве и гинекологии»	34	21	6	15		13	3	10			ПК-1; ПК-2	Т, Пр, ЗС
<b>Модуль 2.</b> «Патологическое акушерство»	35	22	5	17		13	3	10			ПК-3; ПК-4	Т, Пр, ЗС
<b>Модуль 3.</b> «Вопросы гинекологической клиники»	35	21	6	15		14	4	10			ПК-3; ПК-4	Т, Пр, ЗС
<b>Модуль 4.</b> Симуляционный курс «Неотложные состояния в практике врача акушера-гинеколога»	34	27	5	22		7	3	4			ПК-3; ПК-4	Т, Пр, ЗС
Итоговая аттестация	6	6									ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4	
<b>Итого:</b>	<b>144</b>	<b>97</b>	<b>22</b>	<b>69</b>		<b>47</b>	<b>13</b>	<b>34</b>				
<b>Итоговая аттестация</b>	Форма итоговой аттестации: итоговый экзамен, который включает: 1 этап – письменное тестирование; 2 этап – проверка освоения практических навыков; 3 этап – собеседование по ситуационным задачам.											

Т – тестирование, Пр – оценка освоения практических навыков (умений), ЗС – решение ситуационных задач





## 2.2. Календарный учебный график

№ п/п	Наименование модулей (разделов, дисциплин), промежуточных и итоговой аттестации в последовательности их изучения	Количество дней учебных занятий	Виды аудиторных занятий (лекции - Л, практические - П, семинары - С, промежуточная - ПА и итоговая аттестация - ИА)
1.	<b>Модуль 1.</b> «Амбулаторно-поликлиническая помощь в акушерстве и гинекологии»	5,5	Л, П, ПА
2.	<b>Модуль 2.</b> «Патологическое акушерство»	6	Л, П, ПА
3.	<b>Модуль 3.</b> «Вопросы гинекологической клиники»	6	Л, П, ПА
4.	<b>Модуль 4.</b> Симуляционный курс «Неотложные состояния в практике врача акушера-гинеколога»	5,5	Л, П, С, ПА
5.	Итоговая аттестация	1	ИА

## 2.3. Рабочие программы модулей с учебно-тематическим планом

### Содержание модулей:

**Модуль 1.** «Амбулаторно-поликлиническая помощь в акушерстве и гинекологии»

- 1.1. Организация акушерско-гинекологической помощи. Федеральный закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; приказ Минздрава России от 20.10.2020 г. №1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»; Приказ Минздрава Тверской области от 25.10.2022 г. №970 «Об организации оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» на территории Тверской области».
- 1.2. Вопросы догоспитальной медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология». Методические рекомендации (на основании Клинических рекомендаций Минздрава России) «Медицинская помощь в акушерстве и гинекологии: догоспитальный этап», 2024.
- 1.3. Заболевания, связанные с инфекцией, в акушерстве и гинекологии. Клинические рекомендации Минздрава России: «Бактериальный вагиноз», 2022; «Гонококковая инфекция», 2021; «Урогенитальный трихомониаз»,

2021; «Урогенитальные заболевания, вызванные *Mycoplasma genitalium*», 2021.

- 1.4. Вопросы гинекологической эндокринологии в практике врача акушера-гинеколога. Клинические рекомендации Минздрава России: «Менопауза и климактерическое состояние у женщины», 2021.
- 1.5. Вопросы гинекологической эндокринологии в практике врача акушера-гинеколога. Клинические рекомендации Минздрава России: «Врожденная дисфункция коры надпочечников (адреногенитальный синдром)», 2021.
- 1.6. Вопросы заболеваний шейки матки и молочных желез в практике врача акушера-гинеколога. Клинические рекомендации Минздрава России: «Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки», 2020; «Доброкачественная дисплазия молочной железы», 2020.

## **Модуль 2. «Патологическое акушерство»**

- 2.1. Акушерская тактика в группах риска по преждевременным родам. Клинические рекомендации Минздрава России: «Преждевременные роды», 2020; «Истмико-цервикальная недостаточность», 2021.
- 2.2. Перинатальные аспекты патологии беременности. Методы оценки состояния плода. Клинические рекомендации Минздрава России: «Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери», 2023; «Инфекции амниотической полости и плодных оболочек (хориоамнионит)», 2023.
- 2.3. Акушерские кровотечения. Коагулопатии в акушерстве. Клинические рекомендации Минздрава России: «Послеродовое кровотечение», 2021.
- 2.4. Акушерские кровотечения (II). Клинические рекомендации Минздрава России «Преждевременная отслойка плаценты», 2021 (проект); «Разрывы промежности при родоразрешении и другие акушерские травмы (акушерский травматизм)», 2023.
- 2.5. Родовой блок. Аномалии костного таза. Клинические рекомендации Минздрава России: «Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании (нормальные роды)», 2021; «Медицинская помощь матери при установленном или предполагаемом несоответствии размеров таза и плода. Лицевое, лобное или подбородочное предлежание плода, требующее предоставления медицинской помощи матери», 2023.
- 2.6. Проблемы абдоминального родоразрешения. Клинические рекомендации Минздрава России «Патологическое прикрепление плаценты (врастание плаценты)», 2022 (проект); «Послеоперационный рубец на матке, требующий предоставления медицинской помощи матери во время беременности, родов и в послеродовом периоде», 2021.

## **Модуль 3. «Вопросы гинекологической клиники»**

- 3.1. Маточные кровотечения в гинекологии. Клинические рекомендации Минздрава России: «Аномальные маточные кровотечения», 2021; «Аномальные маточные кровотечения в пубертатном периоде», 2021 (проект).
- 3.2. Миома матки. Клинические рекомендации Минздрава России: «Миома матки», 2020;
- 3.3. Эндометриоз. Клинические рекомендации Минздрава России: «Эндометриоз», 2020.
- 3.4. Избранные вопросы заболеваний эндометрия. Клинические рекомендации Минздрава России: «Полипы эндометрия», 2023; «Гиперплазия эндометрия», 2021.
- 3.5. Частные вопросы эндокринной гинекологии. Клинические рекомендации Минздрава России: «Синдром поликистозных яичников», 2021; «Синдром гиперстимуляции яичников», 2021.
- 3.6. Внематочная беременность. Клинические рекомендации Минздрава России: «Внематочная (эктопическая) беременность», 2021.

**Модуль 4.** Симуляционный курс «Неотложные состояния в практике врача акушера-гинеколога»

- 4.1. Реанимация новорожденных в родильном зале. Методическое письмо Минздрава России «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале», 2020.
- 4.2. Дистоция плечиков. Клинические рекомендации Минздрава России «Затрудненные роды [дистоция] вследствие предлежания плечика», 2020.
- 4.3. Влагалищное оперативное родоразрешение. Клинические рекомендации Минздрава России «Оперативные влагалищные роды (Роды одноплодные, родоразрешение с наложением щипцов или с применением вакуум-экстрактора)», 2023.
- 4.4. Тазовое предлежание плода. Клинические рекомендации Минздрава России «Тазовое предлежание плода», 2020.
- 4.5. Эмболические осложнения в клинике неотложных состояний в акушерстве. Клинические рекомендации Минздрава России «Эмболия амниотической жидкостью», 2022.
- 4.6. Венозные тромбоэмболические осложнения в акушерской практике. Клинические рекомендации Минздрава России «Венозные осложнения во время беременности и послеродовом периоде. Акушерская тромбоэмболия», 2022.

**Учебно-тематический план (в академических часах)**

Номера модулей, тем, разделов, итоговая аттестация	Аудиторные занятия всего (в т.ч. дистанционные)		Часы на промежуточные и итоговую аттестации	Всего часов на аудиторную работу (в т.ч. дистанционную)	Всего часов на самостоятельную работу	Формируемые компетенции (коды компетенций)	Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения*	Формы текущего контроля успеваемости**
	занятия лекционного типа	клинико-практические (семинарские) занятия						
<b>Модуль 1. «Амбулаторно-поликлиническая помощь в акушерстве и гинекологии»</b>								
1.	9 (3)	23 (8)	2	32 (13)		ПК-1, ПК-2	ЛВ, ПЛ, Т, МК, Тр, КС, ВК, ДОТ	Т, Пр, ЗС
1.1.	-	3 (3)		3 (5)		ПК-1, ПК-2	КС, ВК	Т, Пр, ЗС
1.2.	1 (1)	4 (1)		5 (2)		ПК-1, ПК-2	ЛВ, ПЛ, КС, ВК	Т, Пр, ЗС
1.3.	2 (2)	4 (4)		6 (6)		ПК-1, ПК-2	ЛВ, ПЛ, КС, ВК	Т, Пр, ЗС
1.4.	1	4		5		ПК-1, ПК-2	ЛВ, ПЛ, КС, ВК	Т, Пр, ЗС
1.5.	2	4		6		ПК-1, ПК-2	ЛВ, ПЛ, КС, ВК	Т, Пр, ЗС
1.6.	2	4		6		ПК-1, ПК-2	ЛВ, ПЛ, МК, Тр, КС, ВК	Т, Пр, ЗС
<b>Модуль 2. «Патологическое акушерство»</b>								
2.	8 (3)	24 (7)	2	32 (13)		ПК-3, ПК-4	ЛВ, ПЛ, Т, МК, Тр, КС, ВК, ДОТ	Т, Пр, ЗС
2.1.	2 (2)	4 (4)		6 (9)		ПК-3, ПК-4	ЛВ, ПЛ, КС, ВК	Т, Пр, ЗС
2.2.	1 (1)	4 (3)		5 (4)		ПК-3, ПК-4	ЛВ, ПЛ, МК, КС, ВК	Т, Пр, ЗС
2.3.	2	4		6		ПК-3, ПК-4	ЛВ, ПЛ, Т, МК, Тр, КС, ВК	Т, Пр, ЗС

2.4.	1	4		5		ПК-3, ПК-4	ЛВ, ПЛ, Т, МК, Тр, КС, ВК	Т, Пр, ЗС
2.5.	1	4		5		ПК-3, ПК-4	ЛВ, ПЛ, Т, КС, ВК	Т, Пр, ЗС
2.6.	1	4		5		ПК-3, ПК-4	ЛВ, ПЛ, Т, МК, Тр, КС, ВК	Т, Пр, ЗС
<b>Модуль 3. «Вопросы гинекологической клиники»</b>								
3.	10 (4)	22 (7)	2	32 (14)		ПК-3, ПК-4	ЛВ, ПЛ, Т, МК, Тр, КС, ВК, ДОТ	Т, Пр, ЗС
3.1.	2 (2)	3 (3)		5 (5)		ПК-3, ПК-4	ЛВ, ПЛ, КС, ВК	Т, Пр, ЗС
3.2.	1	4		5		ПК-3, ПК-4	ЛВ, ПЛ, КС	Т, Пр, ЗС
3.3.	2 (2)	3 (3)		5 (5)		ПК-3, ПК-4	ЛВ, ПЛ, МК, КС	Т, Пр, ЗС
3.4.	1	4 (1)		5 (4)		ПК-3, ПК-4	ЛВ, ПЛ, Т, КС, ВК	Т, Пр, ЗС
3.5.	2	4		6		ПК-3, ПК-4	ЛВ, ПЛ, Тр, КС	Т, Пр, ЗС
3.6.	2	4		6		ПК-3, ПК-4	ЛВ, ПЛ, КС	Т, Пр, ЗС
<b>Модуль 4. Симуляционный курс «Неотложные состояния в практике врача акушера-гинеколога»</b>								
4.	8 (3)	24 (4)	2	32		ПК-3, ПК-4	ЛВ, ПЛ, Т, МК, ДИ, РИ, МГ, Тр, КС, ДОТ	Т, Пр, ЗС
4.1.	1	4		5		ПК-3, ПК-4	ЛВ, ПЛ, Т, МК, ДИ, РИ, МГ, Тр, КС	Т, Пр, ЗС
4.2.	1	4		5		ПК-3, ПК-4	ЛВ, ПЛ, Т, МК, ДИ, РИ, МГ, Тр, КС	Т, Пр, ЗС

4.3.	1	4		5		ПК-3, ПК-4	ПЛ, Т, МК, ДИ, РИ, МГ, Тр, КС	Т, Пр, ЗС
4.4.	2	4		6		ПК-3, ПК-4	ЛВ, ПЛ, ДИ, РИ, МГ, КС, ВК	Т, Пр, ЗС
4.5.	2 (2)	4		6 (2)		ПК-3, ПК-4	ЛВ, ПЛ, Т, МК, Тр, КС	Т, Пр, ЗС
4.6.	1 (1)	4 (4)		5 (3)		ПК-3, ПК-4	ПЛ, КС	Т, Пр, ЗС
<b>Итоговая аттестация</b>				6		ПК-1, ПК-2 ПК-3, ПК-4		
<b>ИТОГО:</b>	<b>35 (13)</b>	<b>103 (34)</b>		<b>144 (47)</b>				

**\*\*Образовательные технологии, способы и методы обучения** (с сокращениями): лекция-визуализация (ЛВ), проблемная лекция (ПЛ), тренинг (Т), мастер-класс (МК), деловая и ролевая учебная игра (ДИ, РИ), метод малых групп (МГ), занятия с использованием тренажёров, имитаторов (Тр), разбор клинических случаев (КС), посещение врачебных конференции, консилиумов (ВК), дистанционные образовательные технологии (ДОТ)

**\*\*\*Формы текущего контроля успеваемости** (с сокращениями): Т – тестирование, Пр – оценка освоения практических навыков (умений), ЗС – решение ситуационных задач.

### 3. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

### УСЛОВИЯ

#### 3.1. Материально-технические условия реализации программы

№ п/п	Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы
1.	– учебные комнаты; – конференц-залы; – зал для телемедицинских консультаций; – симуляционно-тренинговый центр; – библиотека ГБУЗ ТО «Областной клинический перинатальный центр им. Е.М. Бакуниной»	– Диагностическое оборудование согласно приложению №3 договора №16 от 11.02.2021 г. Об организации практической подготовки обучающихся между ГБУЗ ТО «Областной клинический перинатальный центр им. Е.М. Бакуниной» и ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России – Мультимедийный комплекс библиотеки ГБУЗ ТО «Областной клинический перинатальный центр им. Е.М. Бакуниной» – Мультимедийные презентации лекций по тематике, предусмотренной учебно-тематическим планом программы – Набор результатов инструментальных исследований и лабораторных исследований – Тестовые задания и ситуационные задачи для контроля уровня знаний
2.	Учебные комнаты мультипрофильного аккредитационно-симуляционного центра ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России	Центр оснащен акушерскими фантомами, моделями (трехмерными), комплектами многофункциональных манекенов имитации родов (роженицы и новорожденного), включая: – робот-симулятор для отработки навыков родовспоможения «Люсина» – многофункциональный манекен имитации родов (роженицы и новорожденного) Noelle, Ноэлье III – тренажер для отработки навыков гинекологического обследования, гистероскопии и кольпоскопии

#### 3.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение программы

##### Рекомендуемая литература:

##### а) Основная литература

1. Акушерство: национальное руководство [Текст] / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1088 с. (Серия «Национальные руководства»)
2. Гинекология: национальное руководство [Текст] / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, И.Б. Манухина. - 2-е изд., перераб.

и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1008 с. (Серия «Национальные руководства»)

3. Федеральный закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями)
4. Приказ Минздрава России от 20.10.2020 г. №1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»

**б) Дополнительная литература:**

1. Приказ Минздрава России от 10.05.2017 г. №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»
2. Клинические рекомендации Минздрава России (<https://cr.minzdrav.gov.ru>):
  - Нормальная беременность, 2023.
  - Бактериальный вагиноз, 2022
  - Венозные осложнения во время беременности и послеродовом периоде. Акушерская тромбоэмболия, 2022
  - Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери, 2023
  - Патологическое прикрепление плаценты (врастание плаценты), 2023
  - Выкидыш (самопроизвольный аборт), 2021
  - Гестационный сахарный диабет. Диагностика, лечение, акушерская тактика, послеродовое наблюдение, 2020
  - Затрудненные роды [дистоция] вследствие предлежания плечика, 2023
  - Инфекция мочевых путей при беременности, 2021
  - Истмико-цервикальная недостаточность, 2021
  - Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения, 2021
  - Многоплодная беременность, 2021
  - Недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери (задержка роста плода), 2022
  - Неудачная попытка стимуляции родов (подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение), 2021
  - Послеоперационный рубец на матке, требующий предоставления медицинской помощи матери во время беременности, родов и в послеродовом периоде, 2021
  - Послеродовое кровотечение, 2021
  - Преждевременная отслойка плаценты, 2021 (проект)
  - Преждевременные роды, 2023
  - Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде, 2021
  - Привычный выкидыш, 2021
  - Разрывы промежности при родоразрешении и другие акушерские травмы (акушерский травматизм), 2023
  - Резус-изоиммунизация. Гемолитическая болезнь плода, 2020
  - Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании (нормальные роды), 2021



- Тазовое предлежание плода, 2020
  - Медицинская помощь матери при установленном или предполагаемом несоответствии размеров таза и плода. Лицевое, лобное или подбородочное предлежание плода, требующее предоставления медицинской помощи матери, 2023
  - Инфекции амниотической полости и плодных оболочек (хориоамнионит), 2023
  - Оперативные влагалищные роды (Роды одноплодные, родоразрешение с наложением щипцов или с применением вакуум-экстрактора), 2023
  - Аменорея и олигоменорея, 2021
  - Аномальные маточные кровотечения, 2021
  - Внематочная (эктопическая) беременность, 2021
  - Воспалительные болезни женских тазовых органов, 2021
  - Врожденная дисфункция коры надпочечников (адреногенитальный синдром), 2021
  - Выпадение женских половых органов, 2021
  - Гиперплазия эндометрия, 2021
  - Доброкачественная дисплазия молочной железы, 2020
  - Женское бесплодие, 2021
  - Менопауза и климактерическое состояние у женщины, 2021
  - Миома матки, 2020
  - Синдром гиперстимуляции яичников, 2021
  - Синдром поликистозных яичников, 2021
  - Хламидийная инфекция, 2021
  - Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки, 2020
  - Урогенитальные заболевания, вызванные *Mycoplasma genitalium*, 2021
  - Аногенитальные (венерические) бородавки, 2021
  - Искусственный аборт (медицинский аборт), 2023 (проект)
  - Полипы эндометрия, 2023
  - Аномальные маточные кровотечения в пубертатном периоде, 2021
  - Эндометриоз, 2020
  - Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция, 2021
  - Воспалительные болезни шейки матки, влагалища и вульвы, 2021 (проект)
3. Тактика врача акушера-гинеколога: практическое руководство [Текст]: в 2-х частях / под ред. Г.Т. Сухих, В.Н. Серова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 312 с.
  4. Методические рекомендации «Организация оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным при новой коронавирусной инфекции COVID-19», версия 5, 2021.
  5. Медицинская помощь в акушерстве и гинекологии: догоспитальный этап: мет. рекомендации [Текст] / Л. Ю. Гребенщикова, О. В. Радьков. – Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. ун-та, 2024. – 44 с.

**в) Электронные образовательные ресурсы:**

1. Консультант врача. Электронная медицинская библиотека (<https://www.rosmedlib.ru>).
2. Портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России (<https://edu.rosminzdrav.ru>)
3. Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России (<https://cr.minzdrav.gov.ru>)
4. Университет обеспечен необходимым комплектом лицензионного программного обеспечения:
  1. Microsoft Office 2013 (Access 2013; Excel 2013; Outlook 2013; PowerPoint 2013; Word 2013; Publisher 2013; OneNote 2013)
  2. Комплексные медицинские информационные системы «КМИС. Учебная версия» (редакция Standart) на базе IBM Lotus.
  3. Программное обеспечение для тестирования обучающихся SUNRAV TestOfficePro.
4. Обучающимся обеспечен доступ к современным профессиональным базам данных и информационным справочным системам:
  - Консультант врача. Электронная медицинская библиотека [Электронный ресурс]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа. - Режим доступа: [www.geotar.ru](http://www.geotar.ru).
  - электронная база данных и информационная система поддержки принятия клинических решений «ClinicalKey» ([www.clinicalkey.com](http://www.clinicalkey.com));
  - университетская библиотека on-line ([www.biblioclub.ru](http://www.biblioclub.ru));
  - научная электронная библиотека eLIBRARY.RU (<http://www.elibrary.ru>);
  - информационно-поисковая база Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>);
  - сводный каталог Корбис (Тверь и партнеры) (<http://www.corbis.tverlib.ru>);
  - доступ к базам данных POLPRED ([www.polpred.ru](http://www.polpred.ru));
  - «МЕДАРТ» сводный каталог периодики и аналитики по медицине (<http://www.medart.komlog.ru>);
  - электронный библиотечный абонемент Центральной научной медицинской библиотеки Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова;
  - бесплатная электронная библиотека онлайн «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (<http://window.edu.ru/>);
  - федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России // <http://vrachirf.ru/company-announce-single/6191>
  - официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации // <http://www.rosminzdrav.ru>;
  - Российское образование. Федеральный образовательный портал. // <http://www.edu.ru/>;
  - официальный сайт Министерства образования и науки Российской Федерации // <http://минобрнауки.рф/>.

## **4. ФОРМЫ АТТЕСТАЦИИ И ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ**

### **4.1. Оценочные средства и критерии оценки для текущего контроля успеваемости**

#### **Модуль 1. Амбулаторно-поликлиническая помощь в акушерстве и гинекологии**

**ПК-1:** Проведение медицинского обследования пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара

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

1. ПРОВЕДЕНИЕ АНТЕНАТАЛЬНОЙ КАРДИОТОКОГРАФИИ ПЛОДА ВОЗМОЖНО В (НЕДЕЛЯ)
  - A 18
  - B 33
  - C 22
  - D 19
2. К ФАКТОРУ РИСКА ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА ОТНОСЯТ
  - A острые респираторные вирусные инфекции в период беременности
  - B курение и употребление беременными алкоголя и наркотиков
  - C работу с персональным компьютером
  - D истмико-цервикальную недостаточность
3. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ У БЕРЕМЕННЫХ С АБСОЛЮТНОЙ ИНСУЛИНОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ОТНОСИТСЯ К \_\_\_\_\_ ТИПУ
  - A гестационному
  - B стероидному
  - C первому
  - D второму
4. ПРИЧИНОЙ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЙ КОЛЬПОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ
  - A выраженный воспалительный процесс на шейке матки
  - B цилиндрический эпителий на экзоцервиксе
  - C наличие зоны трансформации
  - D наличие зоны плоскоклеточной метаплазии
5. ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПРЕЖДЕ ВСЕГО
  - A повышением уровня пролактина
  - B снижением уровня пролактина
  - C повышением продукции фолликулостимулирующего гормона
  - D снижением уровня тиреотропного гормона

### Эталоны ответов:

1 - В	2 - В	3 - С	4 - А	5 - А
-------	-------	-------	-------	-------

#### Перечень практических навыков:

- пальпации и перкуссии живота, аускультации сердца, легких и кишечника;
- влагалищно-брюшностеночного гинекологической больной;
- осмотра шейки матки в зеркалах;
- взятия мазков (для бактериологического и цитологического исследования) из цервикального канала, влагалища и уретры;
- обработки послеоперационной раны, снятия швов;
- кольпоскопии;
- прицельной биопсии шейки матки, слизистой влагалища и вульвы;
- аспирационно и Пайпель-биопсией эндометрия;
- влагалищно-брюшностеночного исследования беременной, роженицы, родильницы;
- определения размеров таза, окружности живота и высоты стояния дна матки;
- определения срока беременности и даты родов;
- проведения и интерпретации антенатальной КТГ;
- оценка результатов лабораторных и специальных методов исследования (морфологических, биохимических, иммунологических, серологические показатели крови, мочи, кала, показателей коагулограммы, результатов УЗИ, КТГ и доплерометрии);
- оценка результатов функционального обследования органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, печени, почек, ЦНС и др.;
- методика получения информации о течении настоящей беременности, а также течении и исходах предыдущих беременностей и родов. Уметь точно прогнозировать исходы беременности и родов.

#### Примеры контрольных вопросов для собеседования (ситуационных задач):

##### Задача №1

К врачу ЖК на прием обратилась первобеременная 29 лет в сроке беременности 35-36 недель. На данный момент активных жалоб не предъявляет.

**Анамнез заболевания.** Со слов, утром при самостоятельном измерении АД в домашних условиях впервые отметила эпизод повышения АД до 140/90 мм рт. ст. в связи с чем приехала на прием. **Анамнез жизни:** соматический анамнез: детские инфекции: ветряная оспа, корь; хронические заболевания: отрицает; наследственность: неотягощена; **Гинекологический анамнез:** отрицает. **Акушерский анамнез:** I беременность - данная, наступила самопроизвольно.

**Течение беременности:** I триместр - токсикоз легкой степени, скрининг 1-го триместра - в норме, I триместр: без особенностей, скрининг 2-го

триместра- в норме. III триместр: в 35 недель -отметила повышение АД до 140/90 мм рт.ст. при самостоятельном измерении дома. Общая прибавка массы тела за беременность 11 кг.

**Объективный статус:** Общее состояние удовлетворительное. Рост - 170 см. Вес - 78 кг. ИМТ - 27 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. При измерении АД 132/87 мм рт. ст. Пульс 84 уд/мин. Матка при пальпации невозбудима, безболезненна. Предлежит головка плода, над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, выслушано акушерским стетоскопом - 132-147 уд/мин. Отеков нет.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Шейка матки отклонена кзади, длиной 2,5 см, плотная. Наружный зев закрыт. Через влагалищные своды определяется головка плода - над входом в малый таз. Мыс не достижим. Экзостозов в малом тазу нет. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

**Вопросы к задаче №1 + эталоны ответов на вопросы к задаче №1:**

1. Наиболее точным методом диагностики для подтверждения артериальной гипертензии у данной пациентки является:
  - A. повторное двукратное измерение артериального давления
  - B. определение частоты сердечных сокращений
  - C. суточное мониторирование АД (СМАД)**
  - D. суточное холтеровское мониторирование ЭКГ

<p><b>Результаты СМАД:</b> Средние значения АД составили: САД - 127 и ДАД - 84 мм рт. ст., средняя ЧСС - 78 в минуту. Умеренная тенденция к тахикардии в дневные часы (средняя ЧСС днем - 83 в минуту). Максимальные значения САД - 149 мм рт. ст. Максимальные значения ДАД - 95 мм рт. ст.</p>
--

2. Следующим этапом для дифференциальной диагностики гипертензивного состояния, в данном случае, является определение:
  - A. уровня С - реактивного белка
  - B. суточной протеинурии (обосновать!)**
  - C. концентрации общего билирубина
  - D. концентрации общего холестерина

Суточная протеинурия 0,02 г/л
-------------------------------

3. После получения результатов клинко-лабораторного обследования данной пациентке можно поставить диагноз: Беременность 35-36 недель. Головное предлежание:

Эталон ответа: **Гестационная артериальная гипертензия**

4. Для верификации диагноза и подбора схемы антигипертензивной терапии данной пациентке необходима консультация:
  - A. терапевта**

- В. невролога
  - С. офтальмолога
  - Д. эндокринолога
5. Учитывая общее состояние, клиническую картину у данной пациентки, наиболее обоснованной тактикой ведения является:
- А. кесарево сечение в плановом порядке
  - В. кесарево сечение в экстренном порядке
  - С. амбулаторное наблюдение**
  - Д. начало преиндукции родов в 37 недель беременности
6. При повторном измерении АД 142/94 мм рт. ст., следует принять решение, что для быстрого купирования эпизода артериальной гипертензии данной пациентке показан:
- Эталон ответа: **нифедипин**
7. Учитывая поставленный диагноз, данной пациентке необходимо назначение плановой антигипертензивной терапии. Препаратом первой линии для плановой терапии артериальной гипертензии в данном случае является:
- Эталон ответа: **метилдопа**
8. В сроке 39 недель беременности, на фоне назначенной терапии отмечаются эпизоды артериальной гипертензии (максимальные значения АД 147/96 мм рт. ст.), что является показанием для госпитализации данной пациентки в:
- А. отделение анестезиологии и реанимации
  - В. терапевтическое отделение
  - С. отделение патологии беременности**
  - Д. родильное отделение
9. Учитывая нестабильные показатели АД на фоне проводимой антигипертензивной терапии, наиболее обоснованной тактикой в данном случае является:
- А. выжидательная тактика и смена антигипертензивной терапии
  - В. преиндукция родов**
  - С. амниотомия в сроке 40 недель 4 дня
  - Д. плановое кесарево сечение в 40 недель
10. После приема мифепристона у пациентки развилась родовая деятельность. При родах через естественные родовые пути для профилактики кровотечения у данной пациентки в первую очередь необходимо использовать:
- А. метилэргометрин
  - В. окситоцин**
  - С. карбетоцин
  - Д. мизопростол

11. Учитывая высокий риск преэклампсии, в случае планирования следующей беременности, необходимо обсудить с пациенткой и рекомендовать ей прием ацетилсалициловой кислоты начиная с \_\_\_\_ недель беременности:

Эталон ответа: 12

12. Дополнительным диагностическим инструментом для дифференциальной диагностики гипертензивного расстройства беременности у данной пациентки является определение:
- A. уровня альфа-фетопротеина
  - B. уровня желчных кислот
  - C. пульсационного индекса маточных артерий
  - D. маркеров преэклампсии**

### Задача №2

Пациентка 52 лет обратилась на прием к гинекологу.

Жалобы на приливы жара до 15-20 раз в сутки, потливость, раздражительность, нервозность, сухость и дискомфорт во влагалище, неприятные ощущения во влагалище во время полового акта. **Анамнез заболевания.** Вышеуказанные жалобы беспокоят в течение 3 лет. Терапии не получала. Последняя самостоятельная менструация 1,5 года назад в возрасте 51 года. **Анамнез жизни.** Хронические заболевания: аутоиммунный тиреоидит; не курит, алкоголем не злоупотребляет; профессиональных вредностей не имела; аллергических реакций не было; семейный анамнез неотягощен.

**Объективный статус:** Состояние удовлетворительное. Рост 164 см, масса тела 64 кг. ИМТ 23,7 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 76 в 1 мин, АД 120/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

**Гинекологический статус:** Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая влагалища бледная, истончена. Шейка матки гипертрофирована, чистая. Тело матки нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное при пальпации. Придатки справа- без особенностей. Придатки слева- без особенностей. Область их при пальпации безболезненна. Своды свободны. Патологических образований в области малого таза на момент осмотра не выявлено. Выделений нет.

**Вопросы к задаче №2 + эталоны ответов на вопросы к задаче №2:**

1. К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относится
- A. биопсия вульвы и влагалища
  - B. трансвагинальная ультрасонография**
  - C. МРТ органов малого таза

D. аспирационная биопсия из полости матки

**Трансвагинальная ультрасонография:** Тело матки в anteflexio, грушевидной формы. Размеры матки 5,2\*4,4\*5,8 см. Миометрий однородной структуры. Полость матки не расширена. М-эхо 0,2 см, обычной эхо-структуры. Правый яичник 1,7\*1,2\*1,1 см, объём яичника 1,1 см<sup>3</sup>, отдельные фолликулы не определяются. Левый яичник не визуализируется. Жидкость в позадиматочном пространстве не определяется. **(Прокомментировать!)**

2. С учетом анамнеза пациентки и с целью дифференциальной диагностики вазомоторных и психоэмоциональных симптомов в данном случае обязательным является определение уровня

- A. эстрадиола
- B. лютеинизирующего гормона
- C. тиреотропного гормона**
- D. прогестерона

Тиреотропный гормон 2,9 мМЕ/л (N 0,4-3,5 ММ/л)

3. Опираясь на критерии STRAW+10, в данном случае, стадия репродуктивного старения будет определяться как

- A. постменопауза (+1b)**
- B. поздний переходный период (-1)
- C. перименопауза
- D. ранний переходный период (-2)

4. Предполагаемым основным диагнозом является

Эталон ответа: **Климактерический синдром**

5. Тяжесть нейровегетативных и психоэмоциональных симптомов, в данном случае, оценивается по

- A. шкале исходов Глазго
- B. модифицированной шкале Рэнкина
- C. индексу Купермана**
- D. визуально-аналоговой шкале

6. Учитывая жалобы и анамнез пациентки, результаты объективного обследования ей следует назначить

- A. менопаузальную гормональную терапию**
- B. заместительную гормональную терапию
- C. антидепрессанты (СИОЗС)
- D. растительные препараты фитоэстрогенов

7. Режимом менопаузальной гормональной терапии, наиболее предпочтительным в данном случае, является

Эталон ответа: **непрерывный режим**



8. В случае недостаточной эффективности системной менопаузальной гормональной терапии в отношении симптомов нижнего отдела мочевого тракта следует рассмотреть назначение данной пациентке

Эталон ответа: **локальной гормонотерапии эстрогенами**

9. Стратегией в использовании препаратов локальной менопаузальной гормональной терапии, в данном случае, является

**A. снижение кратности и дозы**

B. увеличение кратности и дозы

C. снижение дозы, увеличение кратности

E. увеличение дозы, снижение кратности

10. Профилактикой с целью предотвращения усугубления тяжести урогенитальной атрофии генитоуринарного синдрома является

A. частое использование щелочных моющих средств

B. повышение физической активности

**C. сохранение регулярной половой жизни**

D. использование местных антисептиков

11. После назначения менопаузальной терапии для динамического наблюдения пациентка должна прийти на прием к гинекологу через \_\_\_ недель

A. 4-5

**B. 6-8**

C. 8-10

D. 10-12

12. Обязательным обследованием при наблюдении за пациенткой, принимающей менопаузальную гормональную терапию, является определение уровня

A. пролактина

B. эстрадиола

C. ФСГ

**D. ТТГ**

**ПК-2:** Назначение и проведение лечения пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контроль его эффективности и безопасности в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара

**Примеры заданий в тестовой форме:**

1. ДОЗОЙ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ, ДОСТОВЕРНО СНИЖАЮЩЕЙ РИСК РАЗВИТИЯ ДЕФЕКТОВ НЕРВНОЙ ТРУБКИ У ПЛОДА, ЯВЛЯЕТСЯ (В МКГ/ СУТ)

A 400

B 700

- C 300  
D 800
2. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОЙ С ДИАГНОСТИРОВАННЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ГЕРПЕСОМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ  
 А эритромицин 500 мг 4 раза в сутки 10 дней  
 В азитромицин 1 г однократно  
 С ацикловир 400 мг 3 раза в сутки 7 дней  
 D метронидазол 500 мг 2 раза в день 7 дней
3. ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ ОВУЛЯЦИИ ПРИМЕНЯЮТ  
 А фемоден  
 В дидрогестерон  
 С кломифен  
 D дориксазу
4. ПРЕПАРАТЫ ИЗ ГРУППЫ АЗОЛОВ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПАТОЛОГИЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С  
 А Ureaplasma spp.  
 B M. hominis  
 C Enterobacteriaceae spp.  
 D C. albicans
5. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ЦИСТИТА У БЕРЕМЕННОЙ В III ТРИМЕСТРЕ ЯВЛЯЕТСЯ  
 А канефрон  
 B цефотаксим  
 C фосфомицин  
 D джозамицин

**Эталоны ответов:**

1 - A	2 - C	3 - A	4 - D	5 - C
-------	-------	-------	-------	-------

**Перечень практических навыков:**

- обработка послеоперационной раны, снятия швов;
- удаление полипа слизистой шейки матки;
- введения и удаления имплантов, внутриматочных контрацептивов, вагинальных колец и pessaries;
- введение акушерского pessaria.

**Примеры контрольных вопросов для собеседования (ситуационных задач):**

**Задача №1**

Беременная 32 лет обратилась в женскую консультацию со сроком беременности 35 недель 2 дня, дихориальная диамниотическая двойня.

**Жалобы.** Жалобы на периодические тянущие боли внизу живота.

**Анамнез заболевания.** В женской консультации наблюдается с 11 недель беременности. На скрининге первого триместра диагностирована

дихориальная диамниотическая двойня. I триместр: угрожающий аборт в 8 недель; ТТГ 2,97 мМЕ/мл, по поводу чего принимает препараты гормонов щитовидной железы. II триместр: угрожающий выкидыш в 18 недель – стационарное лечение. В 21 неделю 4 дня произведена коррекция ИЦН, анемия легкой степени – препараты железа, прогестерона. III триместр: принимает витамины.

**Анамнез жизни.** детские инфекции отрицает; осложненный миопический астигматизм, миопия слабой степени; субклинический гипотиреоз в стадии медикаментозной компенсации. **Гинекологические заболевания:** 2012 г – лапаротомия, тубэктомия слева; 2014 г – лапаротомия, тубэктомия справа. Левосторонний хронический периоофорит и перисальпингит; 2018 г. – гистероскопия, РДВ стенок полости матки, лапароскопия, адгезиолизис. Бесплодие II. Серозная цистаденома правого яичника. Киста культи левой маточной трубы.

**Акушерский анамнез:** I беременность – внематочная беременность в 7 недель, лапаротомия – тубэктомия слева; II беременность – внематочная беременность в 7 недель, лапаротомия – тубэктомия справа; III беременность – данная беременность после первой попытки ЭКО в естественном цикле, перенос двух пятидневных эмбрионов. Дихориальная, диамниотическая двойня.

**Объективный статус.** Общее состояние пациентки удовлетворительное. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 82, АД 110/75 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой, безболезненный при пальпации в доступных отделах. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

**Вопросы к задаче №1 + эталоны ответов на вопросы к задаче №1:**

1. К необходимым методам клинико-лабораторного обследования данной беременной при поступлении в стационар относят (3)

- A. Определение группы крови, резус-принадлежности**
- B. Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, ЩФ, ЛДГ)**
- C. Микроскопия отделяемого женских половых органов**
- D. Анализ крови на RW, ВИЧ, HbS, HCV**
- E. Анализ мочи по Нечипоренко**

Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов

Параметр	Вагина
Эпителий	Много
Лейкоциты	6 – 8 в поле зрения
Флора	Палочковидная
Грибки	Не обнаружены
Трихомонады	Не обнаружены
Ключевые клетки	Не обнаружены

2. Необходимыми методами для определения дальнейшей тактики ведения пациентки является проведение (2)
- А. Цервикометрия
  - В. Плацентометрии
  - С. КТГ**
  - Д. Измерения cerebro-плацентарного соотношения плодов
  - Е. УЗИ+доплерометрии**

**КТГ:** КТГ в пределах нормы

**УЗИ+доплерометрия:** Срок беременности 35 недель 2 дня. Дихориальная диамниотическая двойня. I живой плод справа в головном предлежании, продольном положении. Размеры плода соответствуют сроку беременности. Нарушение плодово-плацентарного кровотока I плода. II живой плод слева в тазовом предлежании, продольное положение. Фето-плацентарный кровоток в

3. На основании результатов обследования предполагаемый диагноз: Беременность 35 недель 2 дня. ЭКО. Дихориальная диамниотическая двойня. Головное предлежание 1-го плода +
- А. ИЦН, швы на шейке матки. Высокий боковой разрыв плодного пузыря.
  - В. I период родов.
  - С. Угрожающие преждевременные роды. ИЦН, швы на шейке матки.**
  - Д. Предвестники родов.
4. Оптимальной тактикой ведения данной пациентки является проведение
- А. Наблюдения в амбулаторных условиях
  - В. Наблюдения в условиях дневного стационара
  - С. Терапия - пролонгирование беременности в стационарных условиях**
  - Д. Терапии, направленной на пролонгирование беременности амбулаторно
5. Оптимальным сроком для проведения трансвагинальной цервикометрии с целью прогнозирования преждевременных родов является \_\_\_ недель  
Эталон ответа: 19-20
6. Оптимальным сроком родоразрешения данной пациентки является \_\_\_ нед  
Эталон ответа: 37-38
7. Оптимальным методом родоразрешения в данной ситуации является
- А. Родоразрешение путем операции кесарева сечения
  - В. Оперативное влагалищное родоразрешение
  - С. Роды через естественные родовые пути**
  - Д. Роды через естественные родовые пути, кесарево сечение на II плоде
8. Тактика ведения родов данной пациентки после рождения первого плода включает проведение  
Эталон ответа: Ведения родов через естественные родовые пути с оказанием пособия по Цовьянову

9. При ведении родов через естественные родовые пути проведение КТГ  
Эталон ответа: **Показано в непрерывном режиме для обоих плодов**
10. Наиболее вероятным осложнением в последовом и раннем послеродовом периоде у данной пациентки является  
А. Полное плотное прикрепление плаценты  
**В. Гипотоническое кровотечение**  
С. Тромбоэмболия легочной артерии  
D. Выворот матки
11. Оптимальной частотой посещения женской консультации при неосложненном течением многоплодной беременности до 28 недель является  
Эталон ответа: **2 раза в месяц**
12. Оптимальной кратностью проведения ультразвукового исследования при дихориальной многоплодной беременности является  
Эталон ответа: **с 16 недель – 1 раз в 4 недели**

### **Задача №2**

Пациентка 47 лет обратилась на прием к гинекологу. **Жалобы** на удлинение менструального цикла, периодические задержки менструации до 20 дней, болезненные менструации, акне на коже спины. Часто отмечает плохое настроение, раздражительность, нарушения сна. В последние 3 месяца отмечались эпизоды приливов жара к верхней половине туловища при нагрузке (1-2 раза в неделю по 1 эпизоду в сутки).

**Анамнез заболевания.** Удлинение менструального цикла (ранее 28-30 дней, в настоящее время 38-45 дней) отмечается в течение последних 8 месяцев, задержки менструации дважды за указанный период времени на 15 и 20 дней. Акне на коже спины со слов в последние 3-4 года. Болезненные менструации с 35 лет. В анамнезе 3 родов, 4 аборта на ранних сроках. Беременность не планирует. С указанными жалобами к гинекологу обратилась впервые.

**Анамнез жизни.** Хронический тонзиллит; не курит, алкоголем не злоупотребляет; профессиональных вредностей нет; аллергических реакций нет; мама - сахарный диабет II типа. **Гинекологические заболевания:** хламидиоз.

**Объективный статус.** Состояние удовлетворительное. Рост 163 см, масса тела 59 кг. ИМТ 22 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 13 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 110/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

**Гинекологический статус.** Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая влагалища бледно-розовая. Шейка матки цилиндрической формы, чистая. Тело матки несколько

больше нормы, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна при пальпации. Своды свободны. Патологических образований в области малого таза на момент осмотра не выявлено. Выделения скудные, светлые.

**Вопросы к задаче №2 + эталоны ответов на вопросы к задаче №2:**

1. К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся определение в крови уровней
  - A. ЛГ и пролактина
  - B. прогестерона и АМГ
  - C. **ФСГ и эстрадиола**
  - D. ФСГ и прогестерона

**ФСГ** на 3 день менструального цикла - 13,0 МЕ/л (N 2,0-10,0 МЕ/л в фолликулярной фазе менструального цикла)  
**Эстрадиол** - 95 пмоль/л (N фолликулиновая фаза 150-450 пмоль/л, лютеиновая фаза 280-740 пмоль/л)

2. К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относится
  - A. МРТ органов малого таза
  - B. **УЗИ органов малого таза**
  - C. кольпоскопия
  - D. пайпель-биопсия эндометрия

**УЗИ органов малого таза:** ЭХО-признаки внутреннего эндометриоза 1-2 степени распространения. Желтое тело в правом яичнике в стадии регресса.

3. Предполагаемым основным диагнозом является  
Эталон ответа: **Ранняя фаза менопаузального перехода**
4. Наименее вероятной в данном случае патологией для проведения дифференциальной диагностики нарушения менструального цикла является:  
Эталон ответа: **ранняя менопауза**
5. С учетом клинико-anamnestических данных, стадии репродуктивного старения и сопутствующей патологии пациентке следует назначить  
Эталон ответа: **комбинированные оральные контрацептивы**
6. Препарат выбора, наиболее предпочтительный в данном случае для терапии, включает  
Эталон ответа: **эстрадиола валерат / диеногест**
7. Назначение комбинированных оральных контрацептивов и выбор конкретного препарата для данной пациентки не связано с
  - A. нарушением менструального цикла
  - B. сопутствующим диагнозом аденомиоза

- С. отягощенной наследственностью**  
D. желанием контрацепции
8. Повышением уровня ФСГ, при двукратном определении которого использование методов контрацепции можно прекратить, является значение выше  
A. 10-15 МЕ/л  
B. 15-20 МЕ/л  
**С. 25-30 МЕ/л**  
D. 20-25 МЕ/л
9. Перед назначением терапии пациентке следует провести обследование, которое включает определение уровня в крови натошак  
Эталон ответа: глюкозы
10. В ходе наблюдения за данной пациенткой, принимающей назначенную терапию, обязательным обследованием является  
A. денситометрия жировой ткани  
**B. онкоцитология шейки матки**  
C. МРТ органов малого таза  
D. определение уровня эстрадиола в крови
11. Дополнительным эффектом диеногеста в составе комбинированных оральных контрацептивов является  
A. проапоптотический  
B. антимицеральный  
**C. антиандрогенный**  
D. антигипертензивный
12. Дополнительным показанием для назначения комбинированных оральных контрацептивов для данной пациентки можно считать  
A. профилактику рака молочных желез  
B. лечение сниженного овариального резерва  
**C. лечение поздних форм акне**  
D. профилактику атрофического вагинита

## **Модуль 2. Патологическое акушерство**

**ПК-3:** Проведение медицинского обследования пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях

**Примеры заданий в тестовой форме:**

1. **НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ АКУШЕРСКОГО ПЕРИТОНИТА ЯВЛЯЕТСЯ**
  - A тромбофлебит вен малого таза
  - B послеродовый мастит
  - C несостоятельность швов на матке
  - D мочева инфекция
2. **У БЕРЕМЕННЫХ С ХОЛЕЦИСТИТОМ ОТМЕЧАЕТСЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛИ В**
  - A гипогастрии
  - B пояснице
  - C паху
  - D правом подреберье
3. **К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЯМ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА ОТНОСЯТ**
  - A *Klebsiella pneumonia*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus mitis*
  - B *Escherichia coli*, *Enterobacter spp.*, *Streptococcus agalactice*
  - C *Staphylococcus aureus*, *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus viridans*
  - D *Eubacterium spp.*, *Clostridium perfringens*, *Veillonella atypica*
4. **ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ КОРДОЦЕНТЕЗА ПРОВОДИТСЯ ПУНКЦИЯ ВЕНЫ**
  - A плаценты
  - B пуповины
  - C плацентарного синуса
  - D плода
5. **У БЕРЕМЕННОЙ С РУБЦОМ НА МАТКЕ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ**
  - A многоводие
  - B гипоплазия плаценты
  - C врастание плаценты в рубец
  - D неправильное положение плода

**Эталоны ответов:**

<b>1 - C</b>	<b>2 - D</b>	<b>3 - B</b>	<b>4 - B</b>	<b>5 - C</b>
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

**Перечень практических навыков:**

- пальпации и перкуссии живота, аускультации сердца, легких и кишечника;
- осмотра шейки матки в зеркалах;
- взятия мазков (для бактериологического и цитологического исследования) из цервикального канала, влагалища и уретры;
- обработки послеоперационной раны, снятия швов;
- влагалищно-брюшностеночного исследования беременной, роженицы, родильницы;
- определения размеров таза, окружности живота и высоты стояния дна матки;
- определения срока беременности и даты родов;



- осмотра плаценты и плодных оболочек;
- осмотра шейки матки в зеркалах и родовых путей;
- проведения и интерпретации антенатальной и интранатальной КТГ;
- оценка результатов лабораторных и специальных методов исследования (морфологических, биохимических, иммунологических, серологические показатели крови, мочи, кала, амниотической жидкости, показателей коагулограммы, результатов УЗИ, КТГ и доплерометрии);
- оценка результатов функционального обследования органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, печени, почек, ЦНС и др.;
- методика определения степени «зрелости» шейки матки и готовности организма к родам (модифицированная шкала Bishop);
- методика получения информации о течении настоящей беременности, а также течения и исходах предыдущих беременностей и родов. Уметь точно прогнозировать исходы беременности и родов.

**Примеры контрольных вопросов для собеседования (ситуационных задач):**

#### **Задача №1**

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 №2:**

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 на вопросы к задаче №2:**

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.
4. Родоразрешение через естественные родовые пути, кесарево сечение, оперативное влагалищное родоразрешение. При недоношенном сроке - профилактику респираторного дистресс-синдрома новорожденного. 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 №2**

У беременной 31 года после рождения ребенка в течении 30 минут не произошло выделения последа. **Жалобы.** Активно не предъявляет.

**Анамнез заболевания.** 30 минут назад произошли вторые самопроизвольные своевременные роды живым доношенным мальчиком весом 3500 гр., длиной 53 см с оценкой по Апгар 8/9 баллов. После первых родов 3 года назад был разрыв промежности II степени и послеродовый эндометрит.

**Анамнез жизни.** из детских инфекций - ветряная оспа и краснуха; из хронических заболеваний - анемия, хронический тонзиллит

**Гинекологические заболевания:** Хронический аднексит.

**Акушерский анамнез:** I беременность - 40 недель - самопроизвольные срочные роды, осложнившиеся разрывом промежности II степени и послеродовым эндометритом. II беременность - данная, наступила самопроизвольно.

**Объективный статус:** Состояние пациентки удовлетворительное. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 78, АД правая рука - 110/70 мм рт. ст., левая рука - 115/75 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Живот увеличен за счет послеродовой матки, безболезненный при пальпации. Моча выведена катетером.

**Вопросы к задаче №2 + эталоны ответов на вопросы к задаче №2:**

1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (3)

**A. гемостазиограмма, определение свертывания крови, метод Ли-Уайта, «прикроватный тест»**

**B. исследование желчных кислот**

**C. анализ мочи по Нечипоренко**

**D. биохимический анализ крови**

**E. клинический анализ крови**

**F. исследование общего анализа мочи**

2. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (2)
  - А. определение признака Абуладзе
  - В. определение признака Креде-Лазаревича
  - С. определение признака Кристеллера
  - Д. определение признака Чукалова-Кюстнера**
  - Е. определение признака Кохера
  - Ф. определение признака Альфельда
3. Необходимым для постановки диагноза мануальным методом обследования является определение признака
  - А. Шредера**
  - В. Ровзинга
  - С. Ситковского
  - Д. Ортнера
4. Дифференциальная диагностика проводится с
  - А. частичным плотным прикреплением плаценты
  - В. частичным неплотным прикреплением плаценты
  - С. полным неплотным прикреплением плаценты
  - Д. вращением плаценты в миометрий**
5. На основании результатов обследования наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки является: Третий период родов +  
Эталон ответа: **полное плотное прикрепление плаценты**
6. Отсутствие признаков отделения плаценты является показанием для  
Эталон ответа: **ручного отделения плаценты**
7. Данная родильница должна находиться в  
Эталон ответа: **родильном отделении**
8. Лечебная тактика у данной пациентки заключается в  
Эталон ответа: **ручном отделении плаценты и выделении последа**
9. У данной родильницы методом анестезиологического пособия является  
Эталон ответа: **внутривенный наркоз**
10. В ходе выделения последа родильнице следует провести инфузию
  - А. кристаллоидов**
  - В. одногруппной крови
  - С. коллоидных растворов
  - Д. свежзамороженной плазмы
11. После оперативного пособия данной родильнице антибиотики
  - А. вводятся трехкратно
  - В. вводятся 3 суток
  - С. вводятся 1 раз**
  - Д. не вводятся совсем
12. Перевести родильницу в профильное отделение можно через \_\_\_\_ часа
  - А. 4
  - В. 2**
  - С. 6

**ПК-4:** Назначение и проведение лечения пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контроль его эффективности и безопасности в стационарных условиях

**Примеры заданий в тестовой форме:**

1. РОДОСТИМУЛЯЦИЯ ОКСИТОЦИНОМ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА ПРИ ОТКРЫТИИ МАТОЧНОГО ЗЕВА НА \_\_\_\_\_ СМ И БОЛЕЕ  
А 4  
В 2  
С 3  
D 1
2. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ СНИЖЕНИЯ КРОВОПОПОТЕРИ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ  
А окситоцин 5 ЕД в/м  
В карбетацин 200 мкг в/в медленно  
С окситоцин 10 ЕД в/в медленно  
D метилэргометрин 0,2 мг в/м
3. У БЕРЕМЕННЫХ С ПРИОБРЕТЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА ТОКОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В-АДРЕНОМИМЕТИКАМИ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ  
А гипоальбуминемию  
В анемию  
С аритмию  
D гипогликемию
4. ДОПУСТИМЫМ КОЛИЧЕСТВОМ СОСКАЛЬЗЫВАНИЯ ЧАШКИ ВАКУУМ-ЭКСТРАКТОРА, ПОСЛЕ КОТОРОГО СЛЕДУЕТ ПЕРЕСМОТРЕТЬ ТАКТИКУ РОДРАЗРЕШЕНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ  
А 2  
В 4  
С 1  
D 3
5. ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ  
А метилдопа  
В метопролол  
С лозартан  
D каптоприл

**Эталоны ответов:**

1 - А	2 - С	3 - С	4 - А	5 - А
-------	-------	-------	-------	-------

### **Перечень практических навыков:**

- обработка послеоперационной раны, снятия швов;
- хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности;
- введение акушерского пессария;
- амниотомия;
- оказание пособий при тазовых предлежаниях плода;
- вакуум-экстракция плода;
- эпизио- и перинеотомия;
- ручное отделение и выделение последа, контрольное ручное обследование полости матки;
- массаж матки при ее атонии;
- зашивание разрывов шейки матки, влагалища, промежности;
- проведение операции кесарева сечения;
- проведение физиологических и патологических родов (тазовое предлежание, разгибание головки, асинклитические вставления, роды при крупном плоде, двойне);
- проведение родов при узком тазе;
- выполнение реанимационных мероприятий при асфиксии и родовой травме новорожденного.

### **Примеры контрольных вопросов для собеседования (ситуационных задач):**

#### **Задача №1**

Роженица Н., 33 лет, поступила в родильный дом 4.02. в 17:00. Схватки начались в 18:00 3.02., воды излились в 07:00 4.02.

Беременность 6-я, 40 недель, роды предстоят третьи. В анамнезе 2 родов и 3 медицинских аборта. Предыдущие роды 5 лет назад были длительными, в родах проводилась стимуляция родовой деятельности, ребенок родился в тяжелой асфиксии, массой 3500,0 г, умер на 4-ые сутки.

**Объективное исследование.** При поступлении схватки через 2-2,5 минуты, по 50-55 секунд, болезненные. Рост - 157 см., вес - 72,5 кг. Окружность живота 96 см, высота дна матки - 39 см. Размеры таза: 26-27-33-18 см. Головка прижата ко входу в таз, признак Вастена положительный. Сердцебиение плода 120 ударов в минуту, приглушено. Через 20 минут от поступления появились кровянистые выделения из влагалища. Матка болезненная при пальпации в нижнем сегменте, плохо расслабляется вне схватки. Сердцебиение плода глухое, аритмичное. Попытка провести катетеризацию мочевого пузыря не удалась из-за препятствия. При влагалищном исследовании: наружные половые органы и влагалище без особенностей, шейка матки не определяется, плодного пузыря нет; головка плода прижата ко входу в малый таз, на головке большая родовая опухоль. Сагиттальный шов в поперечном размере входа в малый таз, отклонен кпереди, большой и малый роднички на одном уровне, выделения

кровянистые. Мыс крестца легко доступен пальпации, впечатление ротации крестца в сторону полости малого таза. Диагональная конъюгата - 11 см.

### Вопросы к задаче №1:

1. Наиболее вероятный диагноз.
2. Какие ошибки допущены при предыдущем этапе оказания акушерской помощи?
3. В каком периоде родов находится роженица?
4. Оцените форму и размеры таза.
5. Соответствует ли биомеханизм родов данному тазу?
6. Нужны ли дополнительные исследования для уточнения диагноза и тактики ведения родов?
7. Можно ли закончить роды через естественные родовые пути?
8. Прогноз для плода и новорожденного.
9. Врачебная тактика.

### Эталоны ответов на вопросы к задаче №1:

1. Начинающийся разрыв матки.
2. Поздняя доставка роженицы из ЦРБ. У женщины анатомически узкий таз и отягощенный акушерский анамнез. Необходимо было переправить роженицу сразу после поступления в ЦРБ (накануне вечером) или вызвать консультанта.
3. Во втором периоде родов.
4. Анатомически узкий таз, форма сужения таза соответствует плоскорохитическому тазу.
5. Соответствует.
6. Клинических данных для установления диагноза достаточно.
7. Ведение родов через естественные родовые пути невозможно.
8. При своевременном родоразрешении прогноз будет определяться постнатально.
9. Проведение операции кесарево сечение в экстренном порядке.

### Задача №2

Беременная 36 лет доставлена бригадой скорой помощи в приемное отделение. Срок беременности 35 недель. **Жалобы** на ярко-алые мажущие выделения из родовых путей, появились внезапно на фоне полного здоровья.

**Анамнез заболевания.** После третьего кесарева сечения послеоперационный период осложнился несостоятельностью швов, по поводу чего проводилась метропластика и дренирование брюшной полости

**Анамнез жизни:** из детских инфекций - ветряная оспа и краснуха; из хронических заболеваний - анемия, хронический гепатит С. Гинекологические заболевания: Интерстициально-субсерозная миома матки 7 недель без дегенерации узла

**Акушерский анамнез:** I беременность - 42 недели – кесарево сечение в связи с перенашиванием и неэффективностью индукции родов. II беременность - 40 недель кесарево сечение по поводу рубца на матке. III

беременность - 38 недель кесарево сечение по поводу рубца на матке после 2 операций. IV беременность- данная, наступила самопроизвольно.

**Объективный статус:** Состояние пациентки удовлетворительное. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 78, АД правая рука - 110/70 мм рт. ст., левая рука - 115/75 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой, безболезненный при пальпации. Симптом Пастернацкого отрицательный. Физиологические отправления в норме. Пастозность стоп.

**Вопросы к задаче №2 + эталоны ответов на вопросы к задаче №2:**

1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (3)
  - А. клинический анализ крови**
  - В. определение уровня печеночных ферментов**
  - С. определение общих желчных кислот
  - Д. определение анализа мочи по Нечипоренко
  - Е. гемостазиограмма, определение свертывания крови - метод Ли-Уайта, «прикроватный тест»**
2. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (2)
  - А. рентгенопельвиометрия с
  - В. контрастированием
  - С. фиброзофагодуоденоскопия
  - Д. ультразвуковое исследование**
  - Е. колоноскопия с контрастированием
  - Ф. магнитно-резонансная томография**
3. Необходимым для постановки диагноза данной пациентке мануальным методом является обследование  
Эталон ответа: **наружное акушерское**
4. У данной беременной дифференциальная диагностика проводится с  
Эталон ответа: **преждевременной отслойкой плаценты**
5. На основании результатов обследования наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки является: Беременность 35 недель. Анемия средней ст. и  
Эталон ответа: **Предлежание и вращение плаценты**
6. У данной пациентки вы произведете нижнесрединную лапаротомию и  
Эталон ответа: **донное кесарево сечение с метропластикой**
7. При отсутствии продолжающегося кровотечения пациентка  
Эталон ответа: **продолжает лечение в стационаре до родоразрешения в 37 недель**
8. При данной клинической ситуации у роженицы высока вероятность
  - А. тампонады внутреннего зева шейки
  - В. выворота матки в родах и кровотечения
  - С. профузного маточного кровотечения**
  - Д. насильственно-гистопатического разрыва плаценты

9. У данной беременной с вращением плаценты родоразрешение должно проводиться в стационаре  
**Эталон ответа: III уровня в 36-37 недель**
10. Классификация глубины вращаения плаценты у данной беременной будет базироваться на данных  
 А. магнитно-резонансной томографии малого таза  
 В. интраоперационной визуализации матки и параметрия  
**С. патоморфологического исследования плаценты**  
 D. ультразвукового исследования зрелости плаценты
11. Для минимизации кровопотери показано интраоперационное применение  
 А. гемодилюции  
**В. Cell-Saver**  
 С. плазмафереза  
 D. плазмаобмена
12. Обезболивание в ходе родоразрешения данной беременной предусматривает анестезию  
 А. региональную  
 В. местную проводниковую  
 С. пудендальную  
**D. общую**

### **Модуль 3. Вопросы гинекологической клиники**

**ПК-3:** Проведение медицинского обследования пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях

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

1. **МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ**  
 А истончённая белочная оболочка  
 В уменьшение количества кистозно-атрезирующих фолликулов  
 С наличие жёлтых и белых тел  
 D склероз и утолщение капилляров
2. **НЕНОРМАЛЬНАЯ КОЛЬПОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕМ**  
 А наботковых кист  
 В плотного ацетобелого эпителия  
 С открытых устьев желез  
 D цилиндрического эпителия
3. **НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**  
 А лапароскопия



- В эхографическое исследование  
 С определение ХГЧ в динамике  
 D пункция брюшной полости через задний свод влагалища
4. ПРИЧИНОЙ БЕСПЛОДИЯ У ПАЦИЕНТОК С НАРУЖНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ МОЖЕТ БЫТЬ
- А спаечный процесс  
 В синдром поликистозных яичников  
 С хроническое нарушение кровообращения в венах таза  
 D психогенный фактор
5. ДЛЯ ПОЛНОГО ПУЗЫРНОГО ЗАНОСА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
- А соответствие размеров матки сроку гестации  
 В диплоидность  
 С отсутствие текалютеиновых кист  
 D наличие фрагментов плацентарной ткани и плода

**Эталоны ответов:**

<b>1 - D</b>	<b>2 - B</b>	<b>3 - A</b>	<b>4 - A</b>	<b>5 - B</b>
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

**Перечень практических навыков:**

- пальпации и перкуссии живота, аускультации сердца, легких и кишечника;
- влагалищно-брюшностеночного и ректо-вагинального исследования гинекологической больной;
- осмотра шейки матки в зеркалах;
- взятия мазков (для бактериологического и цитологического исследования) из цервикального канала, влагалища и уретры;
- обработки послеоперационной раны, снятия швов;
- кольпоскопии;
- прицельной биопсии шейки матки, слизистой влагалища и вульвы;
- лечебно-диагностического выскабливания слизистой полости матки;
- раздельного диагностического выскабливания стенок полости матки и цервикального канала;
- аспирационно и Пайпель-биопсией эндометрия;
- гистеросальпингографии;
- определения размеров таза, окружности живота и высоты стояния дна матки;
- оценка результатов лабораторных и специальных методов исследования (морфологические, биохимические, иммунологические, серологические показатели крови, мочи, кала, коагулограммы, результаты УЗИ);
- оценка результатов функционального обследования органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, печени, почек, ЦНС и др.

**Примеры контрольных вопросов для собеседования (ситуационных задач):**

**Задача №1**

У девушки 14 лет обильные, со сгустками, нерегулярные менструации через 6-8 недель по 8-10 дней, безболезненные. Жалуется на слабость, головокружение. В анамнезе носовые кровотечения с раннего детского возраста. Менархе в 13 лет. Обследована на 7-ой день маточного кровотечения. При осмотре: кожные покровы бледные, пульс 82 удара в 1 мин, ритмичный, АД 110/70 мм рт. ст., гемоглобин 90 г/л. Живот мягкий, безболезненный. Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, девственная плева цела. При ректо-абдоминальном исследовании: матка нормальных размеров, безболезненная; придатки матки с обеих сторон не увеличены, выделения из половых путей кровянистые, обильные.

**Вопросы к задаче №1 + эталоны ответов на вопросы к задаче №1:**

1. Поставьте диагноз

Эталон ответа: **Дисфункциональное маточное кровотечение периода полового созревания (ювенильное кровотечение).**

2. Ваша тактика

Эталон ответа: **Обследование, остановка кровотечения, профилактика рецидива.**

3. Ответьте на вопросы:

I. При каких заболеваниях может наблюдаться описанная клиническая картина у девушки-подростка?

1. Дисфункциональное маточное кровотечение
2. Тромбоцитопатия
3. Болезнь Верльгофа
- 4. Болезнь Виллебранда**

II. Какие дополнительные исследования необходимо провести данной больной?

1. Исследование количества тромбоцитов
- 2. УЗИ органов малого таза**
3. Изучение состояния системы гемостаза
4. Тест на ХГЧ

III. Укажите метод остановки кровотечения у девушек-подростков, который применяется в крайнем случае

1. Электростимуляция шейки матки
2. Гормональный гемостаз
3. Прием транексамовой или аминокапроновой кислоты
- 4. Выскабливание полости матки**

**Задача №2**

Пациентка 58 лет обратилась на прием к гинекологу. **Жалобы** на сухость, жжение и дискомфорт во влагалище, невозможность жить половой жизнью из-за болезненных ощущений. Жалоб на вазомоторные симптомы нет.

**Анамнез заболевания.** Вышеуказанные жалобы беспокоят в течение 2 лет, в последние 6 месяцев ухудшение состояния. Врачом по месту жительства

был назначен крем с метилурацилом без эффекта. Последняя самостоятельная менструация в возрасте 49 лет. В анамнезе: в возрасте 50 лет оперирована по поводу рака щитовидной железы T1N0M0 в объеме тиреоидэктомия.

Гистологический диагноз-папиллярный рак щитовидной железы. После хирургического лечения -курс радиойодтерапии. В настоящее время принимает заместительную гормональную терапию тиреоидными гормонами.

**Анамнез жизни.** Хронические заболевания: хронический гастрит, язвенная болезнь желудка; не курит, алкоголем не злоупотребляет; профессиональных вредностей не имела; аллергических реакций не было; мама-узловой зоб.

**Объективный статус.** Состояние удовлетворительное. Рост 163 см, масса тела 65 кг. ИМТ 23,9 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 76 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

**Гинекологический статус.** Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая влагалища бледная, истончена. Шейка матки гипертрофирована многослойный плоский эпителий визуально с незначительными петехиальными кровоизлияниями. Тело матки нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное при пальпации. Придатки справа- без особенностей. Придатки слева- без особенностей. Область их при пальпации безболезненна. Своды свободны. Патологических образований в области малого таза на момент осмотра не выявлено. Выделений нет.

**Вопросы к задаче №1 + эталоны ответов на вопросы к задаче №1:**

1. Необязательным среди обследований для данной пациентки можно назвать
  - А. кольпоскопическое исследование
  - В. определение индекса созревания эпителия влагалища
  - С. биопсию влагалища и вульвы**
  - Д. онкоцитологию шейки матки
2. Обязательным инструментальным обследованием для данной пациентки является
  - А. обзорная рентгенография органов грудной клетки
  - В. ультразвуковое исследование молочных желез
  - С. флюорография
  - Д. трансвагинальная ультрасонография**

**Трансвагинальная ультрасонография.** Тело матки в anteflexio, размеры матки 5,5\*3,9\*4,8см. Миометрий диффузно неоднородной структуры. Полость матки не расширена. М-эхо 0,1 см, обычной эхо-структуры. Правый яичник 2,0\*1,6\*1,3см, объём яичника 2,08 см<sup>3</sup>, отдельные фолликулы не определяются. Левый яичник 2,3\*1,2\*1,3см, объём яичника 1,9 см<sup>3</sup>, отдельные фолликулы не определяются.

3. Опираясь на критерии STRAW+10, в данном случае стадия репродуктивного старения будет определяться как

Эталон ответа: **Поздний постменопаузальный период**

4. Проявления климактерия, характерные для жалоб пациентки, являются симптомами

Эталон ответа: **средневременными**

5. Показанием для назначения менопаузальной терапии у пациентки является

A. вазомоторные симптомы менопаузы

**B. генитоуринарный менопаузальный синдром**

C. постменопаузальный метаболический синдром

D. повышенный риск остеопороза

6. Наиболее предпочтительным способом введения препаратов менопаузальной гормональной терапии, в данном случае, является

A. трансдермальный

B. пероральный

**C. вагинальный**

D. инъекционный

7. Веществом в составе препарата менопаузальной гормональной терапии, обладающим высокой селективностью к эстрогеновым рецепторам нижнего отдела мочеполового тракта при малом связывании с рецепторами в других тканях и более предпочтительным, в данном случае, является

Эталон ответа: **эстриол**

8. Стратегией в использовании препаратов локальной менопаузальной гормональной терапии, в данном случае, является

Эталон ответа: **снижение кратности и дозы**

9. Длительное (от 6 месяцев) назначение препаратов эстриола пациентке для сохранения лечебного эффекта терапии, в данном случае, является

Эталон ответа: **желательным**

10. Для динамического наблюдения за данной пациенткой на фоне использования локальной менопаузальной гормональной терапии обязательным обследованием является

A. аспирационная биопсия эндометрия

B. МРТ органов малого таза

**C. УЗИ органов малого таза**

D. кольпоскопия

11. В течение первого года лечения местными препаратами менопаузальной гормональной терапии наблюдение за данной пациенткой с оценкой терапевтического эффекта проводится 1 раз в месяцев:

Эталон ответа: **6**

12. Мерой профилактики данной патологии является

**A. сохранение регулярной половой жизни**

B. повышение массы тела

- C. частое применение средств интимной гигиены
- D. высокое содержание углеводов в рационе

**ПК-4:** Назначение и проведение лечения пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контроль его эффективности и безопасности в стационарных условиях

**Примеры заданий в тестовой форме:**

1. ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ СМЕШАННОЙ ДИСГЕРМИНОМЫ IA СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОПЕРАЦИЯ
  - A радикальная + лучевая терапия
  - B сберегательная + химиотерапия
  - C радикальная + химиотерапия
  - D радикальная
2. РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПРИ АДЕНОМИОЗЕ СЧИТАЕТСЯ
  - A резекция миометрия
  - B пангистерэктомия
  - C экстирпация матки
  - D надвлагалищная ампутация матки
3. ПОКАЗАНИЕМ К УВЧ-ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ
  - A спаечный процесс
  - B склонность к кровоточивости
  - C острый воспалительный процесс
  - D выраженная гипотония
4. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ЯВЛЯЕТСЯ
  - A сердечно-лёгочная недостаточность
  - B парез кишечника
  - C острое нарушение мозгового кровообращения
  - D двусторонняя пневмония
5. УГОЛ ВВЕДЕНИЯ ИГЛЫ ВЕРЕША В НАДПУПУЧНОЙ ОБЛАСТИ РАВЕН (В ГРАДУСАХ)
  - A 80
  - B 40
  - C 60
  - D 20

**Эталоны ответов:**

1 - B	2 - C	3 - C	4 - B	5 - B
-------	-------	-------	-------	-------

**Перечень практических навыков:**

- обработка послеоперационной раны, снятия швов;

- удаление полипа слизистой шейки матки;
- лечебно-диагностическое выскабливание слизистой полости матки;
- введения и удаления имплантов, внутриматочных контрацептивов, вагинальных колец и pessaries;
- инструментальное удаление плодного яйца (выскабливания стенок полости матки при прерывании беременности);
- лапаротомия при urgentных (неотложных) состояниях в гинекологии;
- удаление маточной трубы (сальпингэктомии), придатков матки (аднексэктомии), резекции и ушивания яичника;
- удаление кисты бартолиновой железы, дренирования абсцесса бартолиновой железы.

**Примеры контрольных вопросов для собеседования (ситуационных задач):**

**Задача №1**

Больная 34 лет, обратилась с жалобами на боли внизу живота ноющего характера. Из анамнеза: менструации с 14 лет, по 4-5 дней, в последние 2 года - болезненные, умеренные, регулярные. В течение года беспокоят ноющие боли внизу живота, усиливающиеся накануне и во время менструации.

При двуручном исследовании: тело матки и правые придатки без особенностей. Слева и кзади от матки определяются образование до 5 см в диаметре, тугоэластической консистенции, неподвижное, спаянное с окружающими тканями, болезненное при пальпации.

При осмотре в динамике отмечается некоторое увеличение размеров образования накануне менструации. Данные УЗИ исследования: в области левого яичника образование с нечеткими контурами, утолщенной оболочкой, однокамерное, до 5-6 см в диаметре.

**Вопросы к задаче №1:**

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. План лечения.

**Эталоны ответов на вопросы к задаче №1:**

1. Диагноз: эндометриоидная киста левого яичника. Тяжелая форма. Характерны данные анамнеза и физикального исследования + УЗИ (тяжелая форма, т.к. имеется эндометриоз одного яичника с образованием кисты более 2 см в диаметре).
2. Тактика – обследование для подтверждения диагноза может включать СА-125 (титр коррелирует со степенью заболевания), иногда необходима лапароскопия.
3. Консервативное лечение включает медикаментозную терапию, направленное на подавление менструации – комбинированные оральные контрацептивы, можно в сочетании с НПВС (при дисменорее). Среди ЛВ успешно применяют даназол (400-800 мг в день – 6 месяцев), гестагены пролонгированного действия (медроксипрогестерона ацетат 100-200 мг в

месяц в/м), агонисты гонадолиберина (золадекс, бусерелин – 6 месяцев ежедневно или 1 раз в месяц в виде депоинъекций). Хирургическое лечение проводят при среднетяжелой форме, выраженных спайках или больших эндометриоидных кистах, когда гормональная терапия не дает положительных результатов. Щадящее лечение состоит в иссечении кисты. После операции могут быть назначены комбинированные оральные контрацептивы или даназол (3-4 месяца), такая тактика эффективнее в плане лечения бесплодия вследствие эндометриоза.

### **Задача №2**

В стационар поступила женщина 68 лет с жалобами на кровяные выделения из половых путей. Выделения беспокоят женщину уже в течение 8 месяцев, но к врачу не обращалась. Три дня назад выделения вновь появились и были обильными, со сгустками. Врач женской консультации немедленно госпитализировал женщину в гинекологический стационар.

Из анамнеза известно, что менструации были с 14 лет, по 4-5 дней, через 30 дней, умеренные, безболезненные. Последняя нормальная менструация в 50 лет. Постменопаузальный период 18 лет. Половой жизнью жила с 32 лет, беременностей не было. Страдает гипертонической болезнью и ожирением.

При осмотре при помощи зеркал обнаружена маленькая, чистая шейка матки. Из цервикального канала скудные кровяные выделения. Стенки влагалища «сочные». При двуручном исследовании влагалище узкое, нерожавшей женщины, шейка - конической формы, движения за шейку матки безболезненные. Матка несколько больше нормы, обычной консистенции. Придатки не пальпируются. Своды свободны. При ректально-абдоминальном исследовании инфильтратов в малом тазу нет.

### **Вопросы к задаче №2:**

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. План лечения.

### **Эталоны ответов на вопросы к задаче №2:**

1. Диагноз: Рак эндометрия? У женщины набор факторов риска рака тела матки (все связаны с гиперэстрогенией): отсутствие родов, первичное бесплодие, поздняя менопауза, ожирение.
2. Тактика: обследование: общие анализы, УЗИ органов малого таза и брюшной полости, РДВ с гистологией, гистероскопия с биопсией эндометрия, рентген грудной клетки.
3. Лечебная тактика: I стадия - тотальная абдоминальная гистерэктомия (ГЭ) и двусторонняя сальпингэктомия (СЭ), при поражении шейки – послеоперационная ЛТ. II стадия – операция дополняется удалением парааортальных и тазовых ЛУ. Другой подход – наружная и внутрисполостная лучевая терапия с проведением через 4 недели тотальной абдоминальной ГЭ и двусторонней СЭ. III-IV – комбинация хирургии, химио- и лучевой терапий.





## **Модуль 4. Симуляционный курс «Неотложные состояния в практике акушера-гинеколога»**

**ПК-3:** Проведение медицинского обследования пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях

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

1. К СТАДИИ ЭКЛАМПСИИ НЕ ОТНОСЯТСЯ
  - А клонические судороги
  - В миоклонические судороги
  - С кома
  - Д тонические судороги
2. ДЛЯ СЕПТИЦЕМИИ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
  - А полиурия
  - В гипернатриемия
  - С бактериемия
  - Д тромбоцитопения
3. МЕТОДОМ ЭКСПРЕСС-ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ ЯВЛЯЕТСЯ
  - А международное нормализованное отношение
  - В протромбиновый индекс
  - С тромбоэластограмма
  - Д активированное частичное тромбопластиновое время
4. НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМИ ПРОГНОСТИЧЕСКИМИ МАРКЕРАМИ СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ РАЗРЫВЕ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК ЯВЛЯЮТСЯ (2):
  - А количество лейкоцитов в периферической крови матери
  - В С-реактивный белок плазмы крови матери
  - С определение антигена стрептококка группы В в цервикальном канале
  - Д прокальцитонин плазмы крови матери
5. ДЛЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ, В ОСНОВЕ КОТОРОГО ЛЕЖАТ РАЗРЫВЫ РОДОВЫХ ПУТЕЙ, ХАРАКТЕРНО
  - А тонус матки снижен
  - В характер кровотечения непрерывный
  - С сгустки рыхлые, легкорастворимые
  - Д кровь не свертывается

### **Эталоны ответов:**

<b>1 - В</b>	<b>2 - С</b>	<b>3 - С</b>	<b>4 – В, С</b>	<b>5 - В</b>
--------------	--------------	--------------	-----------------	--------------

### **Перечень практических навыков:**

- влагалищно-брюшностеночного и ректо-вагинального исследования гинекологической больной;
- осмотра шейки матки в зеркалах;
- кольпоскопии;
- прицельной биопсии шейки матки, слизистой влагалища и вульвы;
- лечебно-диагностического выскабливания слизистой полости матки;
- раздельного диагностического выскабливания стенок полости матки и цервикального канала;
- аспирационно и Пайпель-биопсией эндометрия;
- гистеросальпингографии;
- влагалищно-брюшностеночного исследования беременной, родильницы;
- осмотра плаценты и плодных оболочек;
- осмотра шейки матки в зеркалах и родовых путей;
- проведения и интерпретации антенатальной и интранатальной КТГ;
- оценка результатов лабораторных и специальных методов исследования (морфологических, биохимических, иммунологических, серологические показатели крови, мочи, кала, амниотической жидкости, показателей коагулограммы, результатов УЗИ, КТГ и доплерометрии);
- оценка результатов функционального обследования органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, печени, почек, ЦНС и др.;
- методика получения информации о течении настоящей беременности, а также течении и исходах предыдущих беременностей и родов. Уметь точно прогнозировать исходы беременности и родов.

**Примеры контрольных вопросов для собеседования (ситуационных задач):**

**Задача №1**

Больная 17 лет поступила в приемный покой стационара. **Жалобы** на резкие боли внизу живота, иррадиирующие в прямую кишку, тошноту, однократную рвоту, диарею до трёх раз в сутки, повышение температуры тела до 38,5°C, озноб, слабость, недомогание. **Анамнез заболевания.** Заболела остро на пятый день менструального цикла, когда появились указанные симптомы.

**Анамнез жизни.** В браке не состоит; половая жизнь регулярная, без контрацепции; в течение последнего месяца имела несколько половых партнёров; последняя менструация в срок, прошла обычно.

**Объективный статус.** При осмотре занимает вынужденное положение. Лежит на правом боку с приведёнными к животу ногами. Эмоционально лабильна. АД 110/70 мм рт. ст., Пульс 128 ударов в мин., температура тела 38,9°C. Язык сухой, обложен белым налётом. Живот умеренно вздут, резко болезненный в гипогастральной области, особенно справа, где определяется положительный симптом Щёткина-Блюмберга. При влагалищном исследовании: Шейка матки с явлениями эндоцервицита, из цервикального

канала обильные слизисто-гнойные выделения. Тело матки и придатки пальпировать не удастся из-за резкого напряжения мышц передней брюшной стенки. Задний свод влагалища нависает; резко болезненный.

1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (2)
  - A. определение групповой принадлежности крови и резус-фактора
  - B. развернутое исследование свертывающей системы крови
  - C. общий анализ мочи
  - D. развернутый общий анализ крови**
  - E. исследование отделяемого из цервикального канала на инфекции, передающиеся половым путем**
  - F. определение антител к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ

Анализ отделяемого из цервикального канала на инфекции, передающиеся половым путем

Параметр	Результат
Neisseria gonorrhoeae	<b>Обнаружено</b>
Trichomonas vaginalis	Не обнаружены
Mycoplasma genitalium	Не обнаружены
Mycoplasma hominis	Не обнаружены
Gardnerella vaginalis	Не обнаружены
Candida albicans	Не обнаружены

2. Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является
  - A. трансвагинальное ультразвуковое исследование органов малого таза**
  - B. кольпоскопия
  - C. регистрация электрокардиографии в 12 стандартных отведениях
  - D. рентгенография органов грудной клетки
3. Предполагаемым основным диагнозом в данной клинической ситуации является:  
Эталон ответа: **Гонококковый пельвиоперитонит и другая гонококковая инфекция мочеполовых органов**
4. Нарастание клинической симптоматики в фазу менструального цикла характерно для данного заболевания:  
Эталон ответа: **раннюю фолликулярную**
5. Тактика ведения данной пациентки заключается в:  
Эталон ответа: **госпитализации в круглосуточный стационар и экстренном оперативном вмешательстве**
6. Оптимальным доступом к оперативному вмешательству, в данном случае, является:
  - A. лапароскопический доступ**
  - B. влагалищный доступ
  - C. верхнесрединная лапаротомия

- D. доступ Волковича-Дьяконова
7. Оптимальным объемом оперативного вмешательства, в данном случае, является:
- A. туботомия, эвакуация гнойного содержимого с оставлением пиогенной капсулы
  - B. экстирпация матки с придатками
  - C. аднексэктомия на стороне поражения, санация и дренирование брюшной полости**
  - D. ампутация тела матки с трубами
8. Медикаментозное лечение у данной пациентки включает терапию:  
Эталон ответа: антибактериальную
9. Антибиотиками выбора при гонококковом пельвиоперитоните являются:
- A. фторхинолоны IV поколения
  - B. полусинтетические пенициллины
  - C. цефалоспорины III поколения**
  - D. тетрациклины
10. Общая продолжительность антибактериальной терапии при гонококковом перитоните должна составлять не менее дней:
- A. 3
  - B. 7
  - C. 14**
  - D. 10
11. Наиболее эффективным методом преодоления бесплодия у пациенток, перенесших тубэктомию, является:  
Эталон ответа: экстракорпоральное оплодотворение
12. Методом контрацепции, способствующим защите от инфекций, передающихся половым путем, является:  
Эталон ответа: барьерный метод

### Задача №2

Беременная 32 лет, 5 часов назад родоразрешена путем операции кесарева сечения при сроке беременности 35 недель по поводу тяжелой преэклампсии. **Жалобы.** На боли в правом подреберье, тошноту, слабость, плохое самочувствие. **Анамнез заболевания.** Поступила в стационар с жалобами на повышение артериального давления до 180/120 мм рт.ст., головную боль. Протеинурия составила 9,9 г/л. После стабилизации состояния родоразрешена путем операции кесарева сечения по поводу тяжелой преэклампсии.

**Анамнез жизни.** Хронические заболевания отрицает. Отмечает аллергическую реакцию на антибиотики цефалоспоринового ряда. Травм,

операций не было. Данная беременность первая, вне беременности артериальное давление не повышалось.

**Объективный статус.** Состояние средней степени тяжести. В сознании. Контактна. Пульс 92 в 1 минуту. АД 150/90 мм рт.ст. Сатурация кислорода 98%. Отеки нижних конечностей. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, шумов нет. Дефицита пульса нет. Печень не увеличена. Пальпация в правой подвздошной области чувствительна. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Матка плотная, на 2 см ниже пупка, умеренно болезненная при пальпации. Наклейка умеренно промокла кровью. Выделения из половых путей кровянистые, в умеренном количестве. По постоянному мочевого катетеру выделяется моча бурого цвета, со скоростью 30 мл в час.

**Вопросы к задаче №2 + эталоны ответов на вопросы к задаче №2:**

1. К необходимому для постановки диагноза лабораторному исследованию у данной пациентки относится определение уровня  
Эталон ответа: **тромбоцитов в крови**
2. С целью выявления признаков внутрисосудистого гемолиза у данной пациентки следует провести исследование мазка крови на наличие фрагментарных эритроцитов (шизоцитов) И определить в крови уровень (2)  
А. креатинина  
В. гемоглобина  
**С. гаптоглобина**  
D. ЛДГ  
Е. фибриногена
3. Ваш предполагаемый основной диагноз  
Эталон ответа: **HELLP-синдром**
4. Признаками HELLP-синдрома у данной пациентки являются тромбоцитопения, боли в правом подреберье и  
Эталон ответа: **бурый цвет мочи**
5. Для определения степени тяжести заболевания у данной пациентки необходимо определить уровень АЛТ, АСТ, ЛДГ и  
Эталон ответа: **тромбоцитов в крови**
6. Дифференциальную диагностику в данном случае Вы будете проводить с  
А. внутripеченочным холестаазом беременных  
В. субкомпенсированным острым ДВС-синдромом  
С. дискинезией желчевыводящих путей  
**D. атипичным гемолитико-уремическим синдромом**
7. Для дифференциальной диагностики с атипичным гемолитико-уремическим синдромом у данной пациентки необходимо определить в крови  
А. уровень непрямого билирубина  
В. уровень лактатдегидрогеназы  
**С. активность ADAMTS-13**

- D. уровень аланинаминотрансферазы
8. Вы диагностировали у пациентки HELLP-синдром и будете проводить лечение и наблюдение в
- Эталон ответа: ОРИТ родильного стационара**
9. При отсутствии возможности проведения немедленного гемодиализа у пациентки, основная консервативная тактика лечения в ОРИТ заключается в
- Эталон ответа: сохранении функции почек**
10. Лечебные мероприятия с целью предотвращения образования солянокислого гематина в просвете канальцев почек у данной пациентки будут заключаться во внутривенном капельном введении
- A. 400 мл 5% раствора глюкозы с инсулином  
B. 250 мл свежезамороженной плазмы  
**C. 100 мл 4% гидрокарбоната натрия**  
D. 500 мл раствора гелофузина
11. Коррекция тромбоцитопении посредством трансфузии тромбоцитной массы у данной пациентки должна быть проведена при
- A. отсутствии признаков коагулопатии  
B. острой почечной недостаточности  
**C. развитии кровотечения**  
D. острой печеночной недостаточности
12. Показанием для применения криопреципитата является
- A. снижение уровня тромбоцитов менее  $100 \times 10^9/\text{л}$   
**B. снижение уровня фибриногена менее 1,0 г/л**  
C. снижение уровня гемоглобина менее 70 г/л  
D. повышение уровня лактатдегидрогеназы более 600 МЕд/л

**ПК-4:** Назначение и проведение лечения пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контроль его эффективности и безопасности в стационарных условиях

**Примеры заданий в тестовой форме:**

1. НЕПОСРЕДСТВЕННЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ МАГНИЯ СУЛЬФАТА ЯВЛЯЕТСЯ:
- A стимуляция диуреза  
B гипотензивная терапия  
C профилактика и лечение судорог  
D умеренная преэклампсия
2. ЦЕЛЕВЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ АД ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ ВО ВРЕМЯ РОДОВ ЯВЛЯЮТСЯ
- A систолическое АД  $<130$  мм рт. ст. и диастолическое АД  $<85$  мм рт. ст.  
B систолическое АД  $<160$  мм рт. ст. и диастолическое АД  $<110$  мм рт.ст.

- С систолическое АД <150 мм рт. ст. и диастолическое АД <95 мм рт. ст.  
 D систолическое АД <140 мм рт. ст. и диастолическое АД <90 мм рт. ст.
3. УТЕРОТОНИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ ПОСЛЕРОДОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ РЕКОМЕНДОВАНО НАЧИНАТЬ С НАЗНАЧЕНИЯ
- A мизопростола  
 B окситоцина  
 C метилэргометрина  
 D карбетоцина
4. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЧАЛА ГЕМОТРАНСФУЗИИ ПРИ ПРОДОЛЖАЮЩЕМСЯ ПОСЛЕРОДОВОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА МЕНЕЕ
- A 100 г/л  
 B 60 г/л  
 C 90 г/л  
 D 70 г/л
5. ПРИ ДИСТОЦИИ ПЛЕЧИКОВ ПЕРВЫМ РЕКОМЕНДОВАНО ВЫПОЛНЕНИЕ ПРИЁМА
- A «захват заднего плечика плода»  
 B Рубин  
 C МакРобертс  
 D «винт Вудса»

**Эталоны ответов:**

<b>1 - C</b>	<b>2 - B</b>	<b>3 - B</b>	<b>4 - D</b>	<b>5 - C</b>
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

**Перечень практических навыков:**

- лечебно-диагностическое выскабливание слизистой полости матки;
- введения и удаления имплантов, внутриматочных контрацептивов, вагинальных колец и pessaries;
- инструментальное удаление плодного яйца (выскабливания стенок полости матки при прерывании беременности);
- лапаротомия при ургентных (неотложных) состояниях в гинекологии;
- удаление маточной трубы (сальпингэктомии), придатков матки (аднексэктомии), резекции и ушивания яичника;
- удаление кисты, дренирования абсцесса бартолиниевой железы;
- амниотомия;
- оказание пособий при тазовых предлежаниях плода;
- вакуум-экстракция плода;
- ручное отделение и выделение последа, контрольное ручное обследование полости матки;
- массаж матки при ее атонии;
- зашивание разрывов шейки матки, влагалища, промежности;
- проведение операции кесарева сечения;

- проведение физиологических и патологических родов (тазовое предлежание, разгибание головки, асинклитические вставления, крупный плод);
- проведение родов при узком тазе;
- выполнение реанимационных мероприятий при асфиксии и родовой травме новорожденного.

**Примеры контрольных вопросов для собеседования (ситуационных задач):**

**Задача №1**

Беременная 26 лет, срок беременности 35 недель, доставлена машиной СМП в роддом после судорожного припадка, который произошел дома полчаса назад. **Жалобы.** На головную боль. **Анамнез заболевания.** В течение 2 дней пациентку беспокоило повышение артериального давления до 150/100 мм рт. ст., появление отеков нижних конечностей, за медицинской помощью не обращалась. Накануне вечером беспокоила головная боль, ухудшение зрения. Лекарств не принимала. Утром текущего дня дома была рвота, после чего появились судороги с потерей сознания.

**Анамнез жизни.** Хронические заболевания отрицает. Аллергических реакций не отмечает. Травм, операций не было. Настоящая беременность первая, вне беременности артериальное давление не повышалось.

**Объективный статус.** Состояние тяжелое. Пациентка заторможена, контактна. Кожные покровы бледные. Температура тела 36,7 градусов. Пульс 102 уд в 1 минуту. АД 180/115 мм рт.ст. Частота дыхания 32 в 1 минуту. Сатурация кислорода 95%. Отеки лица, голени, передней брюшной стенки. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, шумов нет. Дефицита пульса нет. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Живот увеличен за счет беременной матки. Матка в нормальном тонусе, безболезненная при пальпации. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 180 в 1 минуту. Выделений из половых путей нет. При влагалищном исследовании - оценка зрелости шейки матки по шкале Бишопа - 5 баллов. На фоне проводимой терапии отмечается снижение АД до 150/100 мм рт. ст.

**Вопросы к задаче №1 + эталоны ответов на вопросы к задаче №1:**

1. Основной диагноз у данной пациентки можно поставить на основании следующих клинических признаков (2)
  - A. тяжелой артериальной гипертензии**
  - B. тахипноэ
  - C. тахикардии
  - D. приступа судорог**
  - E. отеков
2. Для оценки состояния плода необходимо проведение (3)
  - A. доплерометрии (артерии пуповины, средняя мозговая артерия)**
  - B. определения фосфорилированного протеина-1 в цервикальном канале



- С. ультразвуковой неинвазивной фетальной кардиографии  
**D. кардиотокографии плода**  
Е. магнитно-резонансной томографии плода  
**F. ультразвукового исследования фето-плацентарного комплекса**
3. Ваш предполагаемый основной диагноз  
Эталон ответа: **Состояние после приступа эклампсии**
4. Симптомом - предвестником эклампсии у данной пациентки является  
Эталон ответа: **нарушение зрения**
5. Вы диагностировали у беременной 35 недель состояние после приступа эклампсии и согласовали с пациенткой провести лечение и наблюдение в  
Эталон ответа: **палате интенсивной терапии родильного дома**
6. При сохраненном спонтанном дыхании у данной пациентки рекомендовано  
**A. проводить ингаляцию кислорода через систему увлажненной кислородной смеси**  
В. проводить принудительную вентиляцию маской со 100% кислородом  
С. проводить ИВЛ через эндотрахеальную трубку  
D. проводить ИВЛ через ларингиальную маску
7. После наступления стабилизации пациентку рекомендуется провести  
Эталон ответа: **родоразрешение**
8. Базовой противосудорожной терапией у данной пациентки является  
Эталон ответа: **магния сульфат**
9. Нагрузочная доза 25% раствора сульфата магния у данной пациентки составляет г  
**A. 4**  
В. 6  
С. 25  
D. 16
10. Дифференциальную диагностику в первую очередь должны проводить с  
А. опухолью головного мозга  
**В. эпилепсией**  
С. геморрагическим инсультом  
D. менингитом
11. Оптимальным способом родоразрешения у данной пациентки является  
А. экстренное кесарево сечение, не дожидаясь стабилизации состояния  
В. роды через естественные родовые пути после стабилизации состояния  
**С. кесарево сечение в срочном порядке после стабилизации состояния**  
D. роды через естественные родовые пути после подготовки к родам
12. Профилактику кровотечения после родоразрешения у данной пациентки рекомендовано проводить  
А. миролютом  
**В. окситоцином**  
С. метилэргометрином

D. транексамовой кислотой

### Задача №2

Пациентка 36 лет, поступила в гинекологическое отделение. **Жалобы** на кровянистые выделения из половых путей, тянущие боли внизу живота. **Анамнез заболевания:** считает себя больной последние 14 дней, когда после обильной менструации, кровянистые выделения продолжились. Последние 3 мес. менструации стали обильными, более 150 мл, со сгустками, болезненные.

**Анамнез жизни:** Пациентка родилась от вторых срочных родов. Росла и развивалась по возрасту. Детские инфекции: ветряная оспа в 10 лет, краснуха в 13 лет. Туберкулез, венерические заболевания, гепатит отрицает. Травмы, операции отрицает. Аллергоанамнез не отягощен. Менструации с 12 лет по 4 дня, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Было 3 беременности, 2 из которых закончились нормальными срочными родами, 1 - медикаментозным абортом в сроке 6 недель беременности, без осложнений.

**Объективный статус:** Состояние удовлетворительное. Телосложение, правильное. Питание умеренное. Рост 172 см, вес 64 кг. Кожные покровы чистые, бледные, обычной влажности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 82 удара в минуту, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Наружные половые органы развиты правильно. Рост волос по женскому типу. В зеркалах: влагалище рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы. Наружный зев щелевидный. Выделения кровянистые темно-коричневые, умеренные. Бимануально: матка в физиологическом положении, обычных размеров, плотная, подвижная. Придатки матки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Влагалищные своды свободны.

#### Вопросы к задаче №2 + эталоны ответов на вопросы к задаче №2:

1. К необходимым для постановки диагноза лабораторным исследованиям, в данном случае, относятся
  - A. фолликулостимулирующий гормон в крови
  - B. лютеинизирующий гормон в крови
  - C. тиреотропный гормон в крови
  - D. общий (клинический) анализ крови развёрнутый**
  - E. анализ мочи общий**
2. К необходимому для постановки диагноза инструментальному методу исследования, в данном случае, относится
  - A. цистоскопия мочевого пузыря
  - B. жидкостная цитология шейки матки
  - C. ультразвуковое исследование матки, придатков трансвагинальное**
  - D. расширенная кольпоскопия

Ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное на 7 день менструального цикла. Матка в срединном положении, отклонена кпереди. Контуры матки чёткие, ровные, размеры 44\*38\*49 мм, структура однородная. В полости матки в средней трети визуализируется гиперэхогенное вытянутое образование с нечёткими ровными контурами и единичными локусами кровотока при ЦДК, размерами до 15 мм, исходящее из задней стенки, М-эхо 8 мм. Правый яичник 19\*31\*22 мм, с чёткими ровными контурами, 5-6 фолликулов в слое от 2 до 7 мм в диаметре. Левый яичник 20\*20\*21 мм, с чёткими ровными контурами, 4-5

3. Предполагаемым предварительным диагнозом в данной клинической ситуации является

Эталон ответа: **Полип тела матки**

4. Патологией матки, в данном случае, может являться

Эталон ответа: **Полип эндометрия**

5. Дополнительным методом диагностики, в данном случае, является

Эталон ответа: **гистероскопия с раздельным диагностическим выскабливанием матки**

Гистероскопия с РДВМ жидкостная: Цервикальный канал не изменен. Полость матки расширена, не деформирована, слизистая бледно-розовой окраски, обычной толщины. В средней трети по задней стенке матки определяется полип размерами 16\*5 мм. Выполнено РДВМ. Полипэктомия. Получен из цервикального канала умеренный соскоб. Из полости матки умеренный соскоб, полип. Гистологическое исследование №1416: железисто-кистозный полип эндометрия без атипии.

6. На основании данных анамнеза и клинико-лабораторного обследования сопутствующим заболеванием у пациентки с полипом матки является

- А. постгеморрагическая анемия лёгкой степени тяжести**
- В. постгеморрагическая анемия средней степени тяжести
- С. постгеморрагическая анемия тяжёлой степени тяжести
- Д. компенсированная хроническая железодефицитная анемия

7. Учитывая наличие у пациентки полипа эндометрия, основной хирургической стратегией лечения будет

Эталон ответа: **РДВМ, полипэктомия**

8. Медикаментозная гемостатическая терапия кровотечения при полипе эндометрия включает

- А. диклофенак
- В. эноксапарин натрия
- С. транексамовую кислоту**
- Д. папаверина гидрохлорид

9. Для проведения гормональной терапии после хирургического лечения полипа эндометрия используют

Эталон ответа: **дидрогестерон**

10. В дальнейшем динамическом наблюдении после удаления полипа эндометрия пациентка нуждается

Эталон ответа: **в течение 1 года после выписки из стационара**

11. На весь период реабилитации, который составляет после гистероскопии необходимо рекомендовать пациентке исключить половую жизнь
- A. 2-3 недели
  - B. 1,5-2 месяца
  - C. 1-2 года
  - D. 3-5 дней
12. Возможная сопутствующая патология, при которой в данной клинической ситуации противопоказана гормональная терапия
- Эталон ответа: **тромбофлебиты, инфаркт миокарде, рак молочной железы**

**Критерии оценки тестового контроля:**

- оценка «зачтено» - выставляется если слушатель приводит от 71% до 100% правильных ответов;
- оценка «не зачтено» - выставляется если слушатель приводит 70% и менее правильных ответов.

**Критерии оценки выполнения практических навыков:**

- оценка «зачтено» - слушатель знает и самостоятельно демонстрирует мануальные навыки, анализирует результаты лабораторного и инструментального исследований. Выполняет манипуляции, связанные с оказанием неотложной помощи. Допускает некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;
- оценка «не зачтено» - слушатель не владеет теоретическими основами практических навыков, а также непосредственно мануальными навыками, допускает критически грубые ошибки. Не может выполнить манипуляции при оказании неотложной помощи.

**Критерии оценки при собеседовании (решении ситуационных задач):**

- оценка «отлично» – слушатель правильно выставляет диагноз с учётом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, учебника и дополнительной литературы;
- оценка «хорошо» – слушатель правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы;
- оценка «удовлетворительно» – слушатель ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностные знания предмета;
- оценка «неудовлетворительно» – слушатель не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз. Не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительных вопросов.

## 4.2. Оценочные средства и критерии оценки для промежуточной аттестации

### Модуль 1. Амбулаторно-поликлиническая помощь в акушерстве и гинекологии

**ПК-1:** Проведение медицинского обследования пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара

#### Примеры заданий в тестовой форме:

1. ПОГРАНИЧНАЯ ОБЛАСТЬ МЕЖДУ МНОГОСЛОЙНЫМ ПЛОСКИМ И ЦИЛИНДРИЧЕСКИМ ЭПИТЕЛИЕМ ШЕЙКИ МАТКИ, В КОТОРОЙ МОЖЕТ БЫТЬ ЭПИТЕЛИЙ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ЗРЕЛОСТИ, НАЗЫВАЕТСЯ
  - A переходной зоной
  - B плоскоклеточной метаплазией
  - C приобретенной переходной зоной
  - D зоной трансформации
2. СОГЛАСНО КРИТЕРИЯМ ВОЗ К ОЖИРЕНИЮ II СТЕПЕНИ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА (В КГ/М<sup>2</sup>)
  - A 32,9
  - B 36,7
  - C 29,8
  - D 33,6
3. ХАРАКТЕРНЫМИ КОЛЬПОСКОПИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ HSIL ЯВЛЯЮТСЯ
  - A метапластический эпителий, закрытые железы, участки изъязвлений
  - B зрелый многослойный плоский эпителий, открытые железы, эктропин
  - C тонкий ацетобелый эпителий, нежная мозаика, нежная пунктация
  - D плотный ацетобелый эпителий, грубая мозаика, грубая пунктация
4. ХАРАКТЕРНЫМ ЦИТОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
  - A воспалительная инфильтрация
  - B гиперкератоз
  - C паракератоз
  - D койлоцитоз
5. ПРИ ИЗМЕРЕНИИ ДЛИНЫ БЕДРА ПЛОДА ДАТЧИК И БЕДРЕННАЯ КОСТЬ ДОЛЖНЫ РАСПОЛАГАТЬСЯ ДРУГ К ДРУГУ
  - A под углом в 60°
  - B параллельно
  - C под углом в 30°

D перпендикулярно

**Эталоны ответов:**

<b>1 - D</b>	<b>2 - B</b>	<b>3 - D</b>	<b>4 - D</b>	<b>5 - B</b>
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

**Перечень практических навыков:**

- пальпации и перкуссии живота, аускультации сердца, легких и кишечника;
- влагалищно-брюшностеночного гинекологической больной;
- осмотра шейки матки в зеркалах;
- взятия мазков (для бактериологического и цитологического исследования) из цервикального канала, влагалища и уретры;
- обработки послеоперационной раны, снятия швов;
- кольпоскопии;
- прицельной биопсии шейки матки, слизистой влагалища и вульвы;
- аспирационно и Пайпель-биопсией эндометрия;
- влагалищно-брюшностеночного исследования беременной, роженицы, родильницы;
- определения размеров таза, окружности живота и высоты стояния дна матки;
- определения срока беременности и даты родов;
- проведения и интерпретации антенатальной КТГ;
- оценка результатов лабораторных и специальных методов исследования (морфологических, биохимических, иммунологических, серологические показатели крови, мочи, кала, коагулограммы, УЗИ, КТГ, доплерометрии);
- оценка результатов функционального обследования органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, печени, почек, ЦНС и др.;
- методика получения информации о течении настоящей беременности, а также течении и исходах предыдущих беременностей и родов. Уметь точно прогнозировать исходы беременности и родов.

**Примеры контрольных вопросов для собеседования (ситуационных задач):**

**Задача №1**

На приём обратилась пациентка 36 лет. **Жалобы** на отсутствие беременности в течении 4 лет при регулярной половой жизни без контрацепции, увеличение массы тела в течение последних двух лет на 8 кг.

**Анамнез заболевания.** В течение 4 лет отмечает задержки менструации до 45-90 дней на фоне прибавки массы тела.

**Акушерский анамнез:** Первая беременность в 29 лет, наступила самостоятельно. В сроке 17-18 недель - истмико-цервикальная недостаточность, поздний самопроизвольный выкидыш. В течение 5 лет для контрацепции принимала КОК. В течение последних 2 лет от беременности не предохраняется и при регулярной половой жизни беременность не наступает. Муж обследован, здоров. Спермограмму сдал 5 дней назад - нормоспермия.

**Акушерско-гинекологический анамнез:** менархе в 13 лет, цикл установился в течение полугода, по 5 дней, через 30-60 дней, умеренные, безболезненные; половая жизнь с 18 лет, в браке с 25 лет.

**Объективный статус.** Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение правильное. Питание повышенное. Масса тела - 88,5 кг, рост - 165 см, ИМТ - 32,5 кг/см<sup>2</sup>. Объем талии 91 см. Объем бедер 110 см. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски и нормальной влажности. На передней брюшной стенке, внутренней поверхности бедер, предплечий и плеча визуализируются светло-розовые стрии. Периферических отёков нет. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 76 в 1 мин, АД 135/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, не вздут. Симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный. Стул в норме. Диурез достаточный.

Осмотр на кресле: Наружные половые органы и оволосение (4 балла) - женский тип. Слизистые влагалища и шейки матки не изменены. Выделения слизистые. Тело матки в anteflexio, нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки не увеличены. Своды свободны.

**Вопросы к задаче №1 + эталоны ответов на вопросы к задаче №1:**

1. Для оценки овариального резерва у пациентки следует провести определение гормона в крови:

Эталон ответа: **антимюллера**

2. Для оценки наличия овуляции у пациентки следует провести (3):

**А. исследование мочевого теста на овуляцию**

**В. пробу с гонадотропин-релизинг гормоном ЛГ-РГ**

**С. мониторинг базальной термометрии в течение 2 циклов**

**Д. ультразвуковой мониторинг овуляции**

**Е. определение уровня прогестерона за 7 дней до менструации**

**Ф. мониторинг ТТГ в крови на 7, 14, 21 день цикла**

Ультразвуковой мониторинг овуляции трансвагинальный. День цикла - 19.

Заключение: Ультразвуковые признаки поликистоза яичников. Цикл ановуляторный

3. Для установления причин бесплодия у пациентки дополнительно показано проведение:

Эталон ответа: **гистеросальпингографии**

Гистеросальпингография. Заключение: Маточные трубы с двух сторон проходимы

4. Для оценки причины нарушения овуляции следует провести пациентке исследование уровня (3):

**А. пролактина**

**В. прогестерона**

**С. тестостерона**

**Д. фолликулостимулирующего гормона**

**Е. эстрадиола**

Ф. тиреотропного гормона

ФСГ=10 МЕ/л (норма 3,5- 12,0 мМЕ/мл); Эстрадиол=167 пг/мл (12,4- 233 пг/мл)  
Пролактин 206 ММЕ/мл (норма 100-500 ммЕ/Мл)

5. Предполагаемым основным диагнозом в данной клинической ситуации является: женское бесплодие:  
Эталон ответа: **связанное с ановуляцией**
6. По классификации ВОЗ тип нарушения овуляции у данной пациентки с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ) относится к группе:  
А. III: гипергонадотропной гипоестрогенной ановуляции  
В. II: гипогонадотропной гипоестрогенной ановуляции  
**С. I: нормогонадотропной нормоэстрогенной ановуляции**  
D. IV: гиперпролактинемической ановуляции
7. Сопутствующий диагноз у данной пациентки: Ожирение \_\_\_ степени:  
Эталон ответа: **1**
8. Первой линией лечения бесплодия у данной пациентки будет являться:  
**А. использование кломифена**  
В. лапароскопия, дреллинг яичников  
С. применение гонадотропинов  
D. экстракорпоральное оплодотворение
9. Гормональная поддержка лютеиновой фазы менструального цикла микролизированным прогестероном проводится на \_\_\_ день цикла:  
А. 14 - 26  
В. 5 - 25  
**С. 17 - 26**  
D. 10 - 26
10. В случае применения у пациентки вспомогательных репродуктивных технологий для предотвращения синдрома гиперстимуляции яичников в качестве адъювантной терапии показан:  
Эталон ответа: **метформин**
11. Наличие метаболического синдрома у пациентки можно диагностировать на основании увеличения:  
**А. объема талии**  
В. объема бедер  
С. индекса массы тела  
D. гирсутного числа
12. При овариальной стимуляции яичников в программах ЭКО получено 13 ооцитов, это является ответом яичников:



Эталон ответа: **нормальным**

### **Задача №2**

На очередной прием к врачу женской консультации обратилась пациентка 29 лет на сроке беременности 24 недели. **Жалобы** на ощущение сухости во рту, жажду, зуд в области наружных половых органов.

**Анамнез заболевания** Жажда и ощущение сухости во рту появились неделю назад. Симптомы пациентка связала с наличием сухого воздуха в помещении с момента начала отопительного сезона. Три дня назад к вышеописанным жалобам присоединился зуд в области наружных половых органов.

**Анамнез жизни.** Дискинезия желчевыводящих путей. Менструальная функция не нарушена. Состоит в браке. От беременности предохранялась с помощью прерванного полового акта. Гинекологические заболевания отрицает. Бабушка пациентки страдает сахарным диабетом II типа.

Первая беременность 5 лет назад завершилась своевременными родами, родился мальчик массой 4480 г, ростом 54 см.

Настоящая беременность - вторая, протекает с избыточной прибавкой массы тела (10 кг с момента постановки на учет на сроке 6-7 недель).

**Объективный статус.** Рост 168 см, вес 102 кг (ИМТ = 36,1 кг/м<sup>2</sup>). Температура тела 36,6°C. Кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые, сухие. Язык чистый, сухой. Пастозность голеней и стоп, передней брюшной стенки, кистей рук. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД = 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 82 удара в минуту. АД = 125/80 (D), 130/80 (S) мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул регулярный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. **Status obstetricus:** размеры таза 27-30-34-22 см. ВДМ 28 см, ОЖ 100 см. Матка в нормальном тоне, не возбудима при пальпации. Положение плода неустойчивое. Сердцебиение плода несколько приглушено, ритмичное, 145 уд/мин.

**Per vaginum:** наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Отмечается гиперемия в области больших и малых половых губ, а также слизистой преддверия влагалища. Влагалище емкое. Шейка матки отклонена кзади, плотная, длиной 3,0 см, наружный зев закрыт. Предлежащая часть плода пальпируется через своды влагалища, расположена высоко над входом в малый таз. Мыс не достижим, экзостозов в малом тазу нет. Выделения из половых путей слизистые, молочно-белого цвета, умеренные.

**Вопросы к задаче №2 + эталоны ответов на вопросы к задаче №2:**

1. С целью постановки диагноза данной пациентке в рамках лабораторного обследования необходимо провести (2)
  - A. клинический анализ крови
  - B. клинический анализ мочи
  - C. иммунологический анализ крови
  - D. биохимический анализ крови**

## **Е. пероральный глюкозотолерантный тест**

### **Г. определение резусной принадлежности крови**

Уровень гликемии натощак: 5,8 ммоль/л

2. С целью диагностики осложнений настоящего заболевания у данной пациентки в рамках инструментального обследования следует провести  
Эталон ответа: **УЗИ матки и плода**
3. В качестве диагноза, основанного на результатах осмотра данной пациентки, а также показателях лабораторных и инструментальных методов исследования, можно предположить диагноз  
Эталон ответа: **Гестационный сахарный диабет**
4. Вы назначили пациентке проведение перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ) с целью диагностики нарушения углеводного обмена во время беременности с использованием сухой глюкозы в количестве \_\_\_ г  
Эталон ответа: **75**
5. При соответствии уровня глюкозы венозной плазмы категории манифестного (впервые выявленного) сахарного диабета данную пациентку необходимо немедленно направить к  
Эталон ответа: **эндокринологу**
6. Проведение ПГТТ у данной пациентки НЕ противопоказано при наличии  
А. острого инфекционного заболевания  
В. индивидуальной непереносимости глюкозы  
**С. одноплодной и многоплодной беременности**  
D. обострении хронического панкреатита
7. При проведении ПГТТ у данной пациентки уровень глюкозы венозной плазмы оценивается после проведения нагрузки глюкозой с интервалами  
Эталон ответа: **1 и 2 ч**
8. При получении результатов гликемии у данной пациентки через 1 ч после проведения нагрузки глюкозой в рамках ПГТТ 9,7 ммоль/л следует тест  
А. продолжить и произвести еще два забора крови: через 1 и 2 ч  
В. прекратить и выставить диагноз «Гестационный сахарный диабет»  
**С. продолжить и еще через 1 ч произвести последний забор крови**  
D. прекратить и выставить диагноз «Манифестный сахарный диабет»
9. Ведение данной пациентки включает диетотерапию с полным исключением легкоусвояемых углеводов и ограничением жиров, дозированные аэробные физические нагрузки, а также  
Эталон ответа: **ведение дневника самоконтроля гликемии**
10. Показанием к проведению инсулинотерапии у данной пациентки может выступить невозможность достижения целевых уровней гликемии в течение 1-2 недель самоконтроля, а также  
Эталон ответа: **признаки диабетической фетопатии по данным УЗИ**
11. Расширение показаний к плановому кесареву сечению у данной пациентки целесообразно во избежание родового травматизма (дистоция плечиков) при наличии

Эталон ответа: признаков диабетической фетопатии

12. Вам необходимо провести плановое родоразрешение данной пациентки не позднее \_\_\_ недель гестации

Эталон ответа: 38-39

**ПК-2:** Назначение и проведение лечения пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контроль его эффективности и безопасности в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара

**Примеры заданий в тестовой форме:**

1. ОГРАНИЧЕННЫМ К ПОТРЕБЛЕНИЮ ПРОДУКТОМ В ПИТАНИИ БЕРЕМЕННЫХ И КОРМЯЩИХ ЖЕНЩИН ЯВЛЯЕТСЯ
  - A растительное масло
  - B кулинарный жир
  - C сливочное масло
  - D сметана 10-15% жирности
2. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ БЕСПЛОДИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ВКЛЮЧАЮТ
  - A использование кломифена в качестве первой линии терапии
  - B использование гонадотропинов
  - C увеличение массы тела
  - D использование лапароскопии в качестве первой линии терапии
3. В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ СВЕРТЫВАНИЕ КРОВИ ПОВЫШАЕТ ГОРМОН
  - A дидрогестерон
  - B этинилэстрадиол
  - C прогестерон
  - D эстриол
4. ЛЕЧЕНИЕ МИКОПЛАЗМЕННОЙ И УРЕАПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИЙ ВО II ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В НАЗНАЧЕНИИ С 14 НЕДЕЛЬ
  - A джозамицина 500 мг 3 раза в сутки 10 дней
  - B фромилида 250 мг 2 раза в сутки 10-14 дней
  - C клацида 500 мг 1 раз в сутки 10-14 дней
  - D азивока 1 г однократно
5. ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОФИЛАКТИКА
  - A эндометриоза
  - B гнойно-воспалительных заболеваний органов малого таза
  - C рака эндометрия
  - D атрофических изменений вульвы и влагалища

**Эталоны ответов:**

1 - В	2 - А	3 - В	4 - А	5 - С
-------	-------	-------	-------	-------

### **Перечень практических навыков:**

- обработка послеоперационной раны, снятия швов;
- введения и удаления имплантов, внутриматочных контрацептивов, вагинальных колец и пессариев;
- хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности;
- введение акушерского пессария.

### **Примеры контрольных вопросов для собеседования (ситуационных задач):**

#### **Задача №1**

На приеме у врача женской консультации находится пациентка 26 лет на сроке беременности 28 недель, у которой по результатам анализа крови выявлен титр антирезусных антител в количестве 1:32. **Жалобы** не предъявляет.

**Анамнез заболевания.** Настоящая беременность - третья, наступила самостоятельно. I беременность пять лет назад - искусственный аборт на сроке 11 недель (сведений о введении анти-Rh(D)-иммуноглобулина нет). II беременность два года назад - самопроизвольный выкидыш в 15 недель, после чего не производилось введение анти-Rh(D) - иммуноглобулина.

Данная беременность протекала с явлениями начавшегося выкидыша в сроке 14-15 недель, по поводу которого проводилась терапия прогестагенами с положительным эффектом (препараты принимала до 24 недель). Прибавка массы тела с момента постановки на учет в сроке 6-7 недель составила 7 кг.

**Анамнез жизни.** Миопия слабой степени, хронического тонзиллита. Группа крови - А (II), резус-фактор - отрицательный. У супруга (отца будущего ребенка) группа крови - 0 (I), резус-фактор - положительный. Менархе в 13 лет, в течение последних 5 лет менструации были нерегулярными. Дисфункция яичников - терапия препаратами комбинированных оральных контрацептивов в циклическом режиме в течение 6 месяцев с временным положительным эффектом. Эктопия шейки матки (лечение не проводилось). Половая жизнь регулярная, в браке, от беременности не предохранялась.

**Объективный статус.** Рост 165 см, масса тела 68 кг (ИМТ=24,9 кг/м<sup>2</sup>). Кожные покровы розовой окраски, нормальной влажности, чистые. Язык чистый, влажный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 74 уд/мин. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, не вздут. Стул регулярный, оформленный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочепуспускание свободное. Выделения из половых путей светлые, слизистые.  
**Status obstetricus:** ВДМ - 30 см. ОЖ - 90 см. Матка в нормальном тонусе, не возбудима при пальпации. Положение плода продольное, предлежит головка

плода, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 145 уд/мин.

**Вопросы к задаче №1 + эталоны ответов на вопросы к задаче №1:**

1. На основании данных анамнеза, осмотра и результата анализа крови у данной пациентки можно предположить наличие  
**Эталон ответа: Резус-изоиммунизации плода**
2. Основным лабораторным методом исследования, необходимым для постановки диагноза у данной пациентки, является  
**Эталон ответа: анализ крови на выявление анти-Rh-антител**
3. Современным инструментальным исследованием, необходимым для диагностики анемии плода у данной пациентки в рамках возникшего осложнения беременности, является
  - A. исследование систоло-диастолического отношения кровотока в маточных артериях
  - B. определение максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии плода**
  - C. фетометрия, плацентография и оценка индекса амниотической жидкости
  - D. определение биофизического профиля плода по данным ультразвукового исследования и кардиотокографии
4. На данном этапе, учитывая показатели клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования, пациентке необходимо
  - A. внутримышечно ввести одну дозу анти-Rh(D)-иммуноглобулина (1250-1500 МЕ, что соответствует 250-300 мкг)
  - B. произвести экстренное родоразрешение посредством операции кесарева сечения по перинатальным показаниям
  - C. повторить исследование максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии плода через 7 дней**
  - D. произвести плоду внутриматочное внутрисосудистое переливание отмытых лейкофильтрованных эритроцитов донора (ЭМОЛТ)
5. Проведение внутриматочного внутрисосудистого переливания ЭМОЛТ плоду показано в случае  
**Эталон ответа: развития у плода признаков тяжелой анемии**
6. Одним из характерных осложнений проведения внутриматочного внутрисосудистого переливания ЭМОЛТ плоду является
  - A. нарастание степени тяжести преэклампсии
  - B. увеличение индекса амниотической жидкости
  - C. преждевременная отслойка плаценты**
  - D. вращение плаценты в стенку матки
7. К факторам риска развития резус-изоиммунизации у пациентки относится отсутствие проведения специфической профилактики после искусственного прерывания беременности и самопроизвольного выкидыша, а также  
**A. появление кровавистых выделений в первом триместре**

- В. использование прогестагенов во время беременности  
 С. применение комбинированных оральных контрацептивов  
 D. наличие эктопии шейки матки при постановке на учет
8. Согласно клиническим рекомендациям, данной пациентке до 28 недель проводились исследования крови на наличие анти-Rh-антител каждые  
**Эталон ответа: 4 недели**
9. При отсутствии антирезусных антител по анализу крови у данной пациентки ей была бы показана специфическая антенатальная профилактика резус-изоиммунизации на сроке беременности  
**Эталон ответа: 28 недель**
10. В случае отсутствия изоиммунизации у данной пациентки ей было бы необходимо провести специфическую постнатальную профилактику не позднее \_\_\_\_\_ после родоразрешения  
**Эталон ответа: 72 часов**
11. Дополнительная антенатальная профилактика данной пациентке при отсутствии у нее резус-изоиммунизации была показана при (по)  
 А. постановке на учет по беременности  
 В. завершении процессов плацентации  
**С. появлении кровянистых выделений**  
 D. окончании терапии прогестагенами
12. Предпочтительным методом родоразрешения пациентки сможет выступить операция кесарева сечения в случае развития тяжелой анемии плода, наличия отечной формы гемолитической болезни плода, а также после  
**А. внутриматочного переливания плоду ЭМОЛТ**  
 В. проведения специфической антенатальной профилактики  
 С. преждевременного излития амниотической жидкости  
 D. профилактики респираторного дистресс-синдрома плода

### Задача №2

Пациентка 68 лет обратилась на прием к гинекологу для осмотра. **Жалобы** на приеме предъявила жалобы на уменьшение роста на 3 см за 1 год, боли в поясничном отделе позвоночника, невозможность полностью распрямить спину, постоянное чувство усталости в спине. **Анамнез заболевания.** Последняя самостоятельная менструация в возрасте 50 лет.

**Анамнез жизни.** Хронические заболевания: гипертоническая болезнь (наблюдается кардиологом); не курит, алкоголем не злоупотребляет; профессиональных вредностей не имела; аллергических реакций не было; мать- компрессионные переломы позвоночника, отец - гипертоническая болезнь.

**Объективный статус.** Состояние удовлетворительное. Рост 164 см, масса тела 51 кг. ИМТ 18,9 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1

мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 76 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

**Гинекологический статус.** Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая влагалища бледная, истончена. Тело матки обычных размеров, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон без особенностей. Область их при пальпации безболезненна. Своды свободны. Патологических образований в области малого таза на момент осмотра не выявлено. Выделений нет.

**Вопросы к задаче №2 + эталоны ответов на вопросы к задаче №2:**

1. С учетом клинико-anamnestических данных наиболее информативным исследованием в данном случае является
  - A. рентгенография грудного и поясничного отделов позвоночника**
  - В. остеоденситометрия поясничного отдела позвоночника и шейки бедра
  - С. компьютерная томография поясничного отдела позвоночника
  - Д. количественная компьютерная томография
2. Обязательным на этапе обследования данной пациентки является определение уровня в крови
  - А. кальция
  - В. эстрадиола
  - С. витамина D**
  - Д. ФСГ
3. Опираясь на критерии STRAW+10, в данном случае стадия репродуктивного старения будет определяться как  
Эталон ответа: **поздний постменопаузальный период**
4. С учетом жалоб, возраста, анамнеза пациентки предположительным диагнозом является  
Эталон ответа: **постменопаузальный остеопороз, тяжелая форма**
5. Учитывая клинико-anamnestические данные и результаты объективного обследования, первой линией терапии будет являться назначение
  - А. комбинации эстрадиола и прогестерона
  - В. препаратов кальция и магния
  - С. аналога паратиреоидного гормона**
  - Д. бисфосфонатов
6. Тяжесть заболевания, в данном случае, определяются на основании
  - А. данных денситометрии
  - В. наличия переломов в анамнезе**
  - С. совокупности данных о возрасте и ИМТ
  - Д. показателя уровня витамина Д в крови
7. Данной пациентке одновременно с патогенетическим лечением рекомендуется назначение препаратов кальция и  
Эталон ответа: **витамина Д**
8. Длительность терапии остеопороза терипаратидом у данной пациентки должна составлять не более месяцев
  - А. 24**

- В. 30  
**С. 18**  
 D. 36
9. Положительной динамикой при оценке эффективности лечения остеопороза будет являться прирост МПК не менее % за год  
**A. 3**  
 B. 1.5  
 C. 2  
 D. 2.5
10. Модифицируемым фактором риска остеопороза и переломов костей, в данном случае, является  
Эталон ответа: **дефицит витамина Д**
11. Главной целью лечения остеопороза, в данном случае, является  
Эталон ответа: **снижение риска переломов**
12. Обязательным после окончания лечения является назначение  
 A. эстроген-гестагенного средства  
**B. антирезорбтивной терапии**  
 C. препарата фитоэстрогенов  
 D. тестостерона

## Модуль 2. Патологическое акушерство

**ПК-3:** Проведение медицинского обследования пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях

### Примеры заданий в тестовой форме:

1. ДЛЯ ТИРЕОТОКСИКОЗА БЕРЕМЕННОЙ ХАРАКТЕРНЫ  
 A повышение Т3, снижение ТТГ и Т4  
 B снижение Т4 и Т3, снижение ТТГ  
 C снижение Т3, повышение ТТГ и Т4  
 D повышение Т4 и Т3, понижение ТТГ
2. В КОМПЛЕКС УЛЬТРАЗВУКОВЫХ КРИТЕРИЕВ ОТЕЧНОЙ ФОРМЫ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА ВХОДЯТ  
 A плацентомегалия, кардиомегалия плода, маловодие  
 B гепатоспленомегалия, асцит плода, ПИ в СМА менее 1,0  
 C асцит, перикардиальный выпот, повышенная эхогенность кишечника плода, МСС в СМА 0,8 МоМ  
 D гепатоспленомегалия, асцит, гидроторакс плода, многоводие
3. ВТОРИЧНАЯ СЛАБОСТЬ И СЛАБОСТЬ ПОТУГ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ  
 A при крупном плоде  
 B при приеме допегита  
 C при преждевременных родах



- D при ранней амниотомии
4. АКСИАЛЬНАЯ ПЛОСКОСТЬ ГОЛОВКИ ПЛОДА, НА КОТОРОЙ ПРОИЗВОДЯТ ИЗМЕРЕНИЕ ЕЕ ОКРУЖНОСТИ, БИПАРИЕТАЛЬНОГО И ЛОБНО-ЗАТЫЛОЧНОГО РАЗМЕРОВ, ВКЛЮЧАЕТ ОТРАЖЕНИЕ ОТ
- A ножек мозга и хиазматической цистерны
  - B хиазматической цистерны и тела боковых желудочков
  - C полости прозрачной перегородки и зрительных бугров
  - D лобных и затылочных рогов боковых желудочков
5. CONJUGATA EXTERNA СОСТАВЛЯЕТ (В СМ)
- A 22-23
  - B 18-19
  - C 24-25
  - D 20-21

**Эталоны ответов:**

<b>1 - D</b>	<b>2 - D</b>	<b>3 - A</b>	<b>4 - C</b>	<b>5 - D</b>
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

**Перечень практических навыков:**

- осмотра шейки матки в зеркалах;
- обработки послеоперационной раны, снятия швов;
- влагалищно-брюшностеночного исследования беременной, роженицы, родильницы;
- определения размеров таза, окружности живота и высоты стояния дна матки;
- определения срока беременности и даты родов;
- осмотра плаценты и плодных оболочек;
- осмотра шейки матки в зеркалах и родовых путей;
- проведения и интерпретации антенатальной и интранатальной КТГ;
- оценка результатов лабораторных и специальных методов исследования (морфологических, биохимических, иммунологических, серологические показатели крови, мочи, кала, амниотической жидкости, показателей коагулограммы, результатов УЗИ, КТГ и доплерометрии);
- оценка результатов функционального обследования органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, печени, почек, ЦНС и др.;
- методика определения степени «зрелости» шейки матки и готовности организма к родам (модифицированная шкала Bishop);
- методика получения информации о течении настоящей беременности, а также течения и исходах предыдущих беременностей и родов. Уметь точно прогнозировать исходы беременности и родов.

**Примеры контрольных вопросов для собеседования (ситуационных задач):**

**Задача №1**

Беременная 37 лет доставлена в приемное отделение стационара 3-го уровня машиной скорой помощи. Срок беременности 29 недель 2 дня. **Жалобы** на жидкие выделения из половых путей в небольшом количестве.

**Анамнез заболевания.** Данная беременность третья, наступила в результате первой попытки ЭКО и перенос эмбриона. Указанные жалобы беспокоят в течение 4 часов. **Анамнез жизни:** детские инфекции: корь, краснуха; хронический цистит, ремиссия; миопия слабой степени. гинекологические заболевания: бесплодие 2. Трубно-перитонеальный фактор. В 2018 году - трубная беременность справа, произведено: лапароскопия, тубэктомия справа. Гистероскопия, отдельное диагностическое выскабливание. Впервые выявлен порок развития матки: седловидная матка. В 2020 году - трубная беременность слева, произведено: лапароскопия, тубэктомия слева. Гистероскопия, отдельное диагностическое выскабливание.

**Объективный статус.** Состояние пациентки удовлетворительное. Голова не болит, зрение ясное. Пульс 72 уд/мин, АД 115/75 мм рт. ст. Дыхание везикулярное 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой, безболезненный при пальпации. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

**Вопросы к задаче №1 + эталоны ответов на вопросы к задаче №1:**

1. Для подтверждения диагноза ПРПО у доставленной в стационар пациентки с недоношенной беременностью, отсутствием регулярной родовой деятельности и жидкими выделениями из половых путей необходимо провести
  - А. ультразвуковую цервикометрию трансвагинальным датчиком
  - В. пальцевое влагалищное исследование шейки матки
  - С. ультразвуковое исследование с определением положения плаценты
  - Д. осмотр шейки матки в стерильных зеркалах**
2. При сомнении в точности диагноза у данной пациентки необходимо провести
  - А. ультразвуковое исследование для определения индекса амниотической жидкости
  - В. уточнение диагноза с помощью одноразовой тест-системы разрыва плодных оболочек**
  - С. повторное исследование в зеркалах через 4 часа после предыдущего исследования
  - Д. уточнение диагноза - тест кристаллизации и нитразиновый тест

Уточнение диагноза с помощью одноразовой тест-системы разрыва плодных оболочек - <i>Тест положительный</i>
--

3. Проведенное пациентке обследование позволяет поставить диагноз  
**Эталон ответа: преждевременное излитие околоплодных вод**
4. При подозрении на ПРПО в первую очередь необходимо

- A. провести забор анализов крови
  - B. начать проведение токолиза
  - C. подтвердить диагноз ПРПО**
  - D. назначить антибактериальную терапию
5. Принимая во внимание срок беременности, данной пациентке показана  
Эталон ответа: выжидательная тактика
6. Проведение антибактериальной терапии необходимо начать  
**A. после забора материала для микробиологического исследования**  
B. сразу после госпитализации в отделение патологии беременности  
C. через сорок восемь часов после излития околоплодных вод  
D. через двадцать четыре часа после излития околоплодных вод
7. В ОПБ пациентке рекомендовано соблюдение режима  
Эталон ответа: полупостельного
8. В отделении необходимо начать проведение профилактики РДС плода, поскольку срок беременности пациентки не превышает \_\_\_\_ недели  
Эталон ответа: 34
9. Тактика ведения данной пациентки направлена на  
A. обязательное пролонгирование беременности до срока 36 недель 6 дней  
B. обязательное пролонгирование беременности до срока 33 недель 6 дней  
**C. достижение максимальной зрелости плода при минимальном риске инфицирования**  
D. максимально быстрое родоразрешение для снижения риска инфицирования
10. Пациентка была направлена в стационар III, а не II уровня, поскольку ведение беременной с ПРПО в стационаре II уровня возможно только при сроке беременности от \_\_\_\_ недель и массе плода от \_\_\_\_ грамм  
Эталон ответа: 34; 2200
11. При отсутствии клинических признаков инфекции у пациентки в сроке 22 - 33 недели 6 дней с ПРПО, назначают общий анализ крови при поступлении и  
Эталон ответа: один раз в три дня
12. Противопоказанием к выжидательной тактике не является  
A. декомпенсированные состояния матери  
B. декомпенсированные состояния плода  
**C. беременность в результате проведения ЭКО**  
D. развитие у беременной хориоамнионита

### Задача №2

В 21:30 к первородящей 22 лет, находящейся в родовом блоке во втором периоде родов при сроке беременности 40-41 неделя, вызван дежурный акушер-гинеколог. **Жалобы** на схватки потужного характера.

**Анамнез заболевания.** Околоплодные воды излились дома в 6:00. Регулярная родовая деятельность началась в 7:15. В 8:00 роженица была доставлена в родильный дом. На момент поступления открытие маточного

зева 2 см. Плодный пузырь отсутствовал, головка плода прижата ко входу в малый таз.

**Status obstetricus:** ВДМ 36 см. ОЖ 96 см. Предполагаемая масса плода 3456 г. Размеры таза: 23,5-26,5-29,5-18,5 см. Индекс Соловьева 15 см. Размер Франка 9,5 см. Ромб Михаэлиса 9,5x9,5 см. В 14.30 при открытии маточного зева 4-5 см, произведено обезболивание родов - эпидуральная анальгезия. По данным КТГ признаков гипоксии плода в родах не наблюдалось. С 20:30 в течение последнего часа во время схваток пациентка ощущает позывы на потуги.

**Анамнез жизни.** Детские инфекции, «простудные» заболевания. Менструации с 15 лет, установились через 1,5 года, продолжались по 5 дней, цикл 28-30 дней. Менструации регулярные, умеренные, болезненные.

Настоящая беременность - первая, наступила самостоятельно, протекала на фоне угрожавшего самопроизвольного выкидыша в I и II триместрах. Женскую консультацию посещала регулярно. Общая прибавка массы тела за беременность составила 12 кг.

**Объективный статус.** Рост 159 см, масса тела на момент поступления в родильный дом 61 кг (ИМТ = 24,1 кг/м<sup>2</sup>). В 21.30 общее состояние удовлетворительное. Голова не болит. Зрение ясное. Кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности, чистые. Язык чистый, влажный. Область зева не гиперемирована. Отеков нет. Пульс 82 уд/мин. АД 120/80 мм рт. ст. Живот увеличен за счет беременной матки, соответствующей по размерам доношенному сроку беременности. Матка в нормальном тонусе, возбудима и безболезненна. Схватки по 50-55 секунд, через 1-2 минуты. Матка между схватками расслабляется полностью. Положение плода продольное. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 150 уд/мин. **Per vaginam:** наружные половые органы развиты правильно. Диагональная конъюгата 11 см. Шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное, края шейки матки отечные. Плодного пузыря нет. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. На головке плода определяется выраженная родовая опухоль. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок справа кзади. Подтекают светлые околоплодные воды.

**Вопросы к задаче №2 + эталоны ответов на вопросы к задаче №2:**

1. На основании анамнеза, жалоб и данных объективного осмотра пациентки в качестве осложнения родов, наряду с преждевременным излитием околоплодных вод, следует установить развитие

Эталон ответа: **клинически узкого таза**

2. Причинами возникновения указанного осложнения в родах у данной пациентки являются наличие анатомически узкого таза I степени и

А. лобного вставления головки в плоскости входа в малый таз

**В. заднего вида затылочного предлежания**

С. высокого прямого стояния стреловидного шва

Д. асинклитического вставления головки плода

3. Согласно классификации, основанной на оценке формы сужения анатомически узкого таза, у данной пациентки следует диагностировать таз

Эталон ответа: **общеравномерносуженный**

4. Радиационно безопасным и высокоинформативным методом исследования, позволяющим подтвердить диагноз анатомически узкий таз является

Эталон ответа: **магнитно-резонансная томография костей таза**

5. Оптимальной акушерской тактикой в данной клинической ситуации является проведение

Эталон ответа: **кесарева сечения в экстренном порядке**

6. Антропометрическими маркерами узкого таза у пациентки при дополнительном обследовании, являются: рост 159 см, длина стопы 22 см, а также

А. окружность лучезапястного сустава менее 14,5 см

В. окружность головы менее 56 см

**С. длина кисти менее 16 см**

Д. расстояние между лопатками менее 15

7. Характерной особенностью первого момента биомеханизма родов при общеравномерносуженном тазе у данной пациентки является значительное сгибание головки плода с расположением стреловидного шва в размере

Эталон ответа: **косом**

8. Причинами развития плодово-тазовых диспропорций является не только анатомически узкий таз, диагностированный у данной пациентки, а также

А. рубцы на матке после кесарева сечения

**В. экзостозы в малом тазу**

С. преждевременное излитие околоплодных вод

Д. слабость потуг во втором периоде родов

9. Одним из симптомов, свидетельствующих об абсолютном клиническом несоответствии размеров головки плода и таза данной пациентки, является

**А. несоответствие особенностей вставления головки плода форме таза матери**

В. вставление головки плода, характерное для данной формы узкого таза матери

С. умеренная конфигурация головки плода при прохождении по родовому каналу

Д. появление потуг при нахождении головки плода в плоскости узкой части полости малого таза

10. Трудности при операции кесарева сечения у пациентки с клинически узким тазом могут включать в себя затрудненное извлечение плода, а также

А. технические сложности при выполнении доступа

В. опасность ранения смежных органов

**С. продление разреза на матке**

Д. вероятность развития тромбэмболических осложнений

11. К проявлениям материнского травматизма в случае ведения родов через естественные родовые пути при клинически узком тазе следует отнести
- A. образование мочеполовых и ректовагинальных свищей**
  - В. снижение остроты зрения - дистрофические изменения на глазном дне
  - С. разрыв поперечнополосатых мышц передней брюшной стенки
  - Д. двусторонний вывих или экзартикуляцию тазобедренных суставов
12. К проявлениям детского родового травматизма в случае ведения родов через естественные родовые пути при клинически узком тазе относится
- А. транзиторное тахипноэ новорожденных
  - В. дисплазию тазобедренных суставов
  - С. кожно-геморрагический синдром**
  - Д. неонатальную гемолитическую желтуху

**ПК-4:** Назначение и проведение лечения пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контроль его эффективности и безопасности в стационарных условиях

**Примеры заданий в тестовой форме:**

1. ПРИ АНЕМИИ ПЛОДА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ В СРОКЕ 32 НЕДЕЛИ БЕРЕМЕННОСТИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕДЕНИЕ
- А родоразрешения через естественные родовые пути
  - В каскадной плазмофильтрации
  - С трансабдоминального кордоцентеза, внутриутробного переливания ЭМОЛТ плоду
  - Д экстренного родоразрешения путем операции кесарева сечения
2. РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ВОЗМОЖНО, ЕСЛИ ВИРУСНАЯ НАГРУЗКА ПЕРЕД РОДАМИ
- А >1500 коп/мл
  - В неизвестна
  - С >1000 коп/мл
  - Д <1000 коп/мл
3. СХЕМА ПРОВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ В УСЛОВИЯХ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОДНОКРАТНОГО ВВЕДЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА
- А сразу после завершения операции
  - В за 30 мин - 1 ч до начала операции
  - С через 12 часов после завершения операции
  - Д через 6 часов после завершения операции
4. ПРИ ВЫХОДНЫХ (OUTLET) ВЛАГАЛИЩНЫХ РОДОРАЗРЕШАЮЩИХ ОПЕРАЦИЯХ ГОЛОВКА ПЛОДА РАСПОЛАГАЕТСЯ В/ВО

- А входе в малый таз
  - В широкой части малого таза
  - С узкой части малого таза
  - Д преддверии влагалища
5. К НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОМУ МЕТОДУ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ ОТНОСЯТ
- А ограничение стрессовых ситуаций
  - В диету с минимальным количеством Mg
  - С уменьшение физической активности
  - Д уменьшение потребления жидкости

**Эталоны ответов:**

1 - С	2 - D	3 - В	4 - D	5 - А
-------	-------	-------	-------	-------

**Перечень практических навыков:**

- обработка послеоперационной раны, снятия швов;
- хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности;
- введение акушерского пессария;
- амниотомия;
- оказание пособий при тазовых предлежаниях плода;
- вакуум-экстракция плода;
- эпизио- и перинеотомия;
- ручное отделение и выделение последа, контрольное ручное обследование полости матки;
- массаж матки при ее атонии;
- зашивание разрывов шейки матки, влагалища, промежности;
- проведение операции кесарева сечения;
- проведение физиологических и патологических родов (тазовое предлежание, разгибание головки, асинклитические вставления, роды при крупном плоде, двойне);
- проведение родов при узком тазе;
- выполнение реанимационных мероприятий при асфиксии и родовой травме новорожденного.

**Примеры контрольных вопросов для собеседования (ситуационных задач):**

**Задача №1**

Беременная 31 года доставлена в приемное отделение. Срок беременности 39 недель 3 дня. **Жалобы** на схваткообразные боли и кровянистые выделения со сгустками из родовых путей.

**Анамнез заболевания.** С детства страдает периодическими носовыми кровотечениями. Во время наблюдения по поводу данной беременности в женской консультации обнаружен полиморфизм гена фактора V (Лейден).

**Анамнез жизни.** детские инфекции отрицает; периодические носовые кровотечения; хронические заболевания других органов и систем отрицает.  
**Акушерский анамнез:** I беременность - данная, наступила самопроизвольно.

**Объективный статус.** Состояние пациентки средней степени тяжести. Возбуждена. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 96 уд/мин, АД правая рука - 110/70 мм рт. ст., левая рука - 115/75 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой, болезненный при пальпации в доступных отделах, не расслабляется после окончания схватки. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Пастозность стоп и голеней.

**Вопросы к задаче №1 + эталоны ответов на вопросы к задаче №1:**

1. К лабораторным методам исследования, которые необходимо провести данной пациентке для постановки диагноза, относятся (3)
  - A. клинический анализ крови**
  - В. определение общих желчных кислот
  - С. исследование мочи по Нечипоренко
  - D. определение уровня ферментов печени**
  - E. гемостазиограмма, анализ свертывания крови - метод Ли-Уайта**
  - Ф. исследование общего анализа мочи
2. Необходимым для постановки диагноза данной пациентке инструментальным методом обследования является  
**Эталон ответа: ультразвуковое исследование**
3. Для подтверждения диагноза данной пациентке необходимо выполнить
  - А. магнитно-резонансную томографию таза
  - В. электрокардиографическое исследование
  - C. доплерометрию сосудов плода и матки**
  - Д. эластографическое исследование шейки матки
4. Для постановки диагноза необходимо провести пациентке  
**Эталон ответа: влагалищное исследование**
5. Дифференциальная диагностика проводится с  
**Эталон ответа: предлежанием плаценты**
6. Наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки является: Беременность 39 недель 3 дня. Головное предлежание плода. Гипохромная анемия легкой степени. Острая внутриутробная гипоксия плода.
  - А. Оболочечное прикрепление пуповины, кровотечение
  - В. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты**
  - С. Начавшийся гистопатический разрыв матки
  - Д. Разрыв сосудов пуповины, кровотечение
7. При данной клинической ситуации у роженицы высока вероятность  
**Эталон ответа: маточно-плацентарной имбиции**
8. Стратегический план ведения данной пациентки заключается в  
**Эталон ответа: экстренном оперативном родоразрешении**
9. Лечебная тактика у данной пациентки предусматривает



Эталон ответа: экстренное кесарево сечение

10. Учитывая массивную кровопотерю и острую гипоксию плода, оптимальным доступом для хирургического вмешательства является

Эталон ответа: нижнесрединная лапаротомия

11. Для минимизации кровопотери показано использовать интраоперационно

**A. Cell-Saver**

B. гемодилюцию

C. плазмаферез

D. плазмаобмен

12. Для обезболивания данной роженицы методом выбора является

Эталон ответа: эндотрахеальный наркоз

### Задача №2

Беременная 34 лет доставлена в приемное отделение. Срок беременности 32 недели 5 дней. **Жалобы** на ярко-алые мажущие выделения из родовых путей, которые появились внезапно ночью без болевого синдрома.

**Анамнез заболевания.** После самопроизвольного выкидыша лечилась в гинекологическом стационаре по поводу эндометрита.

**Анамнез жизни.** Гинекологические заболевания: эндометрит, CIN III-диатермоэлектростимуляция шейки матки. Акушерский анамнез: I беременность - 8 недель медицинский аборт; II беременность - 13 недель - самопроизвольный выкидыш; III беременность - данная, наступила самопроизвольно.

**Объективный статус.** Состояние пациентки удовлетворительное. Головной боли нет, зрение ясное. Пульс 78 уд/мин, АД правая рука - 110/70 мм рт. ст., левая рука - 115/75 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот увеличен беременной маткой, безболезненный при пальпации в доступных отделах. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Пастозность стоп.

**Вопросы к задаче №2 + эталоны ответов на вопросы к задаче №2:**

1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (3)

**A. клинический анализ крови**

B. определение общих желчных кислот

C. исследование анализа мочи по Нечипоренко

**D. определение уровня печеночных ферментов**

**E. гемостазиограмма, анализ свертывания крови - метод Ли-Уайта**

F. исследование общего анализа мочи

2. Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

Эталон ответа: ультразвуковое исследование

3. Необходимым для постановки диагноза мануальным методом обследования является \_\_\_\_\_ исследование
- A. бимануальное влагалищное
  - B. пальцевое ректальное
  - C. наружное акушерское**
  - D. ректо-вагинальное
4. Дифференциальную диагностику необходимо провести с
- A. механическим разрывом матки и кровотечением
  - B. разрывом селезенки и гемоперитонеумом
  - C. преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты**
  - D. выпадением и разрывом петель пуповины
5. На основании результатов обследования наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки является «Беременность 32 нед. 5 дней»  
Эталон ответа: Полное предлежание плаценты
6. Стратегический план ведения данной беременной заключается в  
Эталон ответа: выжидательной тактике в родовом отделении
7. Тактика ведения данной пациентки заключается в
- A. постельном режиме не менее 5 суток и выписке через 10 дней
  - B. постельном режиме не менее 3 дней и выписке через 7 дней**
  - C. постельном режиме не менее 7 суток и плановом кесаревом сечении
  - D. экстренном донном кесаревом сечении по жизненным показаниям
8. При данной клинической ситуации у роженицы высока вероятность  
Эталон ответа: профузного маточного кровотечения
9. Показана родовая госпитализация в сроке беременности \_\_\_\_ недель
- A. 30-31
  - B. 34-35**
  - C. 31-32
  - D. 32-33
10. У данной пациентки при появлении массивной кровопотери показано проведение  
Эталон ответа: нижнесрединной лапаротомии
11. Для минимизации кровопотери показано использовать интраоперационно  
Эталон ответа: Cell-Saver
12. При родоразрешении методом анестезии Вы выберите
- A. региональную**
  - B. пудендальную
  - C. местную проводниковую
  - D. общую комбинированную

### Модуль 3. Вопросы гинекологической клиники

**ПК-3:** Проведение медицинского обследования пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания

беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях

**Примеры заданий в тестовой форме:**

1. ЭКТОПИЯ ПРИ КОЛЬПОСКОПИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ НА ШЕЙКЕ МАТКИ ЭПИТЕЛИЯ  
А метапластического  
В атрофического  
С цилиндрического  
D многослойного плоского
2. НЕКРОТИЧЕСКАЯ ЯЗВА ПРИ КОЛЬПОСКОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ПРОЦЕССА  
А предракового  
В злокачественного  
С воспалительного  
D доброкачественного
3. ПРЕОБЛАДАЮЩИМ СИМПТОМОМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ВУЛЬВЫ ЯВЛЯЕТСЯ  
А жжение  
В боль  
С зуд  
D дискомфорт
4. ДЛЯ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ  
А дефект гена 21-гидроксилазы  
В ускоренное созревание скелета  
С наличие физических дефектов  
D ановуляция
5. ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ ЗОНДИРОВАНИЯ ПОЛОСТИ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ  
А определение проходимости цервикального канала  
В определение конфигурации, рельефа стенок матки  
С определение срока беременности  
D измерение длины полости матки

**Эталоны ответов:**

<b>1 - С</b>	<b>2 - В</b>	<b>3 - С</b>	<b>4 - D</b>	<b>5 - D</b>
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

**Перечень практических навыков:**

- пальпации и перкуссии живота, аускультации сердца, легких и кишечника;
- влагалищно-брюшностеночного и ректо-вагинального исследования гинекологической больной;
- осмотра шейки матки в зеркалах;
- взятия мазков (для бактериологического и цитологического исследования) из цервикального канала, влагалища и уретры;
- обработки послеоперационной раны, снятия швов;

- кольпоскопии;
- прицельной биопсии шейки матки, слизистой влагалища и вульвы;
- лечебно-диагностического выскабливания слизистой полости матки;
- раздельного диагностического выскабливания стенок полости матки и цервикального канала;
- аспирационно и Пайпель-биопсией эндометрия;
- гистеросальпингографии;
- оценка результатов лабораторных и специальных методов исследования (морфологических, биохимических, иммунологических, серологические показатели крови, мочи, кала, коагулограммы, результатов УЗИ);
- оценка результатов функционального обследования органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, печени, почек, ЦНС и др.

**Примеры контрольных вопросов для собеседования (ситуационных задач):**

**Задача №1**

Больная 18 лет, доставлена в стационар машиной скорой медицинской помощи 22 марта с диагнозом: подострый, двухсторонний сальпингоофорит и жалобами на боли в левой подвздошной области с иррадиацией в прямую кишку. Боли возникли резко, утром 22 марта в левой подвздошной области, затем над лоном. Тошноты, рвоты не было. Последняя, нормальная менструация с 28 февраля по 6 марта. Объективно: состояние удовлетворительное, кожа и слизистые нормальной окраски, АД 110/70 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в левой подвздошной области. Перитониальных симптомов нет. При двуручном ректо-абдоминальном исследовании матка не увеличена, плотная, безболезненная. Придатки справа не увеличены, безболезненные. Слева придатки увеличены, без четких контуров, область их пальпации болезненная. Своды свободные, глубокие. Задний и левый боковой свод умеренно болезненные.

**Вопросы к задаче №1:**

1. Диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. План ведения – тактика обследования и лечения?

**Эталоны ответов на вопросы к задаче №1:**

1. Диагноз: Апоплексия яичника.
2. Дифференциальный диагноз при острой боли внизу живота необходимо проводить с воспалительными заболеваниями малого таза, патологией придатков (перекрут ножки объемного образования яичника, перекрут ножки параовариальной кисты), с овуляторной болью, заболеваниями ЖКТ (острый аппендицит, острый дивертикулит, заболеваниями мочевыводящих путей (цистит, острый пиелонефрит, почечная колика), осложнениями беременности (прервавшаяся внематочная, стадии выкидыша).

### 3. Тактика обследования и лечения:

- анамнез общих заболеваний, гинекологический, с чем связывает начало заболевания (менструация, половой акт и т.д., было ли раньше подобное);
- клинический анализ крови и мочи, ХГЧ в сыворотке;
- мазок из цервикального канала (диагностика гонореи, хламидиоза);
- УЗИ органов малого таза;
- пункция через задний свод под контролем УЗИ (при наличии значительного количества свободной жидкости);
- при неясной картине – лапароскопия;
- хирургическое лечение показано при: 1) апоплексии яичника при условии положительной ортостатической пробы, более 12% объемной доли эритроцитов в жидкости из дугласова пространства при кульдоцентезе; 2) перекруте ножки объемного образования придатков; 3) тубоовариальном образовании; 4) внематочной беременности;
- операции по возможности выполняются лапароскопически (сразу после диагностической лапароскопии).

### Задача №2

Пациентка 26 лет обратилась к участковому акушеру-гинекологу. **Жалобы** на тянущие боли внизу живота, общую слабость, потливость, отсутствие менструаций в течение 7 месяцев, отсутствие беременности в течение 5 лет регулярной половой жизни без контрацепции.

**Анамнез заболевания.** Боли внизу живота появились после лечения на южном курорте и беспокоят в течение года. По поводу бесплодия не обследовалась. Многократные тесты на беременность отрицательные.

**Анамнез жизни.** Родилась доношенной. В детстве перенесла ветряную оспу, респираторные заболевания. Наследственность не отягощена. Дедушка пациентки страдал легочной формой туберкулеза. Операции, травмы, гемотрансфузии отрицает. Гепатиты, ВИЧ, венерические заболевания отрицает. Хронический гастрит. Менструации с 12 лет, цикл установился сразу, были регулярные, умеренные менструации через 28 дней по 4-5 дней, около года назад менструации стали редкими, скудными, последняя менструация 7 месяцев назад. Состоит в зарегистрированном браке. Половая жизнь с 18 лет, регулярная, без контрацепции. Беременностей не было.

**Объективный статус.** Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Нормостенического телосложения, пониженного питания. Рост 170 см, вес 56 кг. ИМТ=19,3 кг/см<sup>2</sup>. Кожные покровы бледные, повышенная потливость. АД 110/70 мм рт. ст., пульс 82 уд/мин., температура тела 37,2°C. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный. В зеркалах: шейка матки цилиндрическая, наружный зев овоидный. Выделения из цервикального канала слизистые, умеренные, без запаха. При влагалищном исследовании: тело матки в anteflexio-versio, нормальных размеров, плотное, ограниченно подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон незначительно увеличены, ограниченно подвижные, болезненные при пальпации.

**Вопросы к задаче №2 + эталоны ответов на вопросы к задаче №2:**

1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (2)
  - А. туберкулиновая проба Коха**
  - В. определение основных групп крови и резус-принадлежности
  - С. развернутое исследование системы гемостаза
  - Д. исследование уровня электролитов в крови
  - Е. исследование менструальной крови на микобактерии туберкулеза**
  - Ф. определение антигена к вирусу гепатита С

**Туберкулиновая проба Коха:** через 24 часа после введения туберкулина - ухудшение самочувствия, усиление болей внизу живота, температура тела до 37,8°C, пальпация области придатков резко болезненна, место укола инфильтрировано. В анализе крови через 48 часов после введения туберкулина - лейкоцитоз до  $12 \times 10^9/\text{л}$  с палочкоядерным сдвигом до 9%, СОЭ до 35 мм/ч.

**Исследование менструальной крови на микобактерии туберкулеза:** обнаружена ДНК *Mycobacterium tuberculosis*

2. Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является
  - А. кольпоскопия
  - В. регистрация электрокардиографии в 12 отведениях
  - С. гистеросальпингография**
  - Д. обзорная рентгенография органов брюшной полости

**Гистеросальпингография:** Заключение: двухсторонняя непроходимость маточных труб

3. Предполагаемым основным диагнозом в данной клинической ситуации является  
Эталон ответов: **Туберкулёз женских половых органов**
4. У данной пациентки имеется нарушение менструальной функции по типу  
Эталон ответов: **вторичной аменореи**
5. Лечение пациентке следует проводить в условиях  
Эталон ответов: **противотуберкулезного диспансера**
6. Фаза интенсивной терапии у данной пациентки направлена на  
Эталон ответов: **уничтожение популяции микобактерий туберкулёза**
7. В основе этиотропного лечения заболевания у данной пациентки лежит применение препаратов
  - А. противовирусных
  - В. антимикотических
  - С. химиотерапевтических**
  - Д. антипротозойных
8. Выбор режима терапии основывается на результатах

Эталон ответов: анализа лекарственной устойчивости возбудителя

9. Показания к хирургическому лечению могут возникнуть в случае
- A. отсутствия менструации в течение 6 месяцев и более
  - B. длительной субфебрильной температуры тела
  - C. формирования тубовариального абсцесса**
  - D. сочетания с лёгочной формой туберкулёза
10. Для реабилитации данной пациентки показано проведение
- A. гинекологического массажа
  - B. гирудотерапии
  - C. санаторно-курортного лечения**
  - D. физиотерапии
11. К специфической профилактике данного заболевания относят
- Эталон ответов: введение вакцины в первые дни жизни
12. К частому осложнению данного заболевания относят
- A. бесплодие**
  - B. внутрибрюшное кровотечение
  - C. острый пельвиоперитонит
  - D. синдром гиперстимуляции яичников

**ПК-4:** Назначение и проведение лечения пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контроль его эффективности и безопасности в стационарных условиях

**Примеры заданий в тестовой форме:**

1. ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
- A мегестрол ацетат
  - B этногестрел
  - C медроксипрогестерон ацетат
  - D левоноргестрел
2. В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ТЕРАПИИ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ ПРИ НАРУШЕНИИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА, ГИРСУТИЗМЕ И АКНЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ
- A комбинированные гормональные контрацептивы
  - B антиандрогены
  - C препараты для стимуляции овуляции
  - D бигуаниды
3. ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА АШЕРМАНА ПРОВОДЯТ
- A гистероскопию, разделение синехий
  - B аблацию эндометрия
  - C терапию комбинированными оральными контрацептивами
  - D терапию нестероидными противовоспалительными препаратами

4. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ОПЕРАТИВНЫМ ДОСТУПОМ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ
- A лапаротомный поперечный
  - B лапаротомный продольный
  - C влагалищный
  - D лапароскопический
5. В КОМПЛЕКС ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОЙ АМЕНОРЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВКЛЮЧИТЬ
- A витаминотерапию
  - B терапию комбинированными оральными контрацептивами
  - C иммуномодулирующую терапию
  - D психотерапию

**Эталоны ответов:**

<b>1 - D</b>	<b>2 - A</b>	<b>3 - A</b>	<b>4 - C</b>	<b>5 - D</b>
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

**Перечень практических навыков:**

- обработка послеоперационной раны, снятия швов;
- удаление полипа слизистой шейки матки;
- лечебно-диагностическое выскабливание слизистой полости матки;
- введения и удаления имплантов, внутриматочных контрацептивов, вагинальных колец и пессариев;
- инструментальное удаление плодного яйца (выскабливания стенок полости матки при прерывании беременности);
- лапаротомия при urgentных (неотложных) состояниях в гинекологии;
- удаление маточной трубы (сальпингэктомии), придатков матки (аднексэктомии), резекции и ушивания яичника;
- удаление кисты бартолиновой железы, дренирования абсцесса бартолиновой железы.

**Примеры контрольных вопросов для собеседования (ситуационных задач):**

**Задача №1**

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 гнойные выделения. Придатки и матку определить не удается из-за болезненности. Задний свод резко болезненный. Выделения гнойные.

### Вопросы к задаче №1:

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 на вопросы к задаче №1:

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 абортов, соблюдении личной гигиены.

### Задача №2

Пациентка 48 лет обратилась на приём к гинекологу. **Жалобы** на отсутствие самостоятельной менструации в течение 6 месяцев, приливы жара, сопровождающиеся потливостью, до 5 раз в сутки, повышенную утомляемость, нарушение сна, раздражительность, плаксивость.

**Анамнез заболевания.** Жалобы на приливы жара, нарушения сна и эмоциональную лабильность беспокоят в течение последних 8-9 месяцев, с ухудшением общего самочувствия в последние 6 месяцев.

**Анамнез жизни.** Хронические заболевания: хронический гастрит; не курит, алкоголем не злоупотребляет; профессиональных вредностей не имела; аллергических реакций не было; мать здорова, отец перенёс инфаркт миокарда в возрасте 56 лет.

**Объективный статус.** Состояние удовлетворительное. Рост - 165 см, масса тела - 82 кг. ИМТ - 30 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отёков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рёберной дуги.

**Гинекологический статус.** Наружные половые органы развиты правильно. Слизистая влагалища бледно-розовая. Шейка матки цилиндрической формы, чистая. Тело матки несколько больше нормы, плотное, подвижное, безболезненное. Правый яичник размерами не увеличен, область правых придатков безболезненна при пальпации. Левый яичник не пальпируется, область левых придатков безболезненна при пальпации. Своды свободны. Патологических образований в области малого таза на момент осмотра не выявлено. Выделения скудные, светлые.

**Вопросы к задаче №2 + эталоны ответов на вопросы к задаче №2:**

1. На первом этапе к необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся определение в крови уровня  
Эталон ответов: ФСГ
2. К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относится
  - A. МРТ органов малого таза
  - B. УЗИ органов малого таза**
  - C. УЗИ органов брюшной полости
  - D. МРТ головного мозга
3. Основным предполагаемым диагнозом в данном случае является  
Эталон ответов: Климактерический синдром
4. Для проведения дифференциальной диагностики в данном случае рекомендуется определение уровней
  - A. тиреотропного гормона и пролактина**
  - B. антимюллерова гормона и тиреотропного гормона
  - C. соматотропного гормона и пролактина
  - D. лютеинизирующего гормона и тиреотропного гормона
5. Учитывая жалобы и анамнез пациентки, стадию репродуктивного старения и результаты объективного обследования, ей следует назначить  
Эталон ответов: менопаузальную гормональную терапию
6. Для лечения климактерического синдрома в данном случае рекомендуется
  - A. монотерапия эстрогенами
  - B. монотерапия прогестагенами
  - C. циклический режим комбинированной МГТ**
  - D. непрерывный режим комбинированной МГТ
7. Учитывая, клиничко-anamнестические данные пациентки и результаты объективного обследования, для терапии климактерического синдрома следует назначить путь введения эстрогенов в составе МЕТ
  - A. пероральный
  - B. трансдермальный**

- C. инъекционный
  - D. интравагинальный
8. Перед назначением менопаузальной гормональной терапии пациентке следует провести обследование, которое обязательно включает
- A. гастроскопию
  - B. колоноскопию
  - C. маммографию**
  - D. МРТ органов малого таза
9. После назначения менопаузальной терапии для наблюдения пациентка должна прийти на приём к гинекологу через \_\_\_\_ недель
- A. 4-5
  - B. 6-8**
  - C. 8-10
  - D. 10-12
10. Обязательным обследованием в ходе наблюдения за данной пациенткой, принимающей МГТ, является
- Эталон ответов: **УЗИ органов малого таза**
11. Для улучшения качества жизни данной пациентке следует рекомендовать
- A. регулярную физическую активность**
  - B. повышение количества жиров в рационе
  - C. приём биологически активных добавок
  - D. ограничение белков в рационе
12. В ходе наблюдения за пациенткой, принимающей МГТ, обязательным обследованием является
- Эталон ответов: **биохимический анализ крови**

#### **Модуль 4. Симуляционный курс «Неотложные состояния в практике акушера-гинеколога»**

**ПК-3:** Проведение медицинского обследования пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях

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

1. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ КОАГУЛОПАТИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ «ПРИКРОВАТНОГО ТЕСТА» ЯВЛЯЕТСЯ ВРЕМЯ ОБРАЗОВАНИЯ СГУСТКА
- A более 10 минут
  - B более 7 минут
  - C более 5 минут
  - D более 3 минут
2. ТЯЖЕЛАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ПОКАЗАТЕЛЯХ АД

- A. 160/110 мм рт ст  
 B. 150/110 мм рт ст  
 C. 150/95 мм рт ст  
 D. 155/95 мм рт ст
3. МАССИВНАЯ КРОВОПОТЕРЯ ОТ ОБЪЕМА ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ –ЭТО  
 A. 20%  
 B. 30% и более  
 C. 25%  
 D. 10%
4. В ТЕЧЕНИЕ, КАКОГО СРОКА ПОСЛЕ РОДОВ ПРОВОДИТСЯ ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН ПРИ НАЛИЧИИ ОДНОГО ФАКТОРА РИСКА  
 A. 1 дня  
 B. 3 дней  
 C. 7 дней  
 D. 3 недель
5. МОЖНО ЛИ ПРОГНОЗИРОВАТЬ ДИСТОЦИЮ ПЛЕЧИКОВ ПЛОДА НАКАНУНЕ РОДОВ  
 A. Прогнозировать дистоцию плечиков не представляется возможным  
 B. Прогнозирование возможно, но затруднено  
 C. Прогнозирование возможно при дистоции плечиков плода в предшествующих родах  
 D. Возможно

**Эталоны ответов:**

<b>1 - B</b>	<b>2 - A</b>	<b>3 - B</b>	<b>4 - C</b>	<b>5 - A</b>
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

**Перечень практических навыков:**

- влагалищно-брюшностеночного и ректо-вагинального исследования гинекологической больной;
- осмотра шейки матки в зеркалах;
- кольпоскопии;
- прицельной биопсии шейки матки, слизистой влагалища и вульвы;
- лечебно-диагностического выскабливания слизистой полости матки;
- раздельного диагностического выскабливания стенок полости матки и цервикального канала;
- аспирационно и Пайпель-биопсией эндометрия;
- гистеросальпингографии;
- влагалищно-брюшностеночного исследования беременной, роженицы, родильницы;
- осмотра плаценты и плодных оболочек;
- осмотра шейки матки в зеркалах и родовых путей;

- проведения и интерпретации антенатальной и интранатальной КТГ;
- оценка результатов лабораторных и специальных методов исследования (морфологических, биохимических, иммунологических, серологические показатели крови, мочи, кала, амниотической жидкости, коагулограммы, результатов УЗИ, КТГ и доплерометрии);
- оценка результатов функционального обследования органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, печени, почек, ЦНС и др.;
- методика получения информации о течении настоящей беременности, а также течении и исходах предыдущих беременностей и родов. Уметь точно прогнозировать исходы беременности и родов.

**Примеры контрольных вопросов для собеседования (ситуационных задач):**

**Задача №1**

В приемное отделение в 10:15 самотеком обратилась повторнородящая 25 лет после «Дорожных родов». Срок беременности на момент родов 40 недель. Время рождения ребенка 09:40. Время отделения последа 10:05. У пациентки плаценты на руках нет, со слов, плацента осталась дома по религиозным воззрениям. Пациентка госпитализирована в родильное отделение. **Жалобы:** нет.

**Анамнез заболевания:** Гинекологические заболевания отрицает. **Акушерский анамнез:** I беременность - роды через естественные родовые пути в 38 недель; II беременность - роды через естественные родовые пути в 39 недель; III беременность - данная, наступила самопроизвольно. Течение беременности по триместрам: 1-ый триместр - токсикоз лёгкой степени. 2-ой триместр - без особенностей. 3-й триместр - в сроке беременности 35 недель анемия лёгкой степени. Общая прибавка массы тела - 13 кг.

**Анамнез жизни:** хронические заболевания - отрицает; детские инфекции - ветряная оспа; не курит, алкоголем не злоупотребляет; профессиональных вредностей не имела; аллергических реакций не было; отец и мать здоровы.

**Объективный статус.** Состояние удовлетворительное. Рост 170 см, масса тела 70 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отёков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 82 в 1 мин, АД 90/70 мм рт. ст. Молочные железы мягкие, соски не изменены. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рёберной дуги. Выделения из половых путей обильные, ярко красного цвета в объёме 400 мл.

**Вопросы к задаче №1 + эталоны ответов на вопросы к задаче №1:**

1. В данной клинической ситуации необходимо взять.

**A. общий анализ крови**

**B. общий анализ мочи**

**C. биохимический анализ крови**

**D. маркеры преэклампсии**

2. Для уточнения состояния полости матки с целью исключения в ней остатков плодных оболочек и остатков плацентарной ткани следует воспользоваться следующим инструментальным методом обследования

Эталон ответа: **УЗИ послеродовой матки**

3. В данной клинической ситуации диагноз будет звучать следующим образом

Эталон ответа: **Подозрение на дефект последа**

4. Исходя из данных ультразвукового исследования полости матки, с целью удаления остатков плацентарной ткани следует провести процедуру

Эталон ответа: **ручное обследование матки**

Перед проведением ручного обследования, выполнен осмотр шейки матки и мягких тканей родовых путей в зеркалах, без особенностей. При проведении ручного обследования полости матки удалены сгустки крови, остаток плацентарной ткани 2х3 см. После удаления сгустков крови одновременно из половых путей выделилось 350 мл жидкой алой крови, матка гипотонична, кровотечение продолжается

5. В данной ситуации для уточнения показателей свертывания крови необходимо взять

Эталон ответа: **коагулограмму**

6. Необходимой дозой окситоцина, используемой для лечения послеродового кровотечения, является \_\_\_\_ МЕ

Эталон ответа: **10-20**

7. На фоне проведения утеротонической терапии наблюдается гипотония матки, в данной клинической ситуации требуется проведения манипуляции

**А. введения баллонного катетера**

В. ультразвукового исследования матки

С. массажа послеродовой матки на кулаке

Д. повторного ручного обследования матки

8. Для снижения объёма кровопотери при послеродовом кровотечении рекомендуется внутривенное введение транексамовой кислоты в дозе \_\_\_\_ мг/кг

А. 5

В. 10

**С. 15**

Д. 30

**Новые данные:** после утеротонической терапии и постановки баллонного катетера кровотечение остановилось. Объём кровопотери 750 мл. «Прикроватный тест» время свертывания крови (7 мин 5 сек). Фибриноген 3,8 г/л.

9. Учитывая отсутствие данных об объёме кровопотери до приезда в стационар и принимая во внимания данные «прикроватного теста» и лабораторного метода исследования, дальнейшая тактика ведения заключается в

**А. трансфузии свежзамороженной плазмы**

В. продолжении утеротонической терапии

- С. трансфузии эритроцитарной массы  
D. трансфузии криопреципитата
10. Временной интервал, по прошествии которого следует думать о завершении формирования внутриматочного гемостаза и приступить к постепенному опорожнению внутриматочного баллона
- А. 1 час  
В. 30 минут  
**С. 2-3 часа**  
D. 12 часов
11. В раннем послеродовом периоде наблюдение за родильницей после физиологических родов в родильном блоке осуществляется в течение \_\_\_\_ часов
- Эталон ответа: 2
12. С учетом нарушений гемодинамики и трансфузии компонентов крови после массивной кровопотери абсолютно показана нефармакологическая тромбопрофилактика, которая включает в себя
- Эталон ответа: эластическую компрессию нижних конечностей

### Задача №2

Первобеременная пациентка 25 лет находится в родовом блоке во втором периоде родов. **Жалобы** на головную боль, тошноту, мелькание «мушек» перед глазами, боли в животе.

**Анамнез заболевания.** Регулярная родовая деятельность началась дома 9 часов назад, одновременно излились околоплодных вод, пациентка доставлена в родильный дом. На основании данных осмотра в приемном отделении установлен диагноз: Беременность 39-40 недель. Головное предлежание. I период родов. Преэклампсия умеренно выраженная. Преждевременное излитие околоплодных вод. Пациентка госпитализирована в родовую блок. Первый период родов протекал без осложнений на фоне инфузии сульфата магнесии, обезболивание посредством эпидуральной анальгезии, гипотензивная терапия допегитом. Во втором периоде родов появились вышеуказанные жалобы.

**Анамнез жизни.** Менархе в 14 лет, менструальная функция не нарушена. Гинекологические заболевания отрицает.

Настоящая беременность - первая, наступила самостоятельно, протекала без осложнений до 34 недель, когда впервые стали появляться отеки нижних конечностей, зафиксировано повышение АД до 140/90 мм рт. ст., в анализе мочи выявлена протеинурия 0,6 г/л. Пациентке амбулаторно назначен препарат Допегит по 250 мг 3 раза в день, на фоне чего АД 130/85-140/90 мм рт. ст. Протеинурия по данным анализов мочи не превышала 1 г/л. В течение последней недели пациентка отметила нарастание отеков, уменьшение диуреза. Общая прибавка массы тела за беременность составила 20 кг.

**Объективный статус.** Общее состояние тяжелое. АД 160/90 мм рт. ст. (D), 170/100 мм рт. ст. (S). Положение плода продольное, предлежание головное. Матка в гипертонусе во время и вне схваток, при пальпации

болезненна. Схватки по 50-55 секунд, через 1-2 минуты, потужного характера, резко болезненные. Отмечается урежение ЧСС плода до 90 ударов в минуту без восстановления вне потуг. По данным КТГ - снижение амплитуды variability ритма до 2-3 уд/мин с появлением повторяющихся поздних децелераций. В подтекающих околоплодных водах кровь. **Status obstetricus:** размеры таза 25-28-31-20 см, размер Соловьева 15 см, ромб Михаэлиса 11×11 см. **Per vaginum:** наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет. Головка плода в полости малого таза. Стреловидный шов в правом косом размере, близко к прямому. Малый родничок слева кпереди. Мыс не достижим. Экзостозов в малом тазу нет. Подтекают околоплодные воды, окрашенные кровью.

**Вопросы к задаче №2 + эталоны ответов на вопросы к задаче №2:**

1. У пациентки диагностирована преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и острая гипоксия плода, фоном для развития которых послужила

Эталон ответа: **Тяжелая преэклампсия**

2. К клиническим признакам, указывающим на преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты у пациентки, относятся болезненность матки при пальпации, кровь в околоплодных водах, а также

Эталон ответа: **гипертонус матки вне схватки**

3. Предиктором развития преэклампсии могло выступить повышение уровня растворимой fms-подобной тирозинкиназы-1 за 5 недель до клинических проявлений, снижение в первой половине беременности концентрации плазменного протеина А, а также

Эталон ответа: плацентарного фактора роста

4. К признакам острой гипоксии плода во втором периоде родов на основании показателей интранатальной кардиотокографии следует отнести

А. возникновение ранних децелераций

В. появление кратковременных акцелераций

**С. наличие стойкой брадикардии**

Д. восстановление ритма вне потуги

5. Показаниями для родоразрешения в экстренном порядке в данной клинической ситуации является появление признаков острой гипоксии плода и

А. мелькание «мушек» перед глазами

**В. подозрение на отслойку плаценты**

С. повышение цифр АД до 170/100 мм рт. ст.

Д. протеинурия в общем анализе мочи 3,5 г/л

6. Оптимальным методом родоразрешения пациентки в данной клинической ситуации является

А. операция кесарева сечения

**В. наложение акушерских щипцов**

С. вакуум-экстракция плода



- D. плодоразрушающая операция
7. На основании результатов внутреннего акушерского обследования можно предположить, что головка плода в данный момент родов находится
- A. малым сегментом в плоскости входа в малый таз  
 B. большим сегментом в плоскости входа в малый таз  
**C. в плоскости узкой части полости малого таза**  
 D. в плоскости широкой части полости малого таза
8. Одним из основных условий для проведения влагалищных оперативных родов у данной пациентки является наличие  
Эталон ответа: живого плода
9. Одним из противопоказаний для проведения вакуум-экстракции плода у данной пациентки является  
Эталон ответа: необходимость исключить потуги
10. В качестве обезболивания при выполнении операции наложения акушерских щипцов следует воздержаться от использования \_\_\_\_\_ анестезии  
Эталон ответа: пудендальной
11. Регионарная аналгезия оправдана при условии, что уровень тромбоцитов по данным ее клинического анализа крови будет не менее \_\_\_\_\_  $10^9/л$   
Эталон ответа: 75
12. В качестве профилактики кровотечения в послеродовом периоде у пациентки с преэклампсией следует исключить назначение \_\_\_\_\_, поскольку данный препарат обладает гипертензивным эффектом  
Эталон ответа: эргометрина

**ПК-4:** Назначение и проведение лечения пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контроль его эффективности и безопасности в стационарных условиях

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

1. ПРИ НАЛИЧИИ УМЕРЕННОГО РИСКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ
- A. Механическая профилактика (компрессионный трикотаж)  
 B. Низкомолекулярные гепарины  
 C. 1 и 2  
 D. Аспирин
2. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОЙ С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ ПРИ СРОКЕ 22-24 НЕДЕЛИ
- A. Прекращение жизнеугрожающей беременности  
 B. Пролонгирование беременности, при условии контролируемой гипертензии

- С. Подготовка, родоразрешение  
 D. Пролонгирование беременности, при условии неконтролируемой гипертензии
3. РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПРИ HELLP СИНДРОМЕ ПРИ СРОКЕ БОЛЕЕ 34 НЕДЕЛЬ  
 А. В течение 48 часов  
 B. Экстренное родоразрешение  
 C. Пролонгирование беременности до 36 недель  
 D. Пролонгирование беременности до 38 недель
4. ВТОРОЙ ЭТАП ПРИ ПРОДОЛЖАЮЩЕМСЯ МАТОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ВКЛЮЧАЕТ  
 А. Ручное исследование послеродовой матки, лигирование маточных сосудов  
 B. Управляемая баллонная тампонада, компрессионные швы на матку (во время кесарева сечения), инфузионно-трансфузионная терапия  
 C. Катетеризация мочевого пузыря, катетеризация периферических вен, мониторинг жизненно важных функций  
 D. Ангиографическая эмболизация маточных артерий
5. ПОКАЗАНИЯМИ К ТРАНСФУЗИИ АУТОПЛАЗМЫ ЯВЛЯЕТСЯ  
 А. ДВС синдром  
 B. Сепсис  
 C. Наличие выраженной гиперкоагуляции  
 D. Анемия средней степени

**Эталоны ответов:**

1 - А	2 - А	3 - В	4 - В	5 - А
-------	-------	-------	-------	-------

**Перечень практических навыков:**

- лечебно-диагностическое выскабливание слизистой полости матки;
- введения и удаления имплантов, внутриматочных контрацептивов, вагинальных колец и pessaries;
- инструментальное удаление плодного яйца (выскабливания стенок полости матки при прерывании беременности);
- лапаротомия при urgentных (неотложных) состояниях в гинекологии;
- удаление маточной трубы (сальпингэктомии), придатков матки (аднексэктомии), резекции и ушивания яичника;
- удаление кисты бартолиновой железы, дренирования абсцесса бартолиновой железы
- амниотомия;
- оказание пособий при тазовых предлежаниях плода;
- вакуум-экстракция плода;
- ручное отделение и выделение последа, контрольное ручное обследование полости матки;
- массаж матки при ее атонии;

- зашивание разрывов шейки матки, влагалища, промежности;
- проведение операции кесарева сечения;
- проведение патологических родов (тазовое предлежание, разгибание головки, асинклитические вставления, роды при крупном плоде, двойне);
- проведение родов при узком тазе;
- выполнение реанимационных мероприятий при асфиксии и родовой травме новорожденного.

**Примеры контрольных вопросов для собеседования (ситуационных задач):**

**Задача №1**

Бригада скорой медицинской помощи прибыла по вызову к первобеременной пациентке 34 лет. **Жалобы** на головную боль, тошноту, чувство тяжести в правом подреберье.

**Анамнез заболевания.** Со слов, тошнота и чувство тяжести в правом подреберье появились 3 часа назад. Через 2 часа к вышеуказанным симптомам присоединилась головная боль, пациентка вызвала бригаду скорой помощи.

**Анамнез жизни.** Хронический гастрит и холецистит. Менархе в 13 лет, менструальная функция не нарушена. Гинекологические заболевания отрицает. В качестве метода контрацепции принимала монофазные КОК. Настоящая беременность - первая, наступила самостоятельно. Беременность протекала без осложнений до 35 недель, когда впервые стали появляться отеки голеней и стоп. В 36 недель подъем АД до 145/90 мм рт. ст. Направление на общий анализ мочи, рекомендован препарат метилдопа. В течение последней недели беременная отметила нарастание отеков с появлением их на кистях рук, передней брюшной стенке и лице, а также снижение количества выделяемой мочи. Общая прибавка массы тела за беременность составила 18 кг.

**Объективный статус.** Общее состояние тяжелое. Рост 160 см. Вес 90 кг (ИМТ=35,1 кг/м<sup>2</sup>). Пациентка несколько заторможена, на вопросы отвечает с трудом. Кожные покровы бледно-розового цвета, сухие, чистые. Язык не обложен, сухой. Выраженные отеки нижних и верхних конечностей, передней брюшной стенки, лица. Пульс 92 уд/мин, повышенного напряжения. АД 165/115 мм рт. ст. (на левой руке) и 165/110 мм рт. ст. (на правой руке). Температура тела 36,7°C. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот увеличен за счет беременной матки, мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное. Диурез снижен. Выделения из половых путей светлые, слизистые. **Status obstetricus:** ВДМ - на два пальца выше середины расстояния между пупком и мечевидным отростком. Матка в нормальном тонусе, безболезненна при пальпации. Положение плода продольное. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 105-110 ударов в минуту.

**Вопросы к задаче №1 + эталоны ответов на вопросы к задаче №1:**

1. На основании жалоб и результатов осмотра данной пациентки в качестве основного диагноза следует предположить  
Эталон ответа: **тяжелую преэклампсию**
2. Врачу скорой медицинской помощи нужно госпитализировать пациентку в акушерский стационар 3 уровня, назначить гипотензивный препарат и  
Эталон ответа: **внутривенную инфузию раствора сульфата магния**
3. Оптимальной тактикой врача приемного отделения акушерского стационара является госпитализация данной пациентки в  
Эталон ответа: **отделение реанимации и интенсивной терапии**
4. Врачу акушеру, принимающему данную пациентку в стационар, необходимо вызвать в приемное отделение врача анестезиолога-реаниматолога в связи с наличием у пациентки  
Эталон ответа: **высокого АД**
5. К лабораторным методам обследования, необходимым для определения степени тяжести возникшего осложнения у пациентки, следует отнести (3)  
**А. клинический анализ крови**  
В. мазок из влагалища на флору  
С. экспресс-диагностику на ВИЧ-инфекцию  
**Д. биохимический анализ крови**  
**Е. клинический анализ мочи**  
Ф. определение группы крови и резус-фактора
6. В качестве инструментальных методов обследования, необходимых для подтверждения диагноза у данной пациентки, необходимо провести (3)  
**А. ультразвуковую фетометрию**  
В. рентгеноскопию органов брюшной полости  
**С. расчет амниотического индекса**  
**Д. кардиотокографическое исследование**  
Е. ультразвуковое исследование почек
7. Препаратом первой линии для лечения гипертензивного синдрома, развившегося при осложнении беременности у данной пациентки, является  
Эталон ответа: **метилдопа (альфа 2-адреномиметик)**
8. Продолжение инфузии раствора сульфата магния показано данной пациентке с целью профилактики развития  
Эталон ответа: **судорожного синдрома**
9. Рациональной акушерской тактикой дальнейшего ведения данной пациентки является  
А. проведение операции кесарева сечения в экстренном порядке  
В. пролонгирование беременности после стабилизации состояния  
**С. родоразрешение после стабилизации состояния пациентки**  
Д. проведение профилактики респираторного дистресс-синдрома плода
10. Предпочтительным методом обезболивания данной пациентки при проведении родоразрешения является  
Эталон ответа: **регионарная аналгезия или анестезия**

11. К факторам риска, поспособствовавшим развитию грозного осложнения беременности у данной пациентки, следует отнести
- A. избыточный вес
  - B. погрешности в диете
  - C. использование КОК
  - D. одноплодную беременность
12. При ведении у данной пациентки следующей беременности с целью профилактики преэклампсии рекомендован прием
- Эталон ответа: аспирин

### Задача №2

Пациентка 29 лет обратилась в приёмный покой гинекологического стационара. **Жалобы** на тянущие боли внизу живота, больше слева, на повышение температуры до 37,7°C, слабость, снижение аппетита.

**Анамнез заболевания.** Считает себя больной в течение недели, когда возникли вышеперечисленные жалобы, которые постепенно нарастали.

**Анамнез жизни.** Родилась доношенной. Наследственность не отягощена. Операции, травмы, гемотрансфузии отрицает. Гепатиты, ВИЧ, венерические заболевания отрицает. Менструации с 14 лет, регулярные, по 3-4 дня через 28 дней, умеренно болезненные. Первый день последней менструации неделю назад. Состоит в браке. Половая жизнь с 18 лет, регулярная, без контрацепции. Периодически отмечает болезненность при половых сношениях. В анамнезе 3 беременности: 2 первые закончились срочными родами, 3-я беременность закончилась год назад искусственным абортом, осложненным воспалительным заболеванием органов малого таза.

**Объективный статус.** Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, температура тела 37,2°C. АД - 120/80 мм рт. ст. Пульс 82 в мин., удовлетворительных свойств. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. В зеркалах: слизистые влагалища и шейки матки не изменены, бледно-розового цвета, шейка матки цилиндрическая, наружный зев щелевидный, выделения гнойные, умеренные, без запаха. При бимануальном исследовании: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев цервикального канала сомкнут. Тело матки в anteflexio-versio, нормальных размеров, плотное, ограничено в подвижности, умеренно болезненное. Справа придатки не определяются, слева пальпируется овоидной формы образование размером 7×6 см с четкими контурами, тугоэластической консистенции, ограничено подвижное, болезненное при пальпации. Своды свободные.

#### **Вопросы к задаче №2 + эталоны ответов на вопросы к задаче №2:**

1. Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

Эталон ответа: **развернутый общий анализ крови**

2. Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

Эталон ответа: **трансвагинальное ультразвуковое исследование органов малого таза**

**Трансвагинальное ультразвуковое исследование органов малого таза:**  
Заключение: Тубо-овариальное образование слева

3. Предполагаемым основным диагнозом в данной клинической ситуации является

**А. Острый сальпингоофорит с исходом в гнойное тубоовариальное образование слева**

В. Доброкачественное новообразование левого яичника

С. Внематочная трубная беременность, прервавшаяся по типу трубного выкидыша

Д. Параметрит и тазовая флегмона неуточненные

4. У данной пациентки боли внизу живота обусловлены

Эталон ответа: **течением воспалительного процесса**

5. Тактика врача приемного покоя в отношении данной пациентки заключается в

Эталон ответа: **неотложной госпитализации в гинекологическое отделение**

6. На данном этапе пациентке показано лечение

Эталон ответа: **хирургическое**

7. Оптимальным объемом оперативного вмешательства у данной пациентки является

А. туботомия, эвакуация гнойного содержимого с оставлением пиогенной капсулы

В. экстирпация матки с придатками

**С. аднексэктомия на стороне поражения, санация и дренирование брюшной полости**

Д. ампутация тела матки с трубами

8. Адекватным хирургическим пособием в данной ситуации служит

А. лапароскопия

**В. лапаротомия**

С. влагалищный доступ

Д. гистероскопия

9. Обязательным компонентом медикаментозного лечения в данной клинической ситуации является терапия

Эталон ответа: **антибактериальная**

10. Физиотерапевтическое лечение пациентке показано при

Эталон ответа: **постгоспитальной реабилитации острого процесса**

11. Воспалительные заболевания органов малого таза распространяются интраканаликулярно и начинаются с

- A. сальпингита
  - B. аднексита
  - C. эндометрита**
  - D. параметрита
12. Профилактика воспалительных заболеваний органов малого таза включает
- A. антибиотикопрофилактику пациенткам, планирующих беременность
  - B. обследование декретируемых групп людей на скрытые инфекции**
  - C. предпочтительное использование внутриматочной контрацепции
  - D. проведение диагностической гистероскопии каждые 12 месяцев

**Критерии оценки выполнения заданий в тестовой форме:**

- оценка «зачтено» – слушатель даёт 71-100% правильных ответов;
- оценка «не зачтено» – слушатель даёт менее 71% правильных ответов.

**Критерии оценки выполнения практических навыков:**

- оценка «зачтено» - слушатель знает основные положения методики выполнения обследования больного, самостоятельно демонстрирует мануальные навыки, корректно анализирует результаты лабораторного и инструментального исследований. Выполняет манипуляции, связанные с оказанием первой помощи. Допускает некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;
- оценка «не зачтено» - обучающийся не знает методики выполнения обследования больного, не может самостоятельно провести мануальное обследование, делает грубые ошибки в интерпретации результатов лабораторного и инструментального исследований. Не может выполнить манипуляции при оказании неотложной помощи.

**Критерии оценки собеседования по контрольным вопросам:**

- оценка «отлично» – слушатель правильно выставляет диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, учебника и дополнительной литературы;
- оценка «хорошо» – слушатель правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы;
- оценка «удовлетворительно» – слушатель ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностные знания предмета;
- оценка «неудовлетворительно» – слушатель не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз. Не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительных вопросов.

**Критерии выставления итоговой оценки за промежуточную аттестацию:**

- оценка **«отлично»** - если по первому и второму этапу получены оценки «зачтено», по последнему - «отлично»;
- оценка **«хорошо»** - если по первому и второму этапу получены оценки «зачтено», по последнему - «хорошо»;
- оценка **«удовлетворительно»** - если по всем критериям оценки положительны, не более одного критерия «неудовлетворительно» или «не зачтено»;
- оценка **«неудовлетворительно»** - если получено по критериям более одной неудовлетворительной оценки.



### 4.3. Порядок итоговой аттестации

Целью итоговой аттестации является определение уровня освоения компетенций, практической и теоретической подготовленности выпускников по программе к выполнению профессиональной деятельности в соответствии с квалификационной характеристикой.

Итоговая аттестация осуществляется в форме экзамена и включает:

- 1 этап – письменное тестирование;
- 2 этап – проверка освоения практических навыков;
- 3 этап – итоговое собеседование по ситуационным задачам.

### 4.4. Оценочные средства и критерии оценивания для итоговой аттестации

**ПК-1:** Проведение медицинского обследования пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара

**ПК-3:** Проведение медицинского обследования пациентов в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в стационарных условиях

#### Примеры заданий в тестовой форме:

1. К ВАЖНЕЙШИМ УЗ-ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ МИОМЫ МАТКИ ОТНОСЯТ
  - A. наличие в миометрии округлых узелков с четкими ровными контурами
  - B. увеличение поперечного размера матки перед менструацией
  - C. асимметрию (различную толщину) передней и задней стенок матки
  - D. увеличение переднезаднего размера матки перед менструацией
2. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ВАРИАНТА ВРАСТАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ
  - A. магнитно-резонансной томографии
  - B. ангиографии
  - C. морфологического исследования
  - D. ультразвукового исследования
3. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НАЛИЧИЕ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИДАТКОВ МАТКИ У ПАЦИЕНТКИ 20 ЛЕТ НЕОБХОДИМО
  - A. взять мазки на цитологическое исследование
  - B. взять мазки из уретры и цервикального канала
  - C. произвести ультразвуковое исследование
  - D. начать антибактериальное лечение
4. НЕКЛАССИЧЕСКАЯ ФОРМА ВДКН ЧАЩЕ ВСЕГО ОБУСЛОВЛЕНА ДЕФИЦИТОМ ФЕРМЕНТА
  - A. 116-гидроксилазы

- В. 21-гидроксилазы  
 С. 3-гидроксистероиддегидрогеназы  
 D. оксидоредуктазы
5. ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ПРОБА С ГОНАДОЛИБЕРИНОМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
- А. об отсутствии нарушения функционального состояния гипоталамических центров  
 В. о в выраженной недостаточности аденогипофиза  
 С. о нарушении секреторной реакции гонадотрофов на воздействие гонадолиберина  
 D. о сохранении функции гонадотрофов аденогипофиза

**Эталоны ответов:**

<b>1 - А</b>	<b>2 - С</b>	<b>3 - В</b>	<b>4 - В</b>	<b>5 - D</b>
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

**Перечень практических навыков:**

- пальпации и перкуссии живота, аускультации сердца, легких и кишечника;
- влагалищно-брюшностеночного и ректо-вагинального исследования гинекологической больной;
- осмотра шейки матки в зеркалах;
- взятия мазков (для бактериологического и цитологического исследования исследования) из цервикального канала, влагалища и уретры;
- обработки послеоперационной раны, снятия швов;
- кольпоскопии;
- прицельной биопсии шейки матки, слизистой влагалища и вульвы;
- лечебно-диагностического выскабливания слизистой полости матки;
- раздельного диагностического выскабливания стенок полости матки и цервикального канала;
- аспирационно и Пайпель-биопсией эндометрия;
- гистеросальпингографии;
- влагалищно-брюшностеночного исследования беременной, роженицы, родильницы;
- определения размеров таза, окружности живота и высоты стояния дна матки;
- определения срока беременности и даты родов;
- осмотра плаценты и плодных оболочек;
- осмотра шейки матки в зеркалах и родовых путей;
- проведения и интерпретации антенатальной и интранатальной КТГ;
- оценка результатов лабораторных и специальных методов исследования (морфологических, биохимических, иммунологических, серологические показатели крови, мочи, кала, амниотической жидкости, показателей коагулограммы, результатов УЗИ, КТГ и доплерометрии);

- оценка результатов функционального обследования органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, печени, почек, ЦНС и др.;
- методика определения степени «зрелости» шейки матки и готовности организма к родам (модифицированная шкала Bishop);
- методика получения информации о течении настоящей беременности, а также течения и исходах предыдущих беременностей и родов. Уметь точно прогнозировать исходы беременности и родов.

**Примеры контрольных вопросов для собеседования (ситуационных задач):**

**Задача №1**

В фельдшерско-акушерский пункт (стационар 1 уровня) обратилась первобеременная 24 лет со сроком беременности 29 недель 4 дня. **Жалобы** на обильные жидкие выделения из влагалища. **Анамнез заболевания.** Вышеуказанные жалобы появились в течение последнего часа. Пациентка состоит на учете в женской консультации, последний визит в сроке 25 недель.

**Анамнез жизни.** Детские инфекции: краснуха, ветряная оспа, ОРВИ. Хронические заболевания: нет. Гинекологический анамнез: не отягощен

**Акушерский анамнез:** 1 беременность - данная, наступила самопроизвольно. Течение беременности: срок беременности определен по menses. Беременность до настоящего времени протекала без осложнений, скрининг 1-го триместра – низкий риск, ультразвуковой скрининг 2 триместра - ВПР плода не выявлено. Прием препаратов: йодомарин 250 мкг/сут по настоящее время. Общая прибавка массы тела за беременность 4 кг.

**По данным УЗИ:** Один живой плод в головном предлежании, продольном положении. Предполагаемая масса плода 1800 г. Фето-плацентарный и маточно-плацентарный кровоток в пределах нормы. Количество околоплодных вод – маловодие.

**Объективный статус.** Общее состояние удовлетворительное. Рост 162 см, масса тела 54 кг. АД 115/70 мм рт. ст., пульс 85 уд/мин, тоны сердца ритмичные, дыхание везикулярное тела 36,7°C. Живот в доступных пальпации отделах - безболезненный, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Матка при пальпации возбудима. Шевеления плода ощущает. Пельвиометрия: D. sp. - 26 см, D. cr. - 28 см, C. ext. – 19 см, D. troch. - 31 см.

**Вопросы к задаче №1 + эталоны ответов на вопросы к задаче №1:**

1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (2)
  - А. биохимический анализ крови: С- реактивный белок**
  - В. клинический анализ крови (лейкоцитарная формула)**
  - С. общий анализ мочи
  - Д. анализ мочи по Нечипоренко
  - Е. маркеры преэклампсии
2. У данной пациентки предполагаемым основным диагнозом является

Эталон ответа: **дородовое излитие околоплодных вод**

3. Учитывая гестационный срок и состояние беременной, согласно карте маршрутизации, родоразрешение показано в

Эталон ответа: **областном перинатальном центре**

4. Использование токолиза у данной пациентки

**A. возможно, на период перевода в стационар 3 уровня**

B. возможно, с целью предупреждения развития регулярной родовой деятельности

C. невозможно, учитывая преждевременное излитие околоплодных вод

D. невозможно, учитывая срок беременности менее 33 полных недель

5. При решении о выжидательной тактике показана госпитализация данной пациентки в

Эталон ответа: **отделение патологии беременности**

6. Выжидательная тактика у данной пациентки возможна до срока недель беременности

Эталон ответа: **34**

7. При выборе выжидательной тактики у данной пациентки в листе наблюдений в истории родов с фиксацией каждые 4 часа необходимо отражать

Эталон ответа: **температуру тела**

8. У данной пациентки при дородовом излитии околоплодных вод антибактериальную профилактику следует начать

Эталон ответа: **сразу после постановки диагноза**

9. Использование атосибана в качестве токолитика у данной пациентки

A. невозможно, учитывая срок беременности менее 33 полных недель

B. возможно, только на период до срока беременности в 34 недели 6 дней

**C. возможно, на период перевода в акушерский стационар 3 уровня**

D. невозможно, учитывая преждевременное излитие околоплодных вод и срок беременности менее 30 недель

10. Болюсная доза магния сульфата, при использовании в качестве нейропротектора у данной пациентки, составляет г/час

Эталон ответа: **5-6**

11. Для постановки данной пациентке диагноза хориоамнионит необходимо наличие

A. брадикардии у плода ( $>100$  уд/мин)

B. маловодия (индекс амниотической жидкости  $<5$ )

**C. лихорадки у матери (выше  $38^{\circ}\text{C}$ )**

D. гипотонии у матери (АД  $<90/60$  мм рт. ст.)

12. При развитии хориоамнионита, оптимальная тактика ведения данной пациентки состоит в

Эталон ответа: **оперативном родоразрешении путем кесарева сечения**

## Задача №2

Пациентка 29 лет обратилась на прием к врачу акушер-гинекологу. **Жалобы** на отсутствие беременности в течении четырех лет при регулярной половой жизни в браке, задержки менструаций до 60 дней, значительное увеличение массы тела после начала половой жизни.

**Анамнез заболевания.** Впервые обратилась на прием к врачу акушеру-гинекологу год назад с жалобами на отсутствие беременности при регулярной половой жизни в браке в течение трех лет. С началом половой жизни отмечает увеличение массы тела, поправилась на 15 кг.

**Анамнез жизни.** Туберкулез, гепатиты, ВИЧ, венерические заболевания отрицает; травмы, операции отрицает. Наследственность: у матери СД 2 типа; хронические заболевания: хронический тонзиллит, ремиссия; хронический панкреатит, ремиссия. Менструальная функция: менархе с 13 лет, установились сразу. Длительность менструального цикла 45-60 дней, продолжительность 7 дней, умеренные, безболезненные. Последние менструации с 13.05. по 18.05 этого года; половая жизнь с 19 лет. Беременностей не было. Муж обследован, здоров. Спермограмму обследован 10 дней назад - нормозооспермия.

**Объективный статус.** Состояние удовлетворительное. Масса тела - 101,5 кг, рост - 164 см. ИМТ -38,8 кг/м<sup>2</sup>. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски и нормальной влажности. Отмечается рост терминальных волос по белой линии живота, в области подбородка, верхней губы. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78 в 1 мин, АД 135/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, не вздут. Стул в норме. Диурез достаточный.

**Влагалищное исследование.** Осмотр шейки матки в зеркалах: Слизистые влагалища и шейки матки не изменены. Шейка матки цилиндрическая, наружный зев округлый. Выделения слизистые, умеренные. Бимануальное влагалищное исследование: шейка матки цилиндрической формы, плотная, длиной 2,0 см. Тело матки плотное, подвижное, обычных размеров, безболезненное. Яичники несколько увеличены в размерах до 4,0×4,5 см, тугоэластической консистенции, подвижные, безболезненные. Своды свободные. Патологических образований в малом тазу нет.

1. С целью постановки диагноза при физикальном обследовании данной пациентки следует (4):

**А. измерить рост и вес пациентки с вычислением (ИМТ)**

**В. измерить окружность талии сантиметровой лентой**

**С. оценить наличие, локализацию и распространенность угревых высыпаний**

**Д. оценить гирсутизм по шкале Ферримана-Галлвея (шкала Ф-Г).**

**Е. оценить наличие черного акантоза**

Е. оценить наличие признаков алопеции и степень выраженности

**Оценка гирсутизма по шкале Ферримана-Галлвея.** Заключение: Умеренная степень гирсутизма - 16 баллов

**Оценка наличия нигроидного акантоза.** Заключение: Наличие нигроидного акантоза у пациентки.

2. К лабораторным тестам для уточнения диагноза пациентки следует отнести исследование (2):

А. уровня антимюллерова гормона в крови

В. уровня печеночных трансаминаз в крови

**С. свободного тестостерона в сыворотке крови**

**Д. двухчасового перорального глюкозотолерантного теста**

Е. уровня тиреотропных гормонов

**Тестостерон свободный** - 7,8 пг/мл (норма: 0,1-6,3 пг/мл)

**Двухчасовой пероральный глюкозотолерантный тест.** Глюкоза венозной плазмы натощак = 6,8 ммоль/л (норма: 4,1-6,1 ммоль/л); через 2 часа после приема 75 г глюкозы = 8,0 ммоль/л (норма до 7,8 ммоль/л)

3. К необходимым инструментальным методам обследования пациентки для постановки диагноза следует отнести:

А. кольпоскопическое исследование шейки матки

**В. трансвагинальное ультразвуковое**

С. гистеросальпингографическое

Д. гистероскопическое исследование полости матки

**Трансвагинальное ультразвуковое обследование.** Заключение: Поликистозные яичники.

4. На основании обследования можно поставить пациентке диагноз: Ожирение III степени. Женское бесплодие связанное с:

А. Адреногенитальным синдромом

В. Изолированной гонадотропной недостаточностью

**С. Трубным фактором и ановуляцией**

Д. Опсоменореей и метаболическим синдромом

5. Объем талии составил - 101 см. Поскольку Ваша пациентка принадлежит к европеоидной расе, объем ее талии не должен превышать сантиметров:

Эталон ответа: **88**

6. Расчет ИМТ составил 38,8 кг/м<sup>2</sup>, что соответствует \_\_\_ степени ожирения

Эталон ответа: **второй**

7. Выявление у данной пациентки во ходе объективного обследования является критерием диагностики метаболического синдрома:

Эталон ответа: **увеличения окружности талии**

8. Учитывая заинтересованность пациентки в беременности, в качестве терапии первой линии для лечения ановуляторного бесплодия назначается:
- A. кломифена цитрат**
  - В. менопаузальный гонадотропин человека
  - С. фоллитропин бета
  - Д. дидрогестерон
9. Для лечения ожирения следует рекомендовать пациентке:
- А. гипогликемические лекарственные препараты
  - В. ингибиторы альфа-глюкозидазы
  - С. терапевтическую модификацию образа жизни**
  - Д. препараты для снижения уровня холестерина в крови
10. Следует рекомендовать пациентке среднюю калорийность рациона для поддержания энергетического баланса до \_\_\_\_ ккал в сутки:
- A. 1200-1500**
  - В. 1100-1100
  - С. 1500-1600
  - Д. 1700-1800
11. Для предотвращения синдрома гиперстимуляции яичников в случае применения у пациентки ВРТ применение метформина:
- Эталон ответа: **рекомендуется**
12. В качестве терапии первой линии для купирования нарушения менструального цикла, гирсутизма и акне пациентке следует рекомендовать:
- А. циклическую гормональную терапию
  - В. гипогликемический препарат пролонгированного действия
  - С. антиандрогенный препарат в непрерывном режиме
  - Д. комбинированные оральные контрацептивы**

**ПК-2:** Назначение и проведение лечения пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контроль его эффективности и безопасности в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара

**ПК-4:** Назначение и проведение лечения пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контроль его эффективности и безопасности в стационарных условиях

**Примеры заданий в тестовой форме:**

1. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
- А. субсерозная миома матки небольших размеров
  - В. гормональнозависимая опухоль яичника

- С. железисто-фиброзный полип цервикального канала  
 D. хронический воспалительный процесс органов малого таза
2. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВА ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ
- А. Ацикловир  
 В. Генферон  
 С. Панавир  
 D. Изопринозин
3. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ БОЛЕВОЙ ФОРМЕ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ПРОВЕДЕНИИ
- А. симптоматической терапии  
 В. гормонального гемостаза  
 С. лечебно-диагностической лапароскопии  
 D. комплексной антибактериальной терапии
4. СЕЛЕКЦИЯ ДОМИНАНТНОГО ФОЛЛИКУЛА ПРИ 28-ДНЕВНОМ МЕНСТРУАЛЬНОМ ЦИКЛЕ ПРОИСХОДИТ НА ДЕНЬ ЦИКЛА
- А. 22-24  
 В. 10-11  
 С. 2-3  
 D. 5-6
5. РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПРИ АДЕНОМИОЗЕ СЧИТАЕТСЯ
- А. резекция миометрия  
 В. пангистерэктомия  
 С. экстирпация матки  
 D. надвлагалищная ампутация матки

**Эталоны ответов:**

<b>1 - В</b>	<b>2 - А</b>	<b>3 - А</b>	<b>4 - D</b>	<b>5 - С</b>
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

**Перечень практических навыков:**

- обработка послеоперационной раны, снятия швов;
- удаление полипа слизистой шейки матки;
- лечебно-диагностическое выскабливание слизистой полости матки;
- введения и удаления имплантов, внутриматочных контрацептивов, вагинальных колец и pessaries;
- инструментальное удаление плодного яйца (выскабливания стенок полости матки при прерывании беременности);
- лапаротомия при urgentных (неотложных) состояниях в гинекологии;
- удаление маточной трубы (сальпингэктомии), придатков матки (аднексэктомии), резекции и ушивания яичника;
- удаление кисты бартолиновой железы, дренирования абсцесса бартолиновой железы
- хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности;
- введение акушерского pessaria;
- амниотомия;



- оказание пособий при тазовых предлежаниях плода;
- вакуум-экстракция плода;
- эпизио- и перинеотомия;
- ручное отделение и выделение последа, контрольное ручное обследование полости матки;
- массаж матки при ее атонии;
- зашивание разрывов шейки матки, влагалища, промежности;
- проведение операции кесарева сечения;
- проведение физиологических и патологических родов (тазовое предлежание, разгибание головки, асинклитические вставления, роды при крупном плоде, двойне);
- проведение родов при узком тазе;
- выполнение реанимационных мероприятий при асфиксии и родовой травме новорожденного.

**Примеры контрольных вопросов для собеседования (ситуационных задач):**

**Задача №1**

Женщина 40 лет при сроке беременности 30 недель доставлена машиной скорой Медицинской помощи в приемное отделение акушерского стационара.

**Жалобы.** На головную боль в течение 2-х часов, затрудненное носовое дыхание, снижение диуреза за последние сутки.

**Анамнез заболевания.** Повышение артериального давления в течение 3 недель до 140/90 мм рт. ст., за медицинской помощью не обращалась. Головная боль в течение 2 часов, затрудненное носовое дыхание, снижение диуреза за последние сутки. Вызвала бригаду скорой медицинской помощи.

**Анамнез жизни.** Хронические заболевания - варикозная болезнь нижних конечностей, хронический пиелонефрит, ремиссия. Аллергическая реакция на препараты цефалоспоринового ряда. Травм, операций не было.

Беременность первая, желанная, наступила в результате ЭКО. В анамнезе бесплодие неясного генеза в течение 3 лет.

**Объективный статус.** Состояние средней степени тяжести. В сознании. Контактна. Пульс 84 в 1 минуту. АД 170/100 мм рт.ст. Сатурация кислорода 98%. Отеки голеней, передней брюшной стенки. Кожные покровы и видимые слизистые обычного цвета, чистые. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, шумов нет. Дефицита пульса нет. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Живот увеличен за счет беременной матки. Матка в нормальном тонусе, безболезненная при пальпации во всех отделах. Положение плода продольное, плода над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 146 в 1 минуту. Выделений из половых путей нет. При влагалищном исследовании ~ оценка зрелости шейки матки по шкале Бишопа - 8 баллов. На фоне проводимой терапии отмечается снижение АД до 150/85 мм рт. ст., головная боль купировалась.

**Вопросы к задаче №1 + эталоны ответов на вопросы к задаче №1:**

1. К необходимому для постановки диагноза лабораторному исследованию относится определение
- А. эритроцитов в периферической крови
  - В. общего белка и белковых фракций
  - С. протеинурии в разовой порции мочи**
  - Д. глюкозы венозной плазмы после 8-14 часов голода

Протеинурия в разовой порции мочи: 3,3 г/л

2. Для оценки состояния плода пациентке необходимо провести (выберите 3)
- А. ультразвуковое исследование фето-плацентарного комплекса**
  - В. определение фосфорилированного протеина-1 в цервикальном канале
  - С. доплерометрию артерии пуповины и средней мозговой артерии**
  - Д. ультразвуковую неинвазивную фетальную кардиографию
  - Е. кардиотокографию плода**
  - Ф. магнитно-резонансную томографию плода и плаценты

Ультразвуковое исследование фето-плацентарного комплекса: Отставание фетометрических показателей на 2 недели от срока беременности, маловодие. Допплерометрия артерии пуповины и средней мозговой артерии Нарушение гемодинамики III степени

3. Ваш предполагаемый основной диагноз  
Эталон ответа: **Тяжелая преэклампсия**
4. Вы диагностировали у беременной 30 недель тяжелую преэклампсию и согласовали с пациенткой провести лечение и наблюдение в
- А. районной женской консультации по месту жительства
  - В. палате интенсивной терапии родильного дома**
  - С. отделении патологии беременности родильного дома
  - Д. дневном стационаре женской консультации
5. Профилактика респираторного дистресс синдрома плода у данной пациентки должна быть проведена сразу после
- А. проведения противосудорожной терапии
  - В. стабилизации артериального давления
  - С. диагностики тяжелой преэклампсии**
  - Д. достижения срока беременности 32 недели
6. Оптимальным способом родоразрешения у данной пациентки с тяжелой преэклампсией в 30 недель беременности является
- А. кесарево сечение после профилактики респираторного дистресс синдрома плода**
  - В. кесарево сечение без проведения профилактики респираторного дистресс синдрома плода

- C. роды через естественные родовые пути после профилактики респираторного дистресс синдрома плода
- D. роды через естественные родовые пути без проведения профилактики респираторного дистресс синдрома плода
7. Антигипертензивным препаратом выбора для быстрого снижения уровня АД у данной пациентки с тяжелой преэклампсией является
- A. метилдопа
- B. метопролол
- C. верапамил
- D. нифедипин**
8. С целью профилактики приступа эклампсии данной пациентке следует назначить
- Эталон ответа: сульфат магния 25% внутривенно
9. Стартовая (нагрузочная) доза 25% раствора сульфата магния у данной пациентки составляет
- Эталон ответа: 4 г (16 мл)
10. Поддерживающая доза 25% раствора сульфата магния составляет г/час
- Эталон ответа: 1 г
11. Целевой темп почасового диуреза на фоне проведения магниальной терапии у данной пациентки должен составлять не менее мл/ч
- Эталон ответа: 30
12. Факторами риска развития преэклампсии у данной пациентки явились:
- A. варикозная болезнь нижних конечностей
- B. снижение диуреза за последние сутки
- C. отягощенный аллергологический анамнез
- D. хроническое заболевание почек**

### Задача №2

Пациентка 60 лет обратилась на прием к гинекологу. **Жалобы** на сухость, жжение и дискомфорт во влагалище, боль и дискомфорт при половом акте, подтекание мочи при физических нагрузках, сильном кашле, подъеме тяжести.

**Анамнез заболевания.** Вышеуказанные жалобы беспокоят в течение 2-3 лет. С вышеуказанными жалобами к врачу обращается впервые. Последняя самостоятельная менструация в возрасте 50 лет. В анамнезе 2 родов через естественные родовые пути, вес детей 3200 г и 3500 г.

**Анамнез жизни.** Хронические заболевания: гипертоническая болезнь, варикозное расширение вен нижних конечностей; не курит, алкоголем не злоупотребляет; профессиональных вредностей не имела; аллергических реакций не было; семейный анамнез: отец- инфаркт миокарда в возрасте 53 лет.

**Объективный статус.** Состояние удовлетворительное. Рост 160 см, масса тела 81 кг. ИМТ 31,6 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1

мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 76 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

**Гинекологический статус.** Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Отмечается незначительное опущение передней стенки влагалища. Кашлевая проба положительная, вытекание незначительного количества мочи. Слизистая влагалища бледная, истончена. Шейка матки чистая. Тело матки нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное при пальпации. Придатки справа и слева - не пальпируются, их область безболезненна. Своды свободны. Патологических образований в области малого таза на момент осмотра не выявлено. Выделений нет.

**Вопросы к задаче №2 + эталоны ответов на вопросы к задаче №2:**

1. Рекомендуемое обследование для данной пациентки включает  
Эталон ответа: комплексное уродинамическое исследование
2. Необязательным среди обследований для данной пациентки можно назвать
  - A. расширенную кольпоскопию
  - B. определение индекса созревания эпителия влагалища
  - C. биопсию влагалища и вульвы**
  - D. онкоцитологию шейки матки

**Биопсия влагалища и вульвы.** При исследовании биоптата - эпидермис атрофичный, сосочковый слой несколько сглажен, поверхностные слои кожи несколько отечны. Отмечается уменьшение подкожной жировой клетчатки

3. Опираясь на критерии STRAW+10, в данном случае, стадия репродуктивного старения будет определяться как  
Эталон ответа: поздний постменопаузальный период
4. Наблюдаемый в данной случае симптомокомплекс характерен для  
Эталон ответа: Генитоуринарного менопаузального синдрома
5. Наименее вероятным показанием для назначения менопаузальной терапии в данном случае является
  - A. генитоуринарный менопаузальный синдром
  - B. диспареуния
  - C. стрессовое недержание мочи**
  - D. вульвовагинальная атрофия
6. Наиболее предпочтительным способом введения препаратов менопаузальной гормональной терапии в данном случае является  
Эталон ответа: вагинальный
7. Веществом для менопаузальной гормональной терапии, обладающим высокой селективностью к эстрогеновым рецепторам нижнего отдела мочевого тракта при сравнительно малом связывании с рецепторами в других тканях и наиболее предпочтительным в данном случае, является  
Эталон ответа: Эстриол

8. Стратегией в использовании препаратов локальной менопаузальной гормональной терапии в данном случае является
- A. **снижение кратности и дозы**
  - B. увеличение дозы, снижение кратности
  - C. увеличение кратности и дозы
  - D. снижение дозы, увеличение кратности
9. Наиболее правильным выбором в лечении стрессового недержания мочи, в данном случае, является
- A. периуретральное введение объемообразующих средств
  - B. **тренировка мышц тазового дна**
  - C. слинговая операция
  - D. выполнение уретроцистоцервикопексии
10. Степень тяжести стрессового недержания мочи, в данном случае, определяется как
- Эталон ответа: легкая
11. В течение первого года лечения местными препаратами менопаузальной гормональной терапии наблюдение за данной пациенткой с оценкой терапевтического эффекта проводится 1 раз в \_\_\_ месяцев
- Эталон ответа: 6
12. Фактором риска данной патологии наряду с менопаузой является
- A. **отсутствие половой жизни**
  - B. высокое содержание углеводов в рационе
  - C. редкое применение средств интимной гигиены
  - D. тренировка мышц тазового дна

**Критерии оценки выполнения заданий в тестовой форме:**

- 1) оценка «зачтено» – правильных ответов 71-100%;
- 2) оценка «не зачтено» – правильных ответов менее 71%.

**Критерии оценки выполнения практических навыков:**

- 1) оценка «зачтено» - обучающийся знает основные положения методики выполнения обследования больного, самостоятельно демонстрирует мануальные навыки, анализирует результаты лабораторного и инструментального исследований, проводит дифференциальную диагностику, выставляет диагноз заболевания и составляет план лечения. Выполняет манипуляции, связанные с оказанием первой помощи. Допускает некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет
- 2) оценка «не зачтено» - обучающийся не знает методики выполнения обследования больного, не может самостоятельно провести мануальное обследование больного, делает грубые ошибки в интерпретации результатов лабораторного и инструментального исследований, делает ошибки при проведении дифференциальной диагностики и формулировке

диагноза заболевания, и назначении лечения. Не может выполнить манипуляции при оказании неотложной помощи.

#### **Критерии оценки собеседования по ситуационным задачам:**

- 1) оценка «**неудовлетворительно**» выставляется обучающемуся, не показавшему освоение планируемых компетенций, предусмотренных программой, допустившему серьезные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий;
- 2) оценку «**удовлетворительно**» заслуживает обучающийся, показавший частичное освоение планируемых компетенций, предусмотренных программой, сформированность не в полной мере новых компетенций и профессиональных умений для осуществления профессиональной деятельности, знакомый с литературой, публикациями по программе;
- 3) оценку «**хорошо**» заслуживает обучающийся, показавший освоение планируемых компетенций, предусмотренных программой, изучивший литературу, рекомендованную программой, способный к самостоятельному пополнению и обновлению знаний в ходе дальнейшего обучения и профессиональной деятельности;
- 4) оценку «**отлично**» заслуживает обучающийся, показавший полное освоение планируемых компетенций, предусмотренных программой, всестороннее и глубокое изучение литературы, публикаций, а также умение выполнять задания с привнесением собственного видения проблемы, собственного варианта решения практической задачи, проявивший творческие способности в понимании и применении на практике содержания обучения.

#### **Критерии выставления итоговой оценки:**

- 1) оценка «**отлично**» - выставляется слушателю если им по первому и второму этапу получены оценки «зачтено», по последнему - «отлично»,
- 2) оценку «**хорошо**» - получает слушатель если по первому и второму этапу им получены оценки «зачтено», по последнему - «хорошо»,
- 3) оценку «**удовлетворительно**» - заслуживает обучающийся если по всем критериям его оценки положительны, а также не более одного критерия «неудовлетворительно» или «не зачтено».
- 4) оценка «**неудовлетворительно**» - выставляется обучающемуся если им получено по критериям более одной неудовлетворительной оценки.

## **5. СВЕДЕНИЯ О СОСТАВИТЕЛЯХ ПРОГРАММЫ**

#### **Разработчик программы:**

доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры репродуктивной медицины и перинатологии Радьков О.В.