

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

Кафедра акушерства и гинекологии

Рабочая программа дисциплины
Акушерство и гинекология

для обучающихся 4,5 курса,

специальность
31.05.02 Педиатрия

форма обучения
очная

Трудоемкость, зачетные единицы/часы	6 з.е. / 216ч.
в том числе:	
контактная работа	125ч.
самостоятельная работа	91 ч.
Промежуточная аттестация, форма/семестр	Экзамен / семестр-IX

Тверь, 2025

Разработчики: доцент ТГМУ, канд. мед. наук., доцент Блинова Н. И.

Внешняя рецензия дана главным врачом ОРД Васиной Т. Г.

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры акушерства и гинекологии

«29» апреля 2025 г. (протокол №8)

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании профильного методического совета

«27» мая 2025 г. (протокол № 5)

Рабочая программа утверждена на заседании центрального координационно-методического совета «27» августа 2025 г. (протокол № 1)

I. Пояснительная записка

Рабочая программа дисциплины разработана в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 31.05.02 Педиатрия, утвержденным Приказом Минобрнауки России от 12.08.2020 № 965 (ред. от 27.02.2023), с учётом рекомендаций основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования.

1. Цель и задачи дисциплины

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

Задачами освоения дисциплины являются:

- Диагностики беременности различных сроков и физиологических изменений в организме беременной, роженицы, родильницы;
- Ведение физиологической беременности и прием родов;
- Принципы диагностики заболеваний и патологических состояний во время беременности, родов, послеродовом периоде, а также в гинекологической клинике;
- Освоение лечебно-диагностических алгоритмов при неотложных состояниях в акушерстве и гинекологии, включая детскую гинекологию;
- Определение показаний, условий, противопоказаний и освоение техники выполнения основных акушерских и гинекологических операций;
- Изучение нормативов санитарно-эпидемиологического режима в акушерском и гинекологическом стационаре;
- Обучение навыкам проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
- Освоение принципов обучения пациентов основным мероприятиям оздоровительного характера, способствующим профилактике возникновения заболеваний и укреплению здоровья;
- Обучение порядку ведения медицинской документации, принятой в учреждениях здравоохранения акушерского и гинекологического профиля;
- Формирование навыков анализа научной литературы и участие в проведении статистического анализа, а также публичное представление полученных результатов по современным проблемам акушерства и гинекологии, включая детскую гинекологию;
- Освоение современных теоретических и экспериментальных методов исследования для разработки инновационных подходов к профилактике, диагностике и лечению в акушерстве и гинекологии, включая детскую гинекологию.

2. Планируемые результаты обучения по дисциплине

Формируемые компетенции	Индикатор достижения	Планируемые результаты обучения
ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с це-	ИОПК-4.1 Применяет медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи.	Знать: -этиология, патогенез, нозологические формы, клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения беременности, родов, послеродового периода, также гинекологических заболеваний протекающих в типичной форме. Уметь: -разработать и обосновать план диагности-

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

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

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

3. Место дисциплины в структуре основной профессиональной образовательной программы

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

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

Дисциплина «Акушерство и гинекология» составляет один из основных разделов врачебной специальности, обучение которой необходимо для совершенствования знаний и приобретенные компетенций по подготовке высококвалифицированного врача, владеющего определенными знаниями и умениями в области акушерства и гинекологии с учетом дальнейшего обучения и профессиональной деятельности по специальности 31.05.02 Педиатрия. Изучаемая дисциплина является базовым лечебно-профилактическим направлением, которое неразрывно интегрировано со всеми медицинскими дисциплинами и специальностями. Преподавание дисциплины основано на современных представлениях об этиологии, принципах и методах диагностики, современных классификациях, а также методах лечения и профилактики, базирующихся на принципах доказательной медицины.

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

Уровень начальной подготовки и требования к «входным» знаниям обучающегося для успешного освоения дисциплины «Акушерство и гинекология» включает: знание анатомо-функциональные особенности репродуктивной системы женщины, в т.ч. физиологию менструального цикла; знание об этапах формирования гамет, процессе оплодотворения и эмбриональном развитии человека; знания алгоритмов диагностического поиска и пропедевтические навыки обследования пациента, в т.ч. последовательность изложения данных, полученных в результате клинических наблюдений; знание базовых принципов и методик фармакотерапии и хирургических операций.

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

1. Анатомия.
2. Гистология, эмбриология, цитология.
3. Анестезиологии, реанимация, интенсивная терапия.
4. Медицинская биология и генетика.
5. Нормальная физиология.
6. Биохимия.
7. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения.
8. Микробиология, вирусология.
9. Фармакология.
10. Патофизиология, клиническая патофизиология.
11. Гигиена.
12. Общая хирургия.
13. Пропедевтика внутренних болезней.
14. Патологическая анатомия, клиническая патологическая анатомия.
15. Фтизиатрия.
16. Факультетская терапия.
17. Факультетская хирургия.
18. Эндокринология.
19. Эпидемиология.
21. Лучевая диагностика.

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

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

4. Объём дисциплины составляет 6 зачетных единиц, 216 академических часов, в том числе 125 часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и 91 час самостоятельной работы обучающихся.

5. Образовательные технологии

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

Лекция-визуализация, проблемная лекция, ролевая учебная игра, занятия с использованием тренажёров, имитаторов, компьютерная симуляция, разбор клинических случаев, подготовка и защита истории болезни, использование компьютерных обучающих программ, интерактивных атласов, посещение врачебных конференций, консилиумов, уча-

ствие в научно-практических конференциях, учебно-исследовательская работа студента, подготовка и защита рефератов.

Элементы, входящие в самостоятельную работу студента: подготовка к семинарским и практическим занятиям, написание истории родов и истории болезни, рефератов, работа с компьютерными кафедральными фильмами, встречи с ведущими специалистами в области акушерства, гинекологии и перинатологии, мастер-классы с участием последних.

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

6. Формы промежуточной аттестации

В качестве промежуточной аттестации студентов по дисциплине «Акушерство и гинекология» проводится экзамен (по окончании IX семестра).

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

II. Учебная программа дисциплины

1. Содержание дисциплины

Модуль 1. Акушерство.

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

1.1.1. Организация работы женской консультации, ведение и экспертиза временной нетрудоспособности при физиологической беременности.

1.1.2. Алгоритм диагностики беременности. Определение срока беременности. Методы исследования в акушерстве.

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

Структура родильного дома, его задачи, организация работы. Родовые пути, строение головки плода, ее размеры.

1.3. Клиническое течение и ведение родов. Обезболивание родов.

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

1.4. Тазовое предлежание плода.

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

1.5. Клиническое течение и ведение нормального послеродового периода. Физиология периода новорожденности.

Физиологические изменения в организме родильницы. Клиника и ведение послеродового периода. Классификация детей в зависимости от срока беременности, критерии зрелости плода. Физиологические состояния новорожденных.

1.6. Многоплодная беременность.

1.6.1 Методы диагностики многоплодной беременности, особенности течения беременности и ведения родов, профилактики осложнений

1.6.2. Иммунологическая несовместимость матери и плода.

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

1.7. Экстрагенитальные заболевания и беременность.

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

1.8 Недонашивание и перенашивание беременности. Преждевременные и запоздалые роды.

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

1.8.2. Перенашивание беременности, методы диагностики, ведения беременности, родов. Подготовка беременных к родам, методы родовозбуждения. Профилактики перенашивания беременности.

1.9. Ранние гестозы. Преэклампсия.

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

1.9.2. Классификация, клиника, диагностика артериальной гипертензии у беременных. Алгоритм неотложной помощи при преэклампсии и эклампсии. Принципы родоразрешения, обезболивания, профилактика осложнений.

1.10. Аномалии родовой деятельности.

1.10.1. Формы аномалий родовой деятельности, осложнения для матери и плода. Методы коррекции родовой деятельности и профилактики ее аномалий. Партограмма.

1.11. Внутриутробная гипоксия плода и асфиксия новорожденных.

Методы диагностики, лечения и профилактики гипоксических состояний внутриутробного плода, методы родоразрешения. Состояние новорожденного по шкале Апгар. Алгоритм реанимации новорожденного.

1.12. Узкий таз. Операция кесарево сечение.

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

Виды кесарева сечения. Техника операции, абсолютные и относительные показания, противопоказания, профилактика осложнений.

1.13 Разгибательные головные предлежания.

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

1.13.2. Неправильное положение плода.

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

1.14 Родовой травматизм матери и плода.

Классификация, клиника, диагностика, лечение родового травматизма матери. Разрыв матки. Профилактики родового травматизма матери.

Родовой травматизм плода. Клиника, диагностика, профилактика родового травматизма плода.

1.15. Кровотечения во время беременности и в родах.

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

1.16. Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде. Геморрагический шок и ДВС-синдром.

Клиника, диагностика кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах. Алгоритм лечебных мероприятий. Интенсивная терапия геморрагического шока и ДВС-синдрома. Профилактика акушерских кровотечений.

1.17. Послеродовые гнойно-септические заболевания матери и новорожденного. Врожденные инфекции у новорожденных.

Этиология, патогенез, классификация гнойно-септических заболеваний. Клиника, диагностика, принципы лечения и профилактики гнойно-септических послеродовых заболеваний. Врожденные инфекционные заболевания в периоде новорожденности: клиника, лечение и профилактики.

Модуль 2. Гинекология.

2.1. Пропедевтика женских заболеваний. Особенности возрастной патологии женского организма. Методы исследования в гинекологии.

Симптомы гинекологических заболеваний. Причины, патофизиология их возникновения. Современные методы исследования в гинекологии, особенности гинекологического обследования девочек.

2.2. Воспалительные заболевания женских половых органов.

2.2.1 Этиология, патогенез, клиника, диагностика воспалительных заболеваний гениталий в различные возрастные периоды. Лечение, профилактики и реабилитации больных воспалительными процессами гениталий.

2.2.2 Инфекционная патология в гинекологии:

(папилломавирусная инфекция половых органов, генитальный герпес, цитомегаловирусная инфекция, туберкулез женских половых органов и др.)

2.3. Нарушения менструальной функции (НМФ).

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

2.4. Гинекологическая эндокринология.

Преждевременная недостаточность яичников. Синдром предменструального напряжения. Преждевременная недостаточность яичников. Нарушение полового развития.

2.5. "Острый живот" в гинекологии.

2.5.1 Заболевания женских половых органов, вызывающих состояние «острого живота» в различные возрастные периоды. Клиника, дифференциальная диагностика, неотложная помощь, принципы реабилитации, профилактики.

2.6. Доброкачественные опухоли матки. Эндометриоз. Доброкачественные опухоли яичников.

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

2.6.2. Классификация доброкачественных опухолей яичников, методы диагностики, клиника у девочек, объём хирургические вмешательства, реабилитация.

2.7. Предраковые заболевания, фоновые состояния шейки матки. Рак шейки матки и эндометрия.

2.7.1. Фоновые, предраковыми заболеваниями шейки матки. Методы диагностики, лечения и профилактики.

2.7.2. Рак шейки матки, рак эндометрия. Классификация, клиника, методы диагностики и лечения в зависимости от стадии развития заболевания, профилактика.

2. Учебно-тематический план

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

Коды (номера) модулей (разделов) дисциплины и тем	Контактная работа обучающихся с преподавателем					Всего часов на контактную работу	Самостоятельная работа студента, включая подготовку к экзамену (зачету)	Итого часов	Формируемые компетенции					Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения	Формы текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости
	лекции	семинары	лабораторные практикумы	практические занятия, клинические практические занятия	1-й этап экзамена/зачет				УК-	ОПК-4	ОПК-7	ПК-	ПК-		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Модуль 1.															
1.1.	2			1			1	2		+	+			Р, Э, ДОТ	Т, ЗС, КР
1.1.1															
1.1.2.				2			1	3		+	+			Тр, Р, Э, ДОТ	Т, Пр, КР
1.2.				2			2	4		+	+			Тр, КС, ИБ, Р, ДОТ	Т, Пр, КР
1.3.				3			1	4		+	+			ЛВ, Тр, КС, Р, ДОТ	Т, ЗС, КР
1.4.				5			2	7		+	+			Тр, КС, ИБ, Р, ДОТ	Т, Пр, КР
1.5.				3			2	5		+	+			Л, РИ, Тр, ИБ, Р, ДОТ	Т, Пр, ЗС
1.6.															
1.6.1.				2			1	3		+	+			Тр, КС, ИБ, УИРС, ДОТ	Т, Пр, КР
1.6.2.	2			2			1	3		+	+			Л, КС, ИБ, УИРС, ДОТ	Т, ЗС
1.7.				3			2	5		+	+			КС, ИБ, Р, ДОТ	Т, КР

1.8. 1.8.1.				2			1	3		+	+			Л, КС, ДОТ	Т, ЗС, КР
1.8.2.				3			2	5		+	+			Л, Тр, КС, Р, ДОТ	Т, Пр, ЗС, ИБ
1.9. 1.9.1.	2			2			1	3		+	+			ЛВ, Р, ДОТ	Т, ЗС, КР
1.9.2.				3			2	5		+	+			Л, КС, ИБ, Р, Э, ДОТ	Т, КР
1.10. 1.10.1				3			2	5		+	+			Л, Тр, Р, ИБ	Т, КР
1.11.				3			2	5		+	+			Л, КС, ИБ, Р, Э, ДОТ	Т, ЗС, КР
1.12. 1.12.1.	2			2			1	3		+	+			Л, Р, Э, ДОТ	Т, ЗС, КР
1.13. 1.13.1				2			1	3		+	+			Л, КС, Р, ДОТ	Т, ЗС, КР
1.13.2				3			2	5		+	+			Л, КС, Р, ДОТ	Т, ЗС, КР
1.14.	2			4			2	6		+	+			Л, КС, ИБ, Р, ДОТ	Т, ЗС, КР
1.15.	2			4			2	6		+	+			Л, КС, Р, ДОТ	Т, ЗС, КР
1.16.				3			1	4		+	+			Л, КС, ИБ, Р, ДОТ	Т, КР, ИБ
1.17.	2			2			2	4		+	+			Л, КС, Р, ДОТ	Т, ЗС, КР
Модуль 2.															
2.1.	2			4			4	8		+	+			ЛВ, КС, Р, ДОТ	Т, ЗС, КР
2.2. 2.2.1				4			3	7		+	+			Л, КС, Р, ДОТ	Т, ЗС, КР
2.2.2				4			3	7		+	+			ЛВ, КС, ИБ, Р, ДОТ	Т, ЗС, КР

2.3.	2			4			4	8		+	+			Л, КС, Р, Э, ДОТ	Т, КР
2.4.	4			4			3	7		+	+			Л, КС, ИБ, Р, ДОТ	Т, КР
2.5.	2			4			3	7		+	+			ЛВ, КС, УИРС, ДОТ	Т, КР
2.6.														Л, КС, Р,	Т, ЗС, КР
2.6.1.	2			4			3	7		+	+			ДОТ	
2.6.2.				4			4	8		+	+			Л, КС, ИБ, Р, ДОТ	Т, ЗС, КР
2.7.	2			2			2	4						Л, ДОТ, ИБ,	Т, ЗС.КР
2.7.1.										+	+			Р,КС	
2.7.2.				2			1	3						Л, ДОТ, ИБ, Р,КС	Т, ЗС.КР
1-й этап экзамена					3	3		3		+	+				Пр
Экзамен							27	27		+	+				Т, ЗС
ИТОГО:	30			92	3	125	91	216							

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

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

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

Примеры заданий в тестовой форме:

1. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ ХАРАКТЕРНЫ:

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

3. ЧЛЕНОМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ ПЛОДА НАЗЫВАЕТСЯ:

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

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

1. влагалищно-брюшностеночное исследование
2. ректально-брюшностеночное исследование
3. ректо-влагалищно-брюшностеночное исследование
4. все ответы правильные
5. правильного ответа нет

5. ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МИОМЫ МАТКИ:

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

Эталоны ответов:

1 – 5; 2 – 1; 3 – 2; 4 – 1;

Критерии оценки тестового контроля:

В зависимости от количества правильных ответов выставляется следующая оценка:
менее 70% - «неудовлетворительно»

70-80% - «удовлетворительно»

81-95% - «хорошо»

96-100% - «отлично»

Примеры контрольных вопросов для собеседования:

1. Порядок определения временной нетрудоспособности по беременности и родам при физиологической беременности и родах.
2. Алгоритм мероприятий при первичной слабости родовой деятельности.
3. Алгоритм неотложной помощи в случае эклампсии.
4. Препараты, применяемые для профилактики респираторного дистресс-синдрома новорожденного и схемы их применения.
5. Алгоритм помощи при асфиксии новорожденных.

Критерии оценки при собеседовании:

«отлично» – студент подробно отвечает на теоретические вопросы.

«хорошо» – студент в целом справляется с теоретическими вопросами.

«удовлетворительно» – поверхностное владение теоретическим материалом, допускает существенные ошибки.

«неудовлетворительно» – не владеет теоретическим материалом и делает грубые ошибки.

Примеры ситуационных задач

ЗАДАЧА №1

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

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:

1. Предлежание плаценты с кровотечением.
2. 1) с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты; 2) с разрывом матки; 3) с разрывом варикозно-расширенных узлов вен влагалища; 4) с разрывом шейки матки; 5) с разрывом сосудов пуповины при оболочечном прикреплении
3. Влагалищное исследование при развернутой операционной, ультразвуковая фетоплацентометрия.
4. Беременность 37-38 недель. Предлежание плаценты с кровотечением. Поперечно-суженный таз I ст. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.
5. При влагалищном исследовании уточнить вид предлежания плаценты. При неполном предлежании - произвести амниотомию и вести роды консервативно, если прекратится кровотечение, в случае продолжающегося кровотечения - произвести операцию кесарево сечение. При выяснении полного (центрального) предлежания плаценты - показано кесарево сечение (абсолютное показание).

ЗАДАЧА №2

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

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

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

4.Тактика врача.

5.Профилактика кровотечений в родах?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:

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

ЗАДАЧА №3

Роженица 25 лет поступила в родильный дом для родоразрешения с начавшейся 5 часов тому назад родовой деятельностью. Схватки по 30-35 сек через 4-5 минут средней силы. В анамнезе у пациентки: детские инфекции, отставала в росте и развитии в детстве. Рост 154 см, вес 62 кг. За беременность прибавила 8,5 кг. Имеется «квадратный» череп, четкообразное утолщение в области ребер, искривление конечностей по типу genu varum. ВДМ - 38 см, ОЖ - 98 см. Живот остроконечной формы. Положение плода продольное, головка прижата к входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева ниже пупка. Размеры таза: 26-26-30-17,5 см. Ромб Михаэлиса: уплощение верхнего треугольника. При влагалищном исследовании определено открытие шейки матки 5 см. Головка плода над входом в малый таз. Мыс достигнут, диагональная конъюгата 10,5 см. Через 6 часов излились околоплодные воды, открытие шейки матки полное, родовая деятельность бурная. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Поведение роженицы крайне беспокойное. Контракционная борозда на уровне пупка, нижний сегмент матки резко болезнен при пальпации. Признаки Вастена и Цангемайстера положительные. Сердцебиение плода ухудшилось - глухое, ритмичное, 164 уд. в 1 мин с замедлением после каждой потуги до 90 уд. в 1 мин.

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:

1. При подготовке к родоразрешению – рентгенопельвиометрия, ультразвуковая фетометрия.
2. II период первых срочных родов. Плоскокрахитический таз I степень сужения. Клинически узкий таз. Угрожающий разрыв матки. Внутриутробная гипоксия плода.
3. Нарушения полового созревания девочки. Экстрагенитальные заболевания, алиментарно-метаболические расстройства и эндокринопатии.

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

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

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

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

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

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

Перечень практических навыков (умений), которые необходимо освоить студенту

1. Приемы наружного акушерского обследования.
2. Влагищное исследование. (на фантоме)
3. Пособия при головных предлежаниях при доношенной беременности. (на фантоме)
4. Пособие по Цовьянову при ножном предлежании. (на фантоме)
5. Пособие по Цовьянову при ягодичном предлежании. (на фантоме)
6. Классическое ручное пособие при тазовых предлежаниях. (на фантоме)
7. Экстракция плода за ножку. (на фантоме)
8. Классический внутренний поворот плода на ножку при поперечном положении плода. (на фантоме)
9. Демонстрация биомеханизма родов при переднем и заднем виде затылочного предлежания. (на фантоме)
10. Демонстрация биомеханизма родов при ягодичном предлежании. (на фантоме)
11. Осмотр последа. (на фантоме)
12. Осмотр родовых путей в раннем послеродовом периоде. (на фантоме)
13. Ручное отделение плаценты и выделение последа. (на фантоме)

14. Ручное контрольное обследование полости матки.(на фантоме)
15. Первичный туалет новорожденного. (на фантоме)
16. Реанимация новорожденного, родившегося в асфиксии. (на фантоме)
17. Определение срока беременности.
18. Диагностику 30-и недельной беременности.
19. Ведение медицинской документации беременных, рожениц и родильниц.
20. Оценка данных УЗИ и кардиотографии (КТГ) плода
21. Осмотр гинекологических больных.
22. Влагалищное одноручное исследование, влагалищно-брюшностеночное исследование. (на фантоме)
23. Осмотр стенок влагалища, влагалищной части шейки матки в зеркалах. (на фантоме)
24. Взятие мазков на гонококки, степень чистоты, атипические клетки и кольпоцитологическое исследование.(на фантоме)
25. Оценка данных УЗИ органов малого таза.
26. Оформление медицинской документации.

Критерии оценки выполнения практических навыков:
зачтено/не зачтено.

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

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

«хорошо» - при качественном выполнении работы, при некотором формальном отношении к оформлению текстовой части. Показаны хорошие практические умения: знает методику выполнения практических навыков недостаточно, применяет на практике тот или иной диагностический прием при проведении объективного исследования конкретного пациента, но с ошибками; планирует комплекс дополнительной диагностики в недостаточно полном объеме, допускает ошибки в формулировке диагноза (не соблюден приоритет заболеваний при формулировке или не соблюдена последовательность нозологий, относящихся к матери и плоду) или не владеет современными классификациями; недостаточно освещен вопрос дифференциального диагноза. Допускает несущественные ошибки в назначении плана лечения, недооценивает прогноз, недостаточно точно ориентируется в методах профилактики. Представлены, но с некоторыми неточностями вопросы экспертизы нетрудоспособности пациентки, реабилитации и профилактических мероприятий. Реферат содержит ряд ошибок в оформительской части,

неискажающие суть представленного доклада, в том числе при оформлении списка литературы.

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

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

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

По окончании IX семестра проводится экзамен. Промежуточная аттестация осуществляется по трехэтапной системе:

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

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

3-й этап – собеседование - решение ситуационных задач, предлагаются для решения 2 задачи, по модулям «Акушерство» и «Гинекология» (ознакомление с задачами проводится на практических занятиях, запланированных лекциях в конце IX семестра). Примеры ситуационных задач представлены в методических рекомендациях кафедры, в разделе кафедры акушерства и гинекологии на сайте Университета и на стенде кафедры на базе ГБУЗ ТО «Областной родильный дом».

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

2.1.1. Примеры заданий по практическим навыкам:

ЗАДАНИЕ 1. ПРОДЕМОНСТРИРУЙТЕ И ПОЯСНИТЕ ВЫПОЛНЕНИЕ ПРИЕМОВ НАРУЖНЕГО АКУШЕРСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

ЭТАЛОН ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ:

- 1.Первый прием: положение – справа от пациентки, лицом к лицу. Ладони обеих рук и кладутся на дно матки, пальцы рук сближаются.

2. Второй прием: положение – справа от пациентки, лицом к лицу. Обе руки со дна матки перемещают на боковые поверхности матки на уровне пупка. Пальпацию частей плода производят поочередно правой и левой рукой.
3. Третий прием: положение – справа от пациентки, лицом к лицу. Правая рука располагается над лоном на предлежащей части плода так, чтобы большой палец находился на одной стороне, а четыре остальных на другой стороне нижнего сегмента матки. Медленно пальцы погружают и обхватывают предлежащую часть.
4. Четвертый прием: положение – справа от пациентки, лицом к ее ногам. Ладони обеих рук располагают на нижнем сегменте матки справа и слева, кончики пальцев доходят до симфиза. Вытянутыми пальцами проникают вглубь по направлению к полости таза и определяют предлежащую часть и уровень ее стояния.

ЗАДАНИЕ 2. ПРОДЕМОНСТРИРУЙТЕ И ПОЯСНИТЕ ЭТАПЫ БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ

ЭТАЛОН ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ:

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

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

ЭТАЛОН ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ:

1. Первый момент. Для воспрепятствования преждевременному разгибанию головки левую руку расположить на лонном сочленении и прорезывающейся головке. При этом ладонные поверхности четырех пальцев левой руки располагаются на головке, бережно задерживая ее разгибание и быстрое продвижение по родовому каналу.
2. Второй момент. Правую руку ладонной поверхностью расположить на промежность таким образом, чтобы четыре пальца плотно прилегали к области левой, а отведенный палец – к области правой половой губы. Осторожно надавливая концами всех пальцев на мягкие ткани вдоль больших половых губ, низвести их книзу, уменьшая при этом ее напряжение.
3. Третий момент. После того как головка установилась теменными буграми в половой щели, а подзатылочная ямка подошла под лонное сочленение, роженице предложить глубоко и часто дышать открытым ртом. В это время обеими руками задержать продвижение головки до окончания потуги. После окончания, потуги правой рукой снять ткани с личика плода.левой же рукой в это время медленно поднять головку кпереди, разгибая ее.
4. Четвёртый момент. Ладонями захватить головку за височно-щечные области и осуществить тракции кзади до тех пор, пока треть переднего плечика не подойдет под лонное сочленение. После того как плечико подведено под лоно, левой рукой захватить головку, приподнимая ее вверх, а правой рукой сдвинуть ткани промежности с заднего плечика, выводя последнее.

Критерии оценки по этапу оценки практических навыков:

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

2.1.2. Примеры заданий в тестовой форме

1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ ОСНОВАНО НА:

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

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

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

3. АУСКУЛЬТАЦИЯ СЕРДЕЧНЫХ ТОНОВ ПЛОДА ВОЗМОЖНА СО СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ:

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

4. ДНО МАТКИ НА УРОВНЕ ЛОНА СООТВЕТСТВУЕТ СРОКУ БЕРЕМЕННОСТИ:

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

5. УЗИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ:

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

6. ВТОРОЙ ПРИЕМ ЛЕОПОЛЬДА-ЛЕВИЦКОГО ОПРЕДЕЛЯЕТ:

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:

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

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

менее 70% - «неудовлетворительно»

70-80% - "удовлетворительно"

81-95% - "хорошо"

96-100% - "отлично"

2.1.3. Примеры ситуационных задач

ЗАДАЧА №1

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

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:

1. Клинический анализ крови развернутый. Анализ крови биохимический: общий белок, мочеви́на, креатинин, общий билирубин, прямой билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза, общий холестерин. Коагулограмма - количество тромбоцитов, время свертывания, время кровотечения, агрегация тромбоцитов, активированное частичное тромбопластиновое время, фибриноген, определение протромбинового времени. Определение антител классов М, G к вирусу краснухи и токсоплазме в крови. Определение основных групп крови и резус-принадлежности, биохимический скрининг сывороточных маркеров: связанный с беременностью плазменный протеин А и свободная бета-субъединица хорионического гонадотропина, определение антител к бледной трепонеме, антител классов М, G к вирусу ВИЧ-1 и ВИЧ-2 в крови, антител классов М, G к антигену вирусного гепатита В и С в крови. Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк, микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на грибы рода кандида. Электрокардиография по назначению врача-терапевта. Анализ мочи.

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

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

ЗАДАЧА №2

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

Настоящая беременность – 1-я, протекала без особенностей.

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

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

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

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

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:

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

ЗАДАЧА №3

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

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

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

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:

1. II период II самопроизвольных родов в затылочном предлежании в 40 недель беременности.
2. «Головка большим сегментом» – это значит, что предлежащая головка своим наибольшим размером проходит плоскость входа в малый таз, при этом она занимает половину лона, половину крестцовой впадины и нижним полюсом достигает третьей плоскости малого таза (межостной линии).
3. а) сгибание головки
б) внутренний поворот головки
в) разгибание головки
г) внутренний поворот плечиков, наружный поворот головки
4. Малый родничок.
5. Определение высоты расположения головки плода наружными приемами или влагалищным исследованием. В начале второго периода, затем через 1 час, при появлении

потуг, далее каждые 15 минут. Выслушивание сердцебиения плода в течение 30 сек – 1 минуты в начале II периода родов каждые 15 минут, далее после каждой потуги.

6. Нормальные роды – это роды одним плодом в сроке 37 недель 1 день – 41 неделя беременности, которые начались спонтанно, имели низкий риск к началу, прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился в затылочном предлежании. В родах возможно применение амниотомии, использование спазмолитиков, проведение анальгезии. После родов родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

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

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

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

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

«неудовлетворительно» – не владеет теоретическим материалом и делает грубые ошибки при решении задачи, не может диагностировать заболевание и сформулировать клинический диагноз. Отсутствие ответа на дополнительные вопросы.

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

2.2.1. Примеры заданий по практическим навыкам:

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

ЭТАЛОН ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ:

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

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

ЭТАЛОН ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ:

1. Сложить пальцы рук в «кисть акушера»
2. Развести левой рукой половые губы роженицы
3. Ввести правую руку во влагалище

4. Показать положение руки, находящейся на передней брюшной стенке
5. Рукой, находящейся в полости матки, провести ревизию стенок матки
6. Руку, сложенную в «кисть акушера», вывести из матки

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

ЭТАЛОН ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ:

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

Критерии оценки по этапу оценки практических навыков:

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

2.2.2. Примеры заданий в тестовой форме

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

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

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

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

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

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

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

1. гипотония матки
2. перерастяжение матки
3. наличие миоматозных узлов
4. наличие добавочного рога

5. имбибиция стенки матки кровью

5. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО ПО ШКАЛЕ АПГАР НЕ ВКЛЮЧАЕТ:

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:

1 – 4; 2 – 6; 3 – 3; 4 – 5; 5 – 3.

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

менее 70% - «неудовлетворительно»

70-80% - "удовлетворительно"

81-95% - "хорошо"

96-100% - "отлично"

2.2.3. Примеры ситуационных задач:

ЗАДАЧА №1

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

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

1. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза.
2. Диагноз и его обоснование
3. В чём заключается врачебная тактика? Какой вид лицевого предлежания является показанием к кесареву сечению?
4. Перечислите виды асинклитических вставлений головки плода.
5. Основные особенности лапаротомии и техники операции в модификации Старка и Джоел-Кохена (Stark & Joel –Cohen).

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:

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

кации) и далее на кожу.

ЗАДАЧА №2

Беременная 29 лет, срок беременности 32 недели. В анамнезе гипертоническая болезнь и сахарный диабет у матери. Страдает хроническим пиелонефритом. Бесплодие в течение 10 лет, забеременела после индукции овуляции. Рост 160 см, вес 89 кг. При поступлении отеки голеней, кистей рук, АД 150/90 мм рт. ст., суточная протеинурия - 1 г/л, осадок мочи нормальный. По данным доплерометрии сосудов фето-плацентарного комплекса отмечено нарушение кровотока в маточной артерии на стороне плацентации. В условиях стационара начато лечение. Однако в течение 3-х дней отмечено увеличение АД до 160/100 – 170/110 мм рт. ст., суточная протеинурия составила 5 г/л, в осадке мочи – гиалиновые и зернистые цилиндры, появились генерализованные отеки.

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:

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

ЗАДАЧА №3

Больная Н., 32-х лет, с жалобами на ноющие боли внизу живота с иррадиацией по передней поверхности бедер. Менструации с 13 лет по 4-5 дней через 28 дней, последняя 9 дней назад. Половая жизнь с 27 лет без контрацепции, беременностей не было. Через 3 месяца от начала половой жизни перенесла сальпингоофорит, лечилась в стационаре, отмечает ежегодное обострение воспалительного процесса. Из анамнеза: в возрасте 25 лет после ангины был диагностирован пиелонефрит, находилась в нефрологическом отделении около 1 месяца. При поступлении: Т тела – 39°C, озноб, боли в нижнем отделе живота. Живот вздут, болезненный, с выраженным симптомом Щеткина-Блюмберга, в нижних отделах. Язык обложен белым налетом, суховат. Пульс – 120 уд/мин, А/Д – 105/60 мм рт. ст. При влагалищном исследовании: наружные половые органы без патологии. Влагалище нерожавшей. Шейка матки гиперемирована, из цервикального канала гнойвидные выделения. Придатки и матку определить не удается из-за болезненности. Задний свод резко болезненный. Выделения гнойвидные.

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

1. Диагноз.
2. Этиология заболевания.

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:

1. Пельвиоперитонит. Эндоцервицит, трихомонадный кольпит.
2. Этиологический фактор данного заболевания – смешанная инфекция, для современных пельвиоперитонитов и других воспалительных заболеваний женской половой системы характерно сочетание аэробной и анаэробной флоры, сочетание специфических и неспецифических возбудителей.
3. Пельвиоперитонит в гинекологии может быть специфическим и неспецифическим по этиологии, иметь открытую и закрытую формы.
4. В данном случае препарата цефалоспоринов и метронидазола. Возможно, местно введение антибиотика гентамицина при диагностической пункции брюшной полости через задний свод влагалища. Инфузионная терапия, десенсибилизирующие средства, нестероидные противовоспалительные препараты. Показанием для оперативного лечения является открытая форма пельвиоперитонита, разрыв яичника, наличие мешотчатой гнойной опухоли придатков матки, абсцесс дугласова пространства.
5. Профилактика воспалительных заболеваний женской половой системы заключается в половом воспитании женщины, использовании барьерной контрацепции, своевременной санации заболеваний нижнего отдела половых путей, профилактике аборт, соблюдении личной гигиены.

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

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

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

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

«неудовлетворительно» – не владеет теоретическим материалом и делает грубые ошибки при решении задачи, не может диагностировать заболевание и сформулировать клинический диагноз. Отсутствие ответа на дополнительные вопросы.

Итоговая оценка при промежуточной аттестации:

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

Фонды оценочных средств для проверки уровня сформированности компетенций по итогам освоения дисциплины для каждой формируемой компетенции создается в соответствии с образцом, приведенным в Приложении № 1.

IV. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

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

а). Основная литература:

1. Айламазян, Э.К. Акушерство : учебник / Э.К. Айламазян. – 10-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 767 с. – ISBN 978-5-9704-5168-7. – URL: <http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/106801/default>. – Текст : непосредственный.
2. Айламазян, Э. К. Акушерство : учебник / Э. К. Айламазян. - 10-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-6698-8. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466988.html> - Режим доступа : по подписке. - Текст : электронный.
3. Акушерство : учебник / Г. М. Савельева, Р. И. Шалина, Л. Г. Сичинава [и др.]. – 2-е изд. перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018 . – 573 с. - ISBN 978-5-9704-4392-7. – URL: <http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/105465/default>. Текст : непосредственный.
4. Акушерство: учебник / Г. М. Савельева, Р. И. Шалина, Л. Г. Сичинава[и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 576 с. - ISBN 978-5-9704-5324-7. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453247>. - Режим доступа : по подписке. – Текст : электронный.
5. Гинекология : учебник / ред. Г. М. Савельева, В. Г. Бреусенко. – 4-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 431 с. - ISBN 978-5-9704-4309-5. - URL: <http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/105530/default>. – Текст : непосредственный.
6. Гинекология : учебник / ред. Г. М. Савельева, В. Г. Бреусенко. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-7188-3. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970471883.html>. - Режим доступа : по подписке. – Текст : электронный.

б). Дополнительная литература:

1. Акушерство : национальное руководство / ред. Г. М. Савельева [и др.]. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019 . – 1078 с. - ISBN 978-5-9704-4916-5. - URL: <http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/106834/default>. – Текст : непосредственный.
2. Акушерство : национальное руководство / ред. Г. М. Савельева [и др.]- 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1080 с. - ISBN 978-5-9704-6632-2. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466322.html> - Режим доступа : по подписке. - Текст : электронный.
3. Гинекология : учебник / ред. В. Е. Радзинский, А. М. Фукс . – 2-е изд. перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 1098 с. - ISBN 978-5-9704-4413-9. – URL : <http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/106848/default>. – Текст : непосредственный.
4. Акушерство : учебник / под ред. В. Е. Радзинского, А. М. Фукса. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1056 с. - ISBN 978-5-9704-7201-9. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970472019.html>). - Режим доступа : по подписке. – Текст : электронный.
5. Акушерство и гинекология. Практические навыки и умения с фантомным курсом : учебное пособие / В. А. Каптильный, М. В. Беришвили, А. В. Мурашко ; под ред. А. И. Ищенко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 392 с. - ISBN 978-5-9704-6516-5. - URL :

<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465165.html> - Режим доступа : по подписке.
– Текст : электронный.

6. Акушерство и гинекология : клинические рекомендации / ред. Г. М. Савельева. – 4-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 1007 с. - ISBN 978-5-9704-5216-5. – URL : <http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/106847/default>. – Текст : непосредственный.

7. Гинекология : национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 1008 с. - ISBN 978-5-9704-6796-1. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970467961.html>

- Режим доступа : по подписке. – Текст : электронный.

8. Схемы лечения. Акушерство и гинекология / под ред. В. Н. Серова ; ред.-сост. И. И. Баранов. - 3-е изд., испр. и доп. - Москва : Литтерра, 2024. - 368 с. - ISBN 978-5-4235-0416-8. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423504168.html> (- Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный.

9. Серов, В. Н. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. / под ред. В. Н. Серова. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1024 с. - ISBN 978-5-9704-3976-0. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439760.html> - Режим доступа : по подписке. – Текст : электронный.

10. Клиническая фармакология. Акушерство. Гинекология. Бесплодный брак / под ред. В. Е. Радзинского, Е. В. Ших. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-6031-3. - URL :

<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460313.html>. - Режим доступа : по подписке. – Текст : электронный.

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

1. Акушерская клиника. Часть I. Физиологическое акушерство [Текст]: Учеб. пособие для студентов / под ред. Ю.В. Раскуратова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Тверь.: РИЦ Тверская ГМА, 2018. – 240 с.
2. Акушерская клиника. Часть II. Патологическое акушерство [Текст]: Учеб. пособие для студентов / под ред. Ю.В. Раскуратова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Тверь.: РИЦ Тверская ГМА, 2018. – 236 с.
3. Акушерская клиника. Часть III. Оперативное акушерство с фантомным курсом [Текст]: Учеб. пособие для студентов / под ред. Ю.В. Раскуратова. - Тверь.: РИЦ Тверская ГМА, 2012. – 31 с.: видеофильм (50 видеосюжетов).
4. Гинекологическая клиника. [Текст]: Учеб. пособие для студентов / под ред. Ю.В. Раскуратова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Тверь.: РИЦ Тверская ГМА, 2014. – 246 с.
5. Воспалительные заболевания женской половой системы: клиника, диагностика, лечение [Текст]: уч. – мет. пособие / Ю. В. Раскуратов, Г. А. Базанов – Тверь : Ред. – изд. центр Твер. гос. мед. акад., 2014. – 220с.
6. Эндокринология женской фертильности: учебно – метод. пособие / Ю. В. Раскуратов, А. Ю. Раскуратов. - Тверь : Ред. – изд. центр Твер. гос. мед. ун-та, 2019. – 199с.

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

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

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

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

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

Информационно-поисковая база Medline ([http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed));
База данных POLPRED (www.polpred.com);
Электронный библиотечный абонемент Центральной научной медицинской библиотеки Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова // <http://www.emll.ru/newlib/>;
Бесплатная электронная библиотека онлайн «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» // <http://window.edu.ru/>;
Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации // <https://minzdrav.gov.ru/>;
Российское образование. Федеральный образовательный портал. // <http://www.edu.ru/>;

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

4.1. Перечень лицензионного программного обеспечения:

1. Microsoft Office 2019:
 - Access 2019;
 - Excel 2019;
 - Outlook 2019;
 - PowerPoint 2019;
 - Word 2019;
 - Publisher 2019;
 - OneNote 2019.
2. Комплексные медицинские информационные системы «КМИС. Учебная версия» (редакция Standart) на базе IBM Lotus.
3. Программное обеспечение для тестирования обучающихся SUNRAV TestOffice-Pro.
4. Система дистанционного обучения Moodle.
5. Платформа Microsoft Teams, сервис Zoom для видеоконференций.

4.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС):

1. Электронно-библиотечная система «Консультант студента» (www.studmedlib.ru);
2. Справочно-информационная система MedBaseGeotar (mbasegeotar.ru)
3. Электронная библиотечная система «elibrary» (<https://www.elibrary.ru/>)

5. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины.

Приложение № 4

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

Приложение № 2

VI. Научно-исследовательская работа студента

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

VII. Сведения об обновлении рабочей программы дисциплины

Приложение № 3

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

ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациенты с целью установления диагноза

**Задания комбинированного типа с выбором верного ответа и обоснованием выбора
из предложенных**

Выберите один правильный ответ.

ЗАДАНИЕ 1 ЧЛЕНОРАСПОЛОЖЕНИЕМ ПЛОДА НАЗЫВАЕТСЯ:

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

Ответ: 3

Обоснование: членорасположение плода необходима для наименьшего объема плода в полости матки.

ЗАДАНИЕ 2. У ДЕВОЧЕК ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ПРОИЗВОДЯТ:

1. влагалищно-брюшностеночное исследование
2. ректально-брюшностеночное исследование
3. ректо-влагалищно-брюшностеночное исследование
4. все ответы правильные
5. правильного ответа нет

Ответ: 2

Обоснование: чтобы не нарушить целостность девственной плевы.

Задания закрытого типа на установление соответствия

ЗАДАНИЕ 1. В КАКОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ПРОВОДИТСЯ ИЗМЕРЕНИЕ РАЗМЕРОВ ТАЗА:

1	c. externa
2	d. cristarum
3	d. troxanterica
4	d. spinarum

Ответ:

4	2	3	1
---	---	---	---

ЗАДАНИЕ 2. ПЕРЕЧИСЛИТЕ СТАДИИ ОБОРТА:

1	начавшийся аборт
2	аборт в входе
3	угрожающий аборт
4.	полный аборт
5.	несостоявшийся аборт
6.	неполный аборт

Ответ:

3	1	2	6	4	5
---	---	---	---	---	---

Задания открытой формы

- Аборт это прерванные беременности до _____ нед.
 2. На какой день происходит овуляция фолликула _____.
 3. Срок доношенной беременности. _____ нед.

Контрольные вопросы и задания

1. Что понимается под термином «невынашивание беременности»?
2. в чем заключается профилактика респираторного дистресс-синдрома при недоношенной беременности?
3. Апоплексия яичника, Клинические формы.

Практико-ориентированные задания

Задание 1 Сформулируйте диагноз.

Беременная 28 лет в анамнезе 2 искусственных аборта. В сроке 35 нед. внезапно ночью появились кровянистые выделения из половых путей. Положение плода продольное. Головка высоко над входом в малый таз. Матка в нормотонусе, безболезненно при пальпации.

Эталон ответа: Беременность 35 нед. Предлежание плаценты с кровотечением.

Задание 2. В каком сроке беременности проводится 1 скрининг УЗИ и с какой целью.

Беременная 22 лет состоит на диспансерном учете в женской консультации с 7 нед. беременности. Соматически здорова. Менструальная функция не нарушена. Данная беременность I.

Эталон ответа: Первый скрининг УЗИ проводится с 11 до 14 нед. беременности с целью выявления вероятности рождения ребенка с хромосомными патологиями (13, 18 и 21).

Эталон ответа: декретный больничный выписывают в сроке 30 нед. У данной беременной 30 нед. -8.01.

Задание 3. В каком сроке беременности выдается декретный больничный.

Беременная 23 лет состоит на диспансерном учете с 8 нед. беременности. Соматически здорова. Менструальная функция с 12 лет, по 4 дня через 28 дней. Последняя менструация 6.06. Половая жизнь 22 лет.

Эталон ответа: декретный больничный выписывают в сроке 30 нед. У данной беременной 30 нед. -8.01.

Ситуационные (или Расчетные) задачи

ЗАДАЧА №1

П., 35 лет, поступила в роддом через 13 часов от начала родовой деятельности. Бесплодие в течение 12 лет. Беременность 1-ая, доношенная, протекала без осложнений. Рост 158 см, вес 88 кг. Размеры таза: 25-28-30-18 см. Окружность живота (ОЖ) 110 см, высота стояния матки (ВДМ - 40 см). Схватки через 5-7 мин, по 25-30 сек. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 126 уд в 1 мин. Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка матки сглажена, открытие маточного зева - 4 см, края тонкие, умеренно податливые. Плодный пузырь цел, умеренно наливается во время схватки. Предлежащая головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок слева. Костный таз не деформирован.

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

1. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза.
2. Диагноз и его обоснование
3. Факторы риска аномалий родовой деятельности.
4. Классификация аномалий родовой деятельности.
5. Дифференциальный диагноз.
6. Перечислите фазы партограммы, укажите скорость раскрытия шейки матки в каждую из них у первородящих женщин.
- 7.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:

1. Токография, ведение партограммы.

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

ЗАДАЧА №2

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

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

1-й период продолжался 4 часа. В связи с резким ухудшением состояния плода второй период родов укорочен эпизиотомией и операцией наложения выходных акушерских щипцов под наркозом. Проведено ручное отделение плаценты и выделение последа, контрольное обследование полости матки. Вместе с последом выделилось около 300 мл крови с рыхлыми сгустками. Матка цела, сократилась. После ушивания промежности, через 20 мин. после родов, родильница пожаловалась на чувство давления на прямую кишку и область промежности. При осмотре по левой стенке влагалища определяется тугоэластичное пульсирующее образование. Кровотечение из половых путей без сгустков, жидкая.

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:

1. Коагулограмма, тромбоэластограмма, экспресс-тест в пробирке.
2. Ранний послеродовый период. Раннее послеродовое кровотечение. Гематома стенки влагалища. ДВС-синдром, стадия гипокоагуляции.
3. Истощение прокоагуляционного потенциала крови. Относительное преобладание антикоагулянтов. Неконтролируемый системный тромболизис. Факторы риска: преэклампсия и ее осложнения, аномалии прикрепления плаценты, внутриутробные инфекции, заболевания сердечно-сосудистой системы, печени, почек, крови, эндокринопатии.
4. Гипотония и атония матки, травмы мягких родовых путей, дефект последа, нарушения системы гемостаза (врожденные, ДВС-синдром).

5. Дифференциальный диагноз проводится на основании клинической картины кровотечения, состояния матки, осмотра последа и мягких родовых путей, коагулологического исследования.
6. Маточный компонент, сосудистый и коагуляционный (внешний и внутренний путь).

ЗАДАЧА №3

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

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

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

Малая дексаметазоновая проба: исходное содержание тестостерона в крови – 2.5 нмоль/л, после пробы – 2.2 нмоль/л. Сахар крови – 4.4 ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы – 9.6 ммоль/л. УЗИ органов малого таза: Матка 60 х 54 х 47 мм. Эндометрий на 28 день цикла – 15 мм. Яичники: правый – 37 х 35 х 28 мм с множественными фолликулами диаметром от 6 до 14 мм; левый 38 х 32 х 28 мм с множественными фолликулами по периферии яичника диаметром от 10 до 16 мм. При выскабливании слизистой полости матки определена железистая гиперплазия эндометрия.

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:

1. Малая дексаметазоновая проба дала отрицательный результат, что исключает гиперандрогению надпочечникового генеза, для уточнения яичниковой гиперандрогении необходима проба с оральными комбинированными контрацептивами. Проба с нагрузкой глюкозой свидетельствует в пользу инсулинорезистентности, о чем косвенно можно думать и по соотношению окружности талии и бедер = $109/102 > 1.0$ (норма для

женщин до 0.85). Данные УЗИ характерны для синдрома поликистоза яичников и гиперплазии эндометрия.

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

ОПК-7

Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности

Задания комбинированного типа с выбором верного ответа и обоснованием выбора из предложенных

Выберите один правильный ответ.

ЗАДАНИЕ 1. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЙОДОДЕФИЦИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Левотироксин
2. Тиамазол
3. Пропилтиоурацил
4. Калия йодид

Ответ: 4

Обоснование: Дефицит йода может быть причиной развития узлового или диффузного увеличения щитовидной железы.

ЗАДАНИЕ 2. ПРИЗНАКАМИ ЭКЛАМПСИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) гипертензия
- 2) альбуминурия и отеки
- 3) диарея
- 4) судороги и кома

Ответ: 4

Обоснование: Судороги при эклампсии возникают в результате отека головного мозга.

ЗАДАНИЕ 3. НАЧАЛОМ РОДОВ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ:

1. опускание предлежащей части
2. отхождение околоплодных вод
3. стойкое повышение тонуса матки
4. развитие регулярных схваток

Ответ: 4

Обоснование: Сокращение мышц тела матки приводят раскрытию шейки матки.

Задания закрытого типа на установление соответствия

ЗАДАНИЕ 1. В КАКОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ПРОВОДИТСЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО ПО ШКАЛЕ АПГАР:

1	мышечный тонус
2	дыхание
3	рефлекторная возбудимость
4	частота сердцебиений

5.	окраска кожи
----	--------------

Ответ:

--	--	--	--	--

ЗАДАНИЕ 2. КАКОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИПАДОК СУДОРОГ (ЭКЛАМПСИИ):

1	период тонических судорог
2	вводный период
3	разрешение припадков
4	период клонических судорог

Ответ:

2	1	4	3
---	---	---	---

Задания открытой формы

1. Вид плода определяется по _____
2. II скрининг УЗИ во время беременности проводится _____
3. В гранулезных клетках фолликула синтезируется гормон _____

Контрольные вопросы и задания

1. Опишите особенности ведения I периода преждевременных родов.
2. Как используется сернокислый магний в терапии гестозов?
3. Назовите клинические стадии разрыва матки.
4. В чем заключается профилактика респираторного дистресс-синдрома при недоношенной беременности?
5. Назовите признаки перенашивания у плода.

Практико-ориентированные задания

ЗАДАНИЕ 1. 8. Сформулируйте диагноз.

У беременной при очередном посещении женскую консультацию в сроке 35 нед. отмечают высокое стояние дна матки. При пальпации ко входу в малый таз предлежит мягкая, крупная, не способная баллотировать часть плода, в дне матки – крупная, плотная, баллотирующая часть. Сердцебиение плода выслушивается слева, выше пупка.

Эталон ответа: Беременность 35 нед. Тазовое предлежание.

ЗАДАНИЕ 2. Сформулируйте диагноз. Какие признаки отделения плаценты описаны в клинической ситуации?

Роженица 27 лет находится в родильном зале, 10 минут назад через естественные родовые пути родился живой доношенный мальчик весом 3320г. После рождения плода проведена профилактика послеродового кровотечения внутримышечным введением 10 ЕД окситоцина в боковую поверхность бедра, пуповина пересечена через 1 минуту после рождения плода. При осмотре: матка отклонена вправо, дно располагается выше пупка; зажим, наложенный на пуповину у половой щели, опустился на 10 см.

Эталон ответа: III период самопроизвольных, своевременных родов. Признак Шреде-ра, признак Альфельда.

ЗАДАНИЕ 3. . Определите максимально допустимый объем физиологической кровопотери в родах.

Роженица 28 лет (вес 68 кг) находится в родильном зале, 10 минут назад через естественные родовые пути родился живой доношенный мальчик весом 3400г. После рождения плода проведена профилактика послеродового кровотечения внутримышечным введением 2 мл окситоцина, пуповина пересечена через 1 минуту после рождения плода.

Эталон ответа: объем физиологической кровопотери в родах составляет не более 0,5% от веса роженицы, но не более 500 мл. Вес роженицы 68 кг, значит, объем физиологической кровопотери составляет 340 мл.

Ситуационные (или Расчетные) задачи

ЗАДАЧА №1

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

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

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

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

1. Предварительный диагноз.

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:

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

ЗАДАЧА №2

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

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

Матка на уровне пупка, болезненная, мягкой консистенции. Лохии гнойно-кровянистые с запахом.

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:

1. Диагноз: Послеродовый период (7-й день). Акушерский перитонит. Сепсис в форме септицемии. Диагноз основывается на трех признаках: наличии первичного гнойного очага (послеродовая матка), высокой лихорадки с ознобами, обнаружении возбудителя в крови. Септицемия возникает у ослабленных родильниц не 3-4 сутки. В качестве возбудителя выступает Грамотрицательная флора: кишечная палочка, протей, реже - синегнойная палочка в сочетании с неспорообразующей анаэробной флорой.
2. Необходимо провести полное клиническое исследование по органам и системам, учитывая развитие полиорганной патологии. Проводятся посевы крови и мочи на флору и чувствительность к антибиотикам, биохимические исследования крови: билирубин, креатинин, мочевины, общий белок, ПТИ, фибриноген, электролиты плазмы (осмоляемость), АЛАТ, АсАТ, иммунограмма, гемостазиограмма.
3. Клинический анализ крови: Нв - 98 г/л, эритроциты - $2,8 \times 10^{12}$ /л, анизоцитоз, пойкилоцитоз, лейкоциты - $16,2 \times 10^9$ /л, миелоциты - 1, юные - 2, палочкоядерные - 10, сегментоядерные - 71, лимфоциты - 11, Моноциты - 3, СОЭ - 50 мм/ч, тромбоциты - 130×10^9 /л. Время кровотечения - 7 мин.
4. Высота стояния дна матки на 3 сутки физиологически протекающего послеродового периода составляет 9-10 см.
5. К возможным причинам септических осложнений у данной родильницы можно отнести отягощенный мед. абортами акушерский анамнез, патологическую (600 мл.) кровопотерю во время родов, ручное вхождение в матку во время операции; неадекватная оценка и восполнение кровопотери, не проводилась должная профилактика гнойно-септических заболеваний или имели место нарушения сан.-эпид. режима.
6. Сепсис с септиемией относятся к IV генерализованному этапу послеродовой гнойно-септической инфекции (по Сазонову-Бартельсу).
7. Этиотропная, десенсибилизирующая терапия; иммунокоррекция; УФО крови; дезинтоксикационная терапия: инфузионные средства; интенсивная терапия полиорганной недостаточности; удаление источника гнойной инфекции. Трехкомпонентная схема: бета-лактамы (амоксиклав), аминогликозид и химиотерапевтические средства (метронидазол, клиндамицин). Двухкомпонентная схема: цефалоспорины III поколения и аминогликозид: цефтриаксон с амикацином. Однокомпонентная схема: меропенем или имипенем, цефалоспорины IV поколения - цефпиром, цефепим.

8. Цель оперативного лечения - удаление гнойного очага (послеродовой матки) в объеме экстирпации матки с маточными трубами, т.к. сепсис, большие размеры матки, наличие гноя делают невозможным органосохраняющее лечение.

ЗАДАЧА №3

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

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

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

ВОПРОСЫ К ЗАДАЧЕ:

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:

1. I период первых самопроизвольных родов в затылочном предлежании в 38-39 недель. Дискоординированная родовая деятельность по типу гипертонуса нижнего сегмента матки и функциональной дистонии шейки матки. Юная первородящая.

Вид аномалии родовой деятельности установлен по данным гистерографии, партограммы.

2. Нарушению сократительной функции матки способствовали хронический стресс во время беременности и отсутствие подготовки к родам.

3. В плане родов – седативная, спазмолитическая терапия, медикоментозный сон-отдых, для улучшения маточно-плацентарного кровотока – β-адреномиметиками, перидуральная анестезия.

4. а) латентная фаза (до 4 см); б) фаза ускорения (4 - 8 см); в) фаза замедления (до полного раскрытия шейки матки).

5. В латентной фазе сглаживание и раскрытие шейки матки от 0.3 до 0.5 см/час, в фазе ускорения от 1.5 см до 2.0 см/ч, в фазе замедления от 1.0 до 1.5 см/ч.

6. Правило двух часов означает, что во втором периоде родов предлежащая часть не должна находиться в одной плоскости более 2-х часов и продолжительность 2-го периода не должна превышать 2-х часов.

7. Психологическая поддержка во время беременности и в родах способствует формированию и функционированию матриц репродуктивного поведения, формирует доминанту родов и благоприятное течение родового процесса.
8. У юных первородящих роды чаще осложняются аномалиями родовой деятельности и акушерскими кровотечениям.

Справка

о материально-техническом обеспечении рабочей программы дисциплины
Акушерство и гинекология

(название дисциплины, модуля, практики)

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

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

**Лист регистрации изменений и дополнений на 2025/2026 учебный год
в рабочую программу дисциплины (модуля, практики)**

Акушерство и гинекология

(название дисциплины, модуля, практики)

для обучающихся 4, 5 курса,

специальность 31.05.02 Педиатрия

форма обучения: очная

Изменения и дополнения в рабочую программу дисциплины рассмотрены на
заседании кафедры «29» апреля 2025 г. (протокол №8)

Зав. кафедрой _____ Стольникова И.И.

подпись

Содержание изменений и дополнений

№ п/ п	Раз- дел, пункт, номер стра- ницы, абзац	Старый текст	Новый текст	Коммен- тарий

Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины:

1. Акушерская клиника. Часть I. Физиологическое акушерство [Текст]: Учеб. пособие для студентов / под ред. Ю.В. Раскуратова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Тверь.: РИЦ Тверская ГМА, 2018. – 240 с.
2. Акушерская клиника. Часть II. Патологическое акушерство [Текст]: Учеб. пособие для студентов / под ред. Ю.В. Раскуратова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Тверь.: РИЦ Тверская ГМА, 2018. – 236 с.
3. Акушерская клиника. Часть III. Оперативное акушерство с фантомным курсом [Текст]: Учеб. пособие для студентов / под ред. Ю.В. Раскуратова. - Тверь.: РИЦ Тверская ГМА, 2012. – 31 с.: видеофильм (50 видеосюжетов).
4. Гинекологическая клиника. [Текст]: Учеб. пособие для студентов / под ред. Ю.В. Раскуратова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Тверь.: РИЦ Тверская ГМА, 2014. – 246 с.
5. Воспалительные заболевания женской половой системы: клиника, диагностика, лечение [Текст]: Учебно-метод. пособие / под ред. Ю.В. Раскуратова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Тверь.: РИЦ Тверской ГМУ, 2014. – 220 с.
6. Эндокринология женской фертильности: учебно –метод. пособие / Ю. В. Раскуратов, А. Ю. Раскуратов. - Тверь : Ред. – изд. центр Твер. гос. мед.ун-та,2019. – 199с.
7. Схема учебной истории родов и схема истории гинекологической больной, используемой для курации беременных и больных студентами IV и V курсов лечебного и педиатрического факультетов. – Тверь. Тверская ГМА, 2011. – 11 с.
(<http://tvgm.ru/kaf/p1081/docs/>).