

**ООО «Национальный технологический центр ДАНОР»
(ООО «НТЦ ДАНОР»)**

СОГЛАСОВАНО

Главный врач

ООО «ЕвроМедХолдинг»


В.Б. Орловский

(подпись)

«_____» 2018 г.

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор

ООО «НТЦ ДАНОР»


В.А. Соболев

(подпись)

«_____» 2018 г.

ПРОГРАММА

ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

«АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»

г. Одинцово - 2018

профессиональной деятельности; повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации по специальности «Акушерство и гинекология»

2. Планируемые результаты освоения программы -

2.1. Совершенствуемые компетенции

№ п/п	Компетенция	Специальность 31.08.01 Акушерство и гинекология
		Код компетенции
1.	готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	ПК-2
2.	готовностью к ведению, родовспоможению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании акушерско-гинекологической медицинской помощи	ПК6
3.	готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	ПК8

2.2. Планируемые результаты обучения

№ п/п	Знать	Специальность 31.08.01 Акушерство и гинекология
		Код компетенции
1.	Принципы и особенности оздоровительных мероприятий среди пациентов в период беременности, в послеродовой период, с гинекологическими заболеваниями. Порядок организации медицинских осмотров, проведения диспансеризации и диспансерного наблюдения девочек и женщин в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Методы скрининга онкологических заболеваний в гинекологии и вакцинопрофилактики ВПЧ-инфекции. Современные методы профилактики абортов, современные методы контрацепции.	ПК-2
2.	Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология». Стандарты первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология». Основы топографической анатомии областей тела, в том числе, передней брюшной стенки и брюшной полости, забрюшинного пространства, органов малого таза, урогенитальной области, молочных желез в норме и при патологии у девочек и женщин с учетом возраста. Этиология, патогенез, современная классификация, факторы риска, клиническая симптоматика, методы диагностики акушерских осложнений, в том числе неотложных состояний в период беременности, родов и в послеродовом периоде. Симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, которые могут возникнуть в результате диагностических мероприятий у пациентов.	ПК6
3.	Принципы профилактики и лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных, возникших в результате манипуляций и оперативных вмешательств, применения лекарственных препаратов и/или медицинских изделий, немедикаментозного лечения, пациентам. Медицинские показания для направления пациентов для оказания специализированной, в том числе	ПК8

	высокотехнологической акушерско-гинекологической медицинской помощи, в условиях стационара или дневного стационара.	
№ п/п	Уметь	
1.	Проводить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни у девочек и женщин, по профилактике аборт, акушерских осложнений, гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез. Организовывать и проводить профилактические осмотры девочек и женщин, а также иные мероприятия по профилактике и раннему выявлению акушерских осложнений, гинекологических заболеваний и заболеваний молочных желез. Проводить диспансеризации девочек и женщин с целью определения групп наблюдения по итогам диспансеризации.	ПК-2
2.	Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациентов (их законных представителей). Владеть методами осмотров и обследований пациентов с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей. Обосновывать и планировать объем лабораторных исследований пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Интерпретировать и анализировать результаты инструментальных исследований пациентов. Интерпретировать и анализировать результаты инструментальных исследований пациентов. Назначать и выполнять диагностические манипуляции пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи. Проводить дифференциальную диагностику между акушерскими осложнениями, между гинекологическими заболеваниями и между заболеваниями молочных желез, используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) в соответствии с МКБ.	ПК6
3.	Назначать, оценивать эффективность и безопасность лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозного лечения пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи. Проводить профилактику и лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате лечебных манипуляций и оперативных вмешательств, применения лекарственных препаратов и/или медицинских изделий, немедикаментозного лечения, пациентам.	ПК8

3. Требования к уровню подготовки поступающего на обучение - программа обучения предназначена для врачей-акушеров-гинекологов стационаров, диспансеров и лечебно-профилактических учреждений.

4. Трудоемкость обучения – 150 академических часов: занятия лекционного типа (48 ак.ч.), практические (интерактивные) занятия, в том числе с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий (68 ак.ч.), самостоятельная работа слушателей (30 ак.ч.), итоговая аттестация (12 ак.ч.).

Для всех видов аудиторных занятий академический час устанавливается продолжительностью 45 минут. Допускается проведение занятий без перерыва по 90 минут.

5. Учебный план

Наименование раздела, дисциплин (модулей)	Трудоемкость, час.	По учебному плану с использованием дистанционных образовательных технологий, час.								СРС, час.	Текущий контроль (при наличии)			Промежу- точная аттестация	
		Аудиторные занятия, час.				Дистанционные занятия, час.					РК, РГР, реф-т	КР	КП	Зачет	Экза- мен
		всего	из них			всего	из них								
			лекции	лаб. работы	прак., семинар. занятия		лекции	лаб. работы	прак. зан., семинары						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	13	14
1. Основные методы обследования в акушерстве и гинекологии	16					12	6		6	4				(Д)	
2. Экстрагенитальные заболевания	28					24	10		14	4				(Д)	
3. Эндокринология в акушерстве и гинекологии	30					26	10		16	4				(Д)	
4. Воспалительные заболевания и септическая инфекция в акушерстве и гинекологии	34					28	12		16	6				(Д)	
5. Патологическое и оперативное акушерство	30					26	10		16	4				(Д)	
Итоговая аттестация	12									8					(Д)
Итого	150					116	48		68	30					

6. Учебно-тематический план

№ п/п	Наименование раздела, дисциплин (модулей)	Трудоемкость, час	Всего, ауд. час.	В том числе		
				лекции	лаборат. занятия	практич., семинар. занятия
1	Основные методы обследования в акушерстве и гинекологии	16	12	6		6
2	Экстрагенитальные заболевания	28	24	10		14
3	Эндокринология в акушерстве и гинекологии	30	26	10		16
4	Воспалительные заболевания и септическая инфекция в акушерстве и гинекологии	34	28	12		16
5	Патологическое и оперативное акушерство	30	26	10		16
6	Итоговая аттестация	12				
Итого		150	116			

7.1 Рабочая программа учебной дисциплины (модуля) «Оказание терапевтической помощи: организационно-аналитическая деятельность» (16 ак.ч.).

Вопросы, раскрывающие содержание темы:

Физиология беременности и родов. Оплодотворение и внутриутробное развитие плода. Анатомо-физиологические изменения в организме во время беременности. Нормальные роды. Послеродовой период. Физиология и психология послеродового периода. Клинические и лабораторные методы исследования. Электрофизиологические методы исследования матери и плода. Ультразвуковые методы исследования. Эндоскопические методы исследования.

Перечень лабораторных работ и практических (семинарских) занятий

№ темы	Наименование лабораторных работ	Наименование практических (семинарских) занятий
1		<p><u>Основные методы обследования в акушерстве и гинекологии.</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Основные клинические методы обследования в акушерстве и гинекологии. 2. Значение сбора анамнеза. Объективные методы (общий осмотр, исследование органов и систем – влагалищное исследование). 3. Специальное акушерское исследование. Диагностика беременности (вероятные и достоверные признаки беременности). Определение предполагаемой массы плода (по Якубовой, по Жордания, по методу Ланковица). 4. Определение основных и дополнительных размеров таза. 5. Особенности показателей периферической крови (гематокрит, эритроциты, гемоглобин) у беременных в динамике гестации. 6. Клинические анализы и их изменения при акушерско-гинекологической патологии. 7. Особенности свертывающей системы крови при физиологической беременности. 8. Определение специфических плацентарных и фетальных гормонов и белков: хорионический гонадотропин человека, альфа-фетопротеин, трофобластический бетагликопротеин, плацентарный лактоген, альфа-2-микроглобулин фертильности, плацентарный альфа-1-микроглобулин, эстриол (общие данные, методы исследования, нормальные величины, диагностическое значение). 9. Диагностическое значение определения отдельных показателей белкового, углеводного и липидного обменов. Некоторые показатели пигментного обмена.

		10. Электролитный состав плазмы. Витамины. 11. Биохимические лабораторные тесты и злокачественные новообразования (опухолевые маркеры). 12. Новые методы исследования гормонального профиля
--	--	---

7.1.1. Материально-технические условия

Наименование специализированных учебных помещений	Вид занятий	Наименование оборудования, программного обеспечения
Аудитория для проведения лекционных занятий	Занятия лекционного типа	Проектор Optoma, экран настенный Lumien, стулья, столы, моноблок HP 200 G3 с выходом в интернет, ПО Office, Windows, СПС Консультант Плюс
Аудитория для проведения практических (семинарских) занятий	Занятий практического (семинарского) типа	Проектор Optoma, экран настенный Lumien, стулья, столы, ПО Office, Windows, моноблок HP 200 G3 и персональные компьютеры с выходом в интернет, гинекологический набор «Юнона», набор хирургических инструментов, бактерицидный рециркулятор, аппарат ультразвуковой диагностический, стетоскоп, лампы операционные и смотровые, кресло гинекологическое, набор изделий гинекологических для забора отделяемого шейки матки и влагалища одноразовый стерильный

7.1.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение

Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 03.08.2018) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // СПС Консультант Плюс

Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 №543н (ред. от 30.09.2015) «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» // СПС Консультант Плюс

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 01.11.2012 г. №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» // СПС Консультант Плюс

Акушерство и гинекология: конспект лекций – Режим доступа: <https://studfiles.net/preview/6853674/>

Гинекология: учебник / Б.И. Баисова и др.; под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 432 с. – Режим доступа: <https://studfiles.net/preview/4311393/>

Ильин А.А. Акушерство и гинекология. Конспект лекций. – Режим доступа: https://www.bookol.ru/nauka_obrazovanie/meditsina/165743/fulltext.htm

Костючек Д.Ф. Акушерство и гинекология. Краткое пособие по практическим умениям. – Режим доступа: <http://www.medliter.ru/?page=get&id=013463>

Клиффорд Р. Уиллс. Атлас оперативной гинекологии. – Режим доступа: <http://www.medliter.ru/?page=get&id=013466>

Кулаков В.И., Серов В.Н. Лекарственные средства, применяемые в акушерстве и гинекологии. – Режим доступа: <http://www.medliter.ru/?page=get&id=013488>

Малевич К.И., Русакевич П.С. Лечение и реабилитация при гинекологических заболеваниях. – Режим доступа: <http://www.medliter.ru/?page=get&id=013492>

Материалы официального сайта Министерства здравоохранения Российской Федерации - <https://www.rosminzdrav.ru/>

Материалы официального сайта Министерства здравоохранения Московской области - <http://mz.mosreg.ru/>

Информационно-справочные и поисковые системы: <http://www.medline.ru/>, <http://www.medlinks.ru/>, <http://www.eyenews.ru/>, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>, <http://elibrary.ru/>

7.1.3. Организационно-педагогические условия

Реализация дополнительной профессиональной программы – программы повышения квалификации «Акушерство и гинекология» обеспечивается посредством привлечения ведущих специалистов в данной области. Рабочее время преподавателей, осуществляющих проведение занятий исчисляется в соответствии с расписанием занятий.

Для методического руководства приказом генерального директора ООО «НМЦ ДАНОР» назначается руководитель программы. Руководитель программы несет ответственность за организацию и осуществление образовательной деятельности, формирует преподавательский состав, составляет смету и расчет стоимости образовательной услуги на одного слушателя.

7.2. Рабочая программа учебной дисциплины (модуля) «Экстрагенитальные заболевания» (28 ак.ч.)

Вопросы, раскрывающие содержание темы:

Беременность и заболевания сердечно-сосудистой системы. Приобретенные и врожденные пороки сердца. Гипертоническая и гипотоническая болезнь и беременность. Акушерская тактика при абсолютных противопоказаниях для беременности у больных пороками сердца. Беременность и заболевания органов дыхания. Бронхиальная астма. Беременность и заболевания желудочно-кишечного тракта и печени. Гастроэзофагиальная рефлюксная болезнь и язвенная болезнь. Беременность и заболевания почек и органов мочевого выделения (пиелонефрит, мочекаменная болезнь, гломерулонефрит, единственная почка). Гломерулонефрит и беременность. Диагностика и лечение гломерулонефрита у беременных. Мочекаменная болезнь и беременность. Острые хирургические заболевания органов брюшной полости у беременных.

Перечень лабораторных работ и практических (семинарских) занятий

№ темы	Наименование лабораторных работ	Наименование практических (семинарских) занятий
		<u>Экстрагенитальные заболевания.</u> 1. Гемодинамика во время беременности, во время родов и послеродовом периоде. 2. Общие принципы ведения беременности и родов при сердечно-сосудистых заболеваниях. 3. Ведение беременности при отдельных заболеваниях сердца. 4. Врожденные пороки. Дефект межпредсердной перегородки. Дефект межжелудочковой перегородки. Открытый артериальный проток. Коарктация аорты. Тетрада Фалло. Аортальный стеноз. Стеноз клапана легочной артерии. Синдром Марфана. Синдром Эйзенменгера. 5. Приобретенные пороки. Митральный стеноз. Дилатационная кардиомиопатия. Первичная легочная гипертензия. ИБС. 6. Эпидемиология. Классификация. Стадии артериальной гипертензии (ВОЗ). Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика 7. Принципы лечения АГ. Особенности терапии АГ при беременности. 8. Беременность и артериальная гипотония. Эпидемиология. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Профилактика

		<p>9. Особенности ведения беременных женщин в женской консультации с гипертонической и гипотонической болезнью.</p> <p>10. Физиологические изменения МВС во время беременности</p> <p>Анатомия почек и мочевых путей.</p> <p>11. Диагностика заболеваний почек и мочевыводящих путей.</p> <p>12. Инфекция мочевых путей. Бессимптомная бактериурия. Острый пиелонефрит. Лечение. Профилактика.</p> <p>13. Мочекаменная болезнь. Лечение. Профилактика.</p> <p>14. Пороки развития почек и мочевых путей. Лечение. Профилактика.</p> <p>15. Беременность на фоне болезней почек. Гломерулонефрит.</p> <p>16. Поражение почек при системных заболеваниях. Системная красная волчанка, сахарный диабет, артериальная гипертензия, серповидноклеточная анемия.</p> <p>17. Острая почечная недостаточность.</p> <p>18. Беременность на фоне трансплантации почки</p>
--	--	---

7.2.1 Материально-технические условия

Наименование специализированных учебных помещений	Вид занятий	Наименование оборудования, программного обеспечения
Аудитория для проведения лекционных занятий	Занятия лекционного типа	Проектор Optoma, экран настенный Lumien, стулья, столы, моноблок HP 200 G3 с выходом в интернет, ПО Office, Windows, СПС Консультант Плюс
Аудитория для проведения семинарских занятий	Занятия практического, семинарского типа	Проектор Optoma, экран настенный Lumien, стулья, столы, ПО Office, Windows, моноблок HP 200 G3 и персональные компьютеры с выходом в интернет, гинекологический набор «Юнона», набор хирургических инструментов, бактерицидный рециркулятор, аппарат ультразвуковой диагностический, стетоскоп, лампы операционные и смотровые, кресло гинекологическое, набор изделий гинекологических для забора отделяемого шейки матки и влагалища одноразовый стерильный

7.2.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 01.11.2012 г. №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» // СПС Консультант Плюс

Акушерство и гинекология: конспект лекций – Режим доступа: <https://studfiles.net/preview/6853674/>

Гинекология: учебник / Б.И. Баисова и др.; под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 432 с. – Режим доступа: <https://studfiles.net/preview/4311393/>

Ильин А.А. Акушерство и гинекология. Конспект лекций. – Режим доступа: https://www.bookol.ru/nauka_obrazovanie/meditsina/165743/fulltext.htm

Костючек Д.Ф. Акушерство и гинекология. Краткое пособие по практическим умениям. – Режим доступа: <http://www.medliter.ru/?page=get&id=013463>

Клиффорд Р. Уиллс. Атлас оперативной гинекологии. – Режим доступа: <http://www.medliter.ru/?page=get&id=013466>

Кулаков В.И., Серов В.Н. Лекарственные средства, применяемые в акушерстве и гинекологии. – Режим доступа: <http://www.medliter.ru/?page=get&id=013488>

Малевич К.И., Русакевич П.С. Лечение и реабилитация при гинекологических заболеваниях. – Режим доступа: <http://www.medliter.ru/?page=get&id=013492>

Материалы официального сайта Министерства здравоохранения Российской Федерации - <https://www.rosminzdrav.ru/>

Материалы официального сайта Министерства здравоохранения Московской области - <http://mz.mosreg.ru/>

Информационно-справочные и поисковые системы: <http://www.medline.ru/>, <http://www.medlinks.ru/>, <http://www.eyenews.ru/>, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>, <http://elibrary.ru/>

7.2.3. Организационно-педагогические условия

Реализация дополнительной профессиональной программы повышения квалификации «Акушерство и гинекология» обеспечивается посредством привлечения ведущих специалистов в данной области. Рабочее время преподавателей, осуществляющих проведение занятий исчисляется в соответствии с расписанием занятий.

Для методического руководства приказом генерального директора ООО «НМЦ ДАНОР» назначается руководитель программы. Руководитель программы несет ответственность за организацию и осуществление образовательной деятельности, формирует преподавательский состав, составляет смету и расчет стоимости образовательной услуги на одного слушателя.

7.3. Рабочая программа учебной дисциплины (модуля) «Эндокринология в акушерстве и гинекологии» (30 ак.ч.)

Вопросы, раскрывающие содержание темы:

Сахарный диабет и беременность. Заболевания щитовидной железы и беременность. Беременность и заболевания крови. Беременность и ожирение. Анемия беременных (железодефицитная). Беременность и инфекционные заболевания. TORCH -инфекция. Особенности лекарственной терапии соматических заболеваний во время беременности (влияние на плод, фармакокинетика и фармакодинамика во время беременности). Фармакотерапия и лактация. Нейрогуморальная регуляция репродуктивной системы в репродуктивном возрасте. Расстройство менструальной функции в подростковом возрасте. Расстройство менструальной функции в репродуктивном возрасте. Нейроэндокринные гинекологические синдромы: транзиторный дизэнцефальный синдром. Нейроэндокринные гинекологические синдромы: гиперандрогения. Нейроэндокринные гинекологические синдромы: климактерический синдром.

Перечень лабораторных работ и практических (семинарских) занятий

№ темы	Наименование лабораторных работ	Наименование практических (семинарских) занятий
		<u>Эндокринология в акушерстве и гинекологии</u> 1. Гестационный сахарный диабет: ИЗСД, ИНСД 2. Этиология, патогенез, клиника. 3. Течение беременности и родов. 4. Особенности в/у развития плода. 5. Перинатальные осложнения 6. Принципы терапии 7. Родоразрешение. 8. Реабилитация матери и ребенка 9. Оценка лабораторных методов диагностики. 10. Оценка данных ультразвуковых методов 11. Классификация заболеваний щитовидной железы. 12. Скрининг и первичная профилактика.

		13.Диагностика. Клиническая картина. — Гипотиреоз. — Гипертиреоз. — Тиреоидиты. Лабораторно-инструментальные исследования. Лечение.
--	--	---

7.3.1 Материально-технические условия

Наименование специализированных учебных помещений	Вид занятий	Наименование оборудования, программного обеспечения
Аудитория для проведения лекционных занятий	Занятия лекционного типа	Проектор Optoma, экран настенный Lumien, стулья, столы, моноблок HP 200 G3 с выходом в интернет, ПО Office, Windows, СПС Консультант Плюс
Аудитория для проведения семинарских занятий	Занятия практического, семинарского типа	Проектор Optoma, экран настенный Lumien, стулья, столы, ПО Office, Windows, моноблок HP 200 G3 и персональные компьютеры с выходом в интернет, гинекологический набор «Юнона», набор хирургических инструментов, бактерицидный рециркулятор, аппарат ультразвуковой диагностический, стетоскоп, лампы операционные и смотровые, кресло гинекологическое, набор изделий гинекологических для забора отделяемого шейки матки и влагалища одноразовый стерильный

7.3.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 01.11.2012 г. №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» // СПС Консультант Плюс

Акушерство и гинекология: конспект лекций – Режим доступа: <https://studfiles.net/preview/6853674/>

Гинекология: учебник / Б.И. Баисова и др.; под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 432 с. – Режим доступа: <https://studfiles.net/preview/4311393/>

Ильин А.А. Акушерство и гинекология. Конспект лекций. – Режим доступа: https://www.bookol.ru/nauka_obrazovanie/meditsina/165743/fulltext.htm

Костючек Д.Ф. Акушерство и гинекология. Краткое пособие по практическим умениям. – Режим доступа: <http://www.medliter.ru/?page=get&id=013463>

Клиффорд Р. Уиллс. Атлас оперативной гинекологии. – Режим доступа: <http://www.medliter.ru/?page=get&id=013466>

Кулаков В.И., Серов В.Н. Лекарственные средства, применяемые в акушерстве и гинекологии. – Режим доступа: <http://www.medliter.ru/?page=get&id=013488>

Малевиц К.И., Русакевич П.С. Лечение и реабилитация при гинекологических заболеваниях. – Режим доступа: <http://www.medliter.ru/?page=get&id=013492>

Материалы официального сайта Министерства здравоохранения Российской Федерации - <https://www.rosminzdrav.ru/>

Материалы официального сайта Министерства здравоохранения Московской области - <http://mz.mosreg.ru/>

Информационно-справочные и поисковые системы: <http://www.medline.ru/>, <http://www.medlinks.ru/>, <http://www.eyenews.ru/>, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>, <http://elibrary.ru/>

7.3.3. Организационно-педагогические условия

Реализация дополнительной профессиональной программы повышения квалификации «Акушерство и гинекология» обеспечивается посредством привлечения ведущих специалистов в данной области. Рабочее время преподавателей, осуществляющих проведение занятий исчисляется в соответствии с расписанием занятий.

Для методического руководства приказом генерального директора ООО «НМЦ ДАНОР» назначается руководитель программы. Руководитель программы несет ответственность за организацию и осуществление образовательной деятельности, формирует преподавательский состав, составляет смету и расчет стоимости образовательной услуги на одного слушателя.

7.4. Рабочая программа учебной дисциплины (модуля) «Воспалительные заболевания и септическая инфекция в акушерстве и гинекологии» (34 ак.ч.)

Вопросы, раскрывающие содержание темы:

Септические заболевания в акушерстве. Воспалительные заболевания половых органов (неспецифические). Септические воспалительные заболевания в гинекологии. Лактационные маститы. Острый живот при кровотечении в брюшную полость. Острый живот при воспалении половых органов. Острый живот при нарушении кровоснабжения органов малого таза и опухолей.

Перечень лабораторных работ и практических (семинарских) занятий

№ темы	Наименование лабораторных работ	Наименование практических (семинарских) занятий
		<u>Воспалительные заболевания и септическая инфекция в акушерстве и гинекологии</u> 1. Понятие, этиология и патогенез инфекционных заболеваний у беременных женщин. 2. Основные пути распространения внутриутробной инфекции. 3. Алгоритм обследования беременных женщин для выявления инфицирования, выделение пациенток группы риска по внутриутробному инфицированию плода. 4. Лабораторные методы обследования беременных: вирусологический, цитологический, сероиммунологический метод, метод определения вирусного генома, метод выделения культуры возбудителя. 5. Основные виды возбудителей внутриутробного инфицирования: сифилис, гонококковая инфекция, хламидиоз, уреаплазмоз, листериоз, стрептококковая инфекция, бактериальный вагиноз, цитомегаловирусная инфекция, герпес, грипп, вирусные гепатиты, эпидемический паротит, корь, краснуха, токсоплазмоз, вирус Эпштейн-Барр, ветряная оспа, папилломавирусная инфекция, туберкулез, ВИЧ-инфекция. 6. Клинические проявления. 7. Принципы лечения и профилактики внутриутробного инфицирования. 8. Прогноз для матери и плода.

7.4.1 Материально-технические условия

Наименование специализированных учебных помещений	Вид занятий	Наименование оборудования, программного обеспечения
Аудитория для проведения лекционных занятий	Занятия лекционного типа	Проектор Optoma, экран настенный Lumien, стулья, столы, моноблок HP 200 G3 с выходом в интернет, ПО Office, Windows, СПС Консультант Плюс

Аудитория для проведения семинарских занятий	Занятия практического, семинарского типа	
--	--	--

7.4.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 01.11.2012 г. №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» // СПС Консультант Плюс

Акушерство и гинекология: конспект лекций – Режим доступа: <https://studfiles.net/preview/6853674/>

Гинекология: учебник / Б.И. Баисова и др.; под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 432 с. – Режим доступа: <https://studfiles.net/preview/4311393/>

Ильин А.А. Акушерство и гинекология. Конспект лекций. – Режим доступа: https://www.bookol.ru/nauka_obrazovanie/meditsina/165743/fulltext.htm

Костючек Д.Ф. Акушерство и гинекология. Краткое пособие по практическим умениям. – Режим доступа: <http://www.medliter.ru/?page=get&id=013463>

Клиффорд Р. Уилисс. Атлас оперативной гинекологии. – Режим доступа: <http://www.medliter.ru/?page=get&id=013466>

Кулаков В.И., Серов В.Н. Лекарственные средства, применяемые в акушерстве и гинекологии. – Режим доступа: <http://www.medliter.ru/?page=get&id=013488>

Малевич К.И., Русакевич П.С. Лечение и реабилитация при гинекологических заболеваниях. – Режим доступа: <http://www.medliter.ru/?page=get&id=013492>

Материалы официального сайта Министерства здравоохранения Российской Федерации - <https://www.rosminzdrav.ru/>

Материалы официального сайта Министерства здравоохранения Московской области - <http://mz.mosreg.ru/>

Информационно-справочные и поисковые системы: <http://www.medline.ru/>, <http://www.medlinks.ru/>, <http://www.eyenews.ru/>, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>, <http://elibrary.ru/>

7.4.3. Организационно-педагогические условия

Реализация дополнительной профессиональной программы повышения квалификации «Акушерство и гинекология» обеспечивается посредством привлечения ведущих специалистов в данной области. Рабочее время преподавателей, осуществляющих проведение занятий исчисляется в соответствии с расписанием занятий.

Для методического руководства приказом генерального директора ООО «НМЦ ДАНОР» назначается руководитель программы. Руководитель программы несет ответственность за организацию и осуществление образовательной деятельности, формирует преподавательский состав, составляет смету и расчет стоимости образовательной услуги на одного слушателя.

7.5. Рабочая программа учебной дисциплины (модуля) «Патологическое и оперативное акушерство» (30 ак.ч.)

Вопросы, раскрывающие содержание темы:

Предоперационная подготовка. Операции на матке. Операции на придатках матки. Методы оперативного лечения при ретродевиациях, опущении стенок влагалища, выпадении и матки. Интенсивная терапия и профилактика осложнений в послеоперационном периоде. Травматизм в акушерстве.

Перечень лабораторных работ и практических (семинарских) занятий

№ темы	Наименование лабораторных работ	Наименование практических (семинарских) занятий
		<p><u>Патологическое и оперативное акушерство</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Изменение этиологии послеродовых инфекционных заболеваний в современном акушерстве. 2. Классификация. Клиника, диагностика, причины проникновения, лечение и профилактика инфекционных осложнений первого этапа. 3. Послеродовый эндометрит (группы риска, причины, клиника, диагностика, лечение). 4. Акушерский перитонит (этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение). 5. Бактериальный шок (стадии бактериального шока, клиника, акушерская тактика и организация неотложных мероприятий, принципы антибактериальной терапии, объем оперативных вмешательств. Инфузионно-трансфузионная терапия.

7.5.1 Материально-технические условия

Наименование специализированных учебных помещений	Вид занятий	Наименование оборудования, программного обеспечения
Аудитория для проведения лекционных занятий	Занятия лекционного типа	Проектор Optoma, экран настенный Lumien, стулья, столы, моноблок HP 200 G3 с выходом в интернет, ПО Office, Windows, СПС Консультант Плюс
Аудитория для проведения семинарских занятий	Занятия практического, семинарского типа	Проектор Optoma, экран настенный Lumien, стулья, столы, ПО Office, Windows, моноблок HP 200 G3 и персональные компьютеры с выходом в интернет, гинекологический набор «Юнона», набор хирургических инструментов, бактерицидный рециркулятор, аппарат ультразвуковой диагностический, стетоскоп, лампы операционные и смотровые, кресло гинекологическое, набор изделий гинекологических для забора отделяемого шейки матки и влагалища одноразовый стерильный

7.5.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 01.11.2012 г. №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» // СПС Консультант Плюс

Акушерство и гинекология: конспект лекций – Режим доступа: <https://studfiles.net/preview/6853674/>

Гинекология: учебник / Б.И. Баисова и др.; под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 432 с. – Режим доступа: <https://studfiles.net/preview/4311393/>

Ильин А.А. Акушерство и гинекология. Конспект лекций. – Режим доступа: https://www.bookol.ru/nauka_obrazovanie/meditsina/165743/fulltext.htm

Костючек Д.Ф. Акушерство и гинекология. Краткое пособие по практическим умениям. – Режим доступа: <http://www.medliter.ru/?page=get&id=013463>

Клиффорд Р. Уиллис. Атлас оперативной гинекологии. – Режим доступа: <http://www.medliter.ru/?page=get&id=013466>

Кулаков В.И., Серов В.Н. Лекарственные средства, применяемые в акушерстве и гинекологии. – Режим доступа: <http://www.medliter.ru/?page=get&id=013488>

Малевич К.И., Русакевич П.С. Лечение и реабилитация при гинекологических заболеваниях. – Режим доступа: <http://www.medliter.ru/?page=get&id=013492>

Материалы официального сайта Министерства здравоохранения Российской Федерации - <https://www.rosminzdrav.ru/>

Материалы официального сайта Министерства здравоохранения Московской области - <http://mz.mosreg.ru/>

Информационно-справочные и поисковые системы: <http://www.medline.ru/>, <http://www.medlinks.ru/>, <http://www.eyenews.ru/>, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>, <http://elibrary.ru/>

7.5.3. Организационно-педагогические условия

Реализация дополнительной профессиональной программы повышения квалификации «Акушерство и гинекология» обеспечивается посредством привлечения ведущих специалистов в данной области. Рабочее время преподавателей, осуществляющих проведение занятий исчисляется в соответствии с расписанием занятий.

Для методического руководства приказом генерального директора ООО «НМЦ ДАНОР» назначается руководитель программы. Руководитель программы несет ответственность за организацию и осуществление образовательной деятельности, формирует преподавательский состав, составляет смету и расчет стоимости образовательной услуги на одного слушателя.

8. Календарный учебный график

Календарный учебный график представлен в форме расписания занятий.

9. Оценка качества освоения программы

Оценка качества освоения программы реализуется посредством проведения зачетов и проведения итоговой аттестации слушателей программы.

Оценочные материалы промежуточной аттестации – материалы с индивидуальными проверочными заданиями, выдаваемые слушателям после окончания всех занятий лекционного и практического типов модуля.

Материалы промежуточной аттестации (тестовые задания) по учебной дисциплине (модулю) «Основные методы обследования в акушерстве и гинекологии»

1. Взаимоотношение отдельных частей плода – это:

а) положение; б) позиция; в) вид; г) членорасположение; д) вставление.

2. С помощью первого приема пальпации плода в матке определяют:

а) предлежание плода; б) положение, позицию плода; в) отношение предлежащей части плода ко входу в малый таз; г) уровень стояния дна матки; д) отношение предлежащей части плода к плоскости малого таза.

3. Отношение спинки плода к передней или задней стенке матки:

а) членорасположение; б) вид; в) предлежание; г) позиция; д) вставление.

4. Отношение оси плода к оси матки:

а) членорасположение; б) положение; в) позиция; г) вид; д) предлежание.

5. Предлежит головка плода, спинка обращена кзади – это:

а) головное предлежание, передний вид; б) 1-я позиция, задний вид; в) головное предлежание, задний вид; г) головное предлежание, 1-я позиция, задний вид; д) головное предлежание, 2-позиция.

6. С помощью третьего приема пальпации плода в матке определяют:

а) массу плода; б) положение, позицию; в) предлежащую часть; г) предлежащую часть и ее отношение ко входу в малый таз; д) предлежащую часть плода и ее отношение к плоскостям малого таза.

7. Отношение спинки и головки плода к боковым стенкам матки:

а) вид; б) вставление; в) членорасположение; г) предлежание; д) позиция.

8. Отношение наиболее низко расположенной крупной части плода ко входу в таз:

а) членорасположение; б) положение; в) вид; г) предлежание; д) позиция.

9. С помощью второго приема пальпации плода в матке определяют:

а) предлежащую часть; б) отношение предлежащей части ко входу в малый таз; в) массу плода; г) отношение предлежащей части к плоскостям малого таза; д) положение, позицию.

10. С помощью четвертого приема пальпации плода в матке определяют:

а) отношение предлежащей части к плоскостям малого таза б) отношение предлежащей части ко входу в малый таз в) массу плода г) положение, позицию плода д) уровень стояния дна матки

11. Расположение сагиттального шва относительно лобкового симфиза и мыса во входе в малый таз:

а) членорасположение; б) предлежание; в) вставление; г) положение; д) позиция.

12. Затылочное предлежание, 2-позиция, задний вид:

а) сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок справа кзади; б) сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок слева кзади; в) сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок слева кпереди; г) сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок справа кпереди; д) сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа.

13. Затылочное предлежание, 2-позиция, передний вид:

а) сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок справа кзади; б) сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок слева кзади; в) сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок слева кпереди; г) сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок справа кпереди; д) сагиттальный шов в поперечном размере.

14. Затылочное предлежание 1-я позиция:

а) сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок слева; б) сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа; в) сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кпереди; г) сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кзади; д) сагиттальный шов в поперечном размере, отклонен кзади.

15. Затылочное предлежание 2-я позиция:

а) сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок слева; б) сагиттальный шов в поперечном размере, малый родничок справа; в) сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кпереди; г) сагиттальный шов в прямом размере, малый родничок кзади; д) сагиттальный шов в поперечном размере, отклонен кпереди.

16. Затылочное предлежание, 1-я позиция, задний вид:

а) сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок справа кзади; б) сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок слева кзади; в) сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок слева кпереди; г) сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок справа кпереди. д) сагиттальный шов в поперечном размере, отклонен кпереди, малый родничок слева.

17. Истинную конъюгату можно определить по всем указанным размерам, кроме:

а) наружной конъюгаты; б) индекса Соловьева; в) диагональной конъюгаты; г) длинника ромба Михаэлиса; д) размера Франка.

18. К прямым (плодным) методам диагностики врожденных аномалий развития плода относят все перечисленные ниже, кроме:

а) кордоцентеза; б) биопсии хориона и кожи плода; в) определения эстриола в сыворотке крови и моче беременной; г) ультразвукового сканирования; д) амниоцентеза. 1

19. Укажите основные параметры, оцениваемые при анализе кардиотокограмм:

а) базальный ритм частоты сердечных сокращений; б) вариабельность базального ритма; в) наличие и частота акцелераций; г) наличие и характер децелераций; д) все перечисленное выше.

20. Тактика врача в случае появления децелераций на кардиотограмме при сроке беременности недели и наличии «зрелой» шейки матки:

а) выполнение амниотомии и ведение родов под кардиомониторным контролем; б) лечение гипоксии плода внутривенным введением курантила с последующим динамическим кардиотографическим контролем; в) родоразрешение путем кесарева сечения; г) любое из перечисленных выше действий; д) ничего из перечисленного выше.

Материалы промежуточной аттестации (тестовые задания) по учебной дисциплине (модулю) «Экстрагенитальные заболевания»

1. Ревматизм поражает преимущественно

а) митральный клапан сердца; б) аортальный клапан; в) трехстворчатый клапан; г) клапан легочной артерии; д) все перечисленное выше.

2. Ревматизм – это заболевание

а) паразитарное; б) инфекционно-аллергическое; в) гормональное; г) наследственное; д) правильно б) и в).

3. Первичный ревмокардит у беременных встречается

а) часто; б) редко; в) всегда; г) никогда; д) при осложненном течение беременности.

4. Наличие активного ревматизма

а) ухудшает прогноз беременности; б) не влияет на исход беременности; в) вызывает прерывание беременности; г) верно (а) и (в); д) является показанием для проведения антиревматической терапии и пролонгирования беременности.

5. Об активности ревматизма, как правило, свидетельствует

а) лейкоцитоз за счет нейтрофилов; б) резко положительная реакция на С-реактивный белок; в) ДФА-проба; г) все перечисленное; д) ничего из перечисленного.

6. Беременность противопоказана

а) при остром и подостром течении ревматизма; б) если после последней ревматической атаки прошло меньше 6 месяцев; в) при вялотекущем ревматизме; г) при непрерывно-рецидивирующем ревмокардите; д) при всем перечисленном.

7. Активность ревматизма у беременной – показание для родоразрешения путем

а) операции кесарева сечения; б) операции вакуум-экстракции плода; в) операции наложения акушерских щипцов; г) самостоятельных родов; д) правильно (б) и (в).

8. В качестве достоверных признаков заболевания сердца у беременной следует рассматривать

а) одышку; б) выраженное увеличение размеров сердца; в) систолические и диастолические шумы в области сердца; г) нарушения сердечного ритма; д) все перечисленное.

9. Наиболее опасным в отношении возникновения сердечной недостаточности во время беременности и родов является

а) выраженный митральный стеноз; б) выраженный аортальный стеноз; в) синдром Эйзенменгера; г) все перечисленное; д) ничего из перечисленного.

10. Чаще всего недостаточность кровообращения возникает в сроки беременности

а) 8–12 недель б) 13–18 недель в) 19–24 недели г) 24–32 недели д) 32–38 недель

11. Наиболее вероятное развитие недостаточности кровообращения у беременной с заболеванием сердца следует ожидать

а) накануне родов; б) в родах; в) в послеродовом периоде; г) правильно б) и в); д) во всем выше перечисленном.

12. Первые признаки начинающейся сердечной декомпенсации у беременной с заболеванием сердца проявляются
а) выраженной одышкой; б) кашлем; в) влажными хрипами; г) тахикардией; д) всем перечисленным.

13. Сердечная астма, как правило, предшествует
а) мерцательной аритмии; б) тромбоэмболии легочной артерии; в) отеку легких; г) ничему из перечисленного; д) всему выше перечисленному.

14. Левожелудочковая недостаточность характерна
а) для аортальных пороков; б) для стеноза левого атрио-вентрикулярного отверстия; в) для недостаточности левого предсердно-желудочкового клапана; г) правильно (а) и (б); д) ни для чего из перечисленного.

15. Тахикардия, одышка при незначительной физической нагрузке, явления застоя в легких, отеки, исчезающие в покое, характерны для следующей стадии сердечной недостаточности

а) I; б) IIА; в) IIБ; г) III; д) верно (IIБ) и (III).

16. При родоразрешении беременной с заболеванием сердца через естественные родовые пути выключение потуг, как правило, производят

а) при недостаточности кровообращения IIА стадии; б) при высокой легочной гипертензии; в) при мерцательной аритмии; г) при всем перечисленном; д) ни при чем из перечисленного.

17. Кесарево сечение показано

а) при недостаточности кровообращения IIБ-III стадии; б) при септическом эндокардите; в) при острой сердечной недостаточности в родах; г) при всем перечисленном; д) ни при чем из перечисленного.

18. Во время родов женщины с сердечной недостаточностью должны находиться
а) в горизонтальном положении; б) с приподнятым ножным концом; в) в полусидячем положении; г) лежа на правом боку; д) лежа на левом боку.

19. Во время родов женщины с сердечной недостаточностью нуждаются

а) в мониторинге за сердечной деятельностью; б) в тщательном обезболивании; в) в наблюдении терапевта; г) во всем перечисленном; д) ни в чем из перечисленного.

20. Оптимальный срок для родоразрешения больных с сердечной недостаточностью II-III стадии

а) 32 недели; б) 36 недель; в) 37–38 недель; г) 39–40 недель; д) скорейшее родоразрешение после установления диагноза.

Материалы промежуточной аттестации (тестовые задания) по учебной дисциплине (модулю) «Эндокринология в акушерстве и гинекологии»

1. Гормональная терапия для лечения угрозы прерывания беременности включает:

- а) прогестерон
- б) эстрогены
- в) хориогонин
- г) глюкокортикоиды
- д) все выше перечисленное

2. При микроскопии влагалищного мазка можно судить о происходящих в организме эндокринных изменениях. Для этого необходимо учитывать

- а) принадлежность клеток к тому или иному слою вагинального эпителия
- б) степень окраски протоплазмы клеток
- в) величину ядер клеток
- г) соотношение эпителиальных клеток д) все перечисленное

3. У женщин, страдающих сахарным диабетом, при беременности нередко развиваются следующие осложнения

- а) поздний токсикоз
 - б) ангиопатия сетчатки
 - в) активация хронической инфекции в мочевыводящих путях
 - г) правильно а) и б)
 - д) все перечисленные
4. Для ановуляторного менструального цикла с атрезией фолликулов характерно
- а) высокий уровень эстрогенов
 - б) опсоменорея, сменяющаяся длительными мажущими кровянистыми выделениями
 - в) и то, и другое
 - г) ни то, ни другое
5. Фолликулостимулирующий гормон стимулирует
- а) рост фолликулов в яичнике
 - б) продукцию кортикостероидов
 - в) продукцию ТТГ в щитовидной железе
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
6. Малые дозы эстрагенов
- а) стимулируют продукцию ФСГ
 - б) подавляют продукцию ФСГ
 - в) усиливают продукцию ЛГ
 - г) подавляют продукцию ЛГ
 - д) не влияют на выработку ФСГ
7. У больных с эндокринным бесплодием применяют кломифен в том случае, если
- а) базальная температура повысилась до 37°С
 - б) КПИ в пределах 10 – 20 %
 - в) имеется хороший эстрогенный уровень
 - г) верно все перечисленное
 - д) все перечисленное неверно
8. У больных с синдромом Шихана на фоне снижения уровня ТТГ наблюдаются следующие проявления гипотиреозидизма
- а) безразличие к окружающей обстановке
 - б) зябкость в) снижение общего тонуса организма
 - г) все перечисленные
9. У больных с эндокринным бесплодием применяют кломифен, если:
- а) базальная температура повысилась до 37°С
 - б) КПИ в пределах 10 - 20%
 - в) имеется хороший эстрогенный уровень
 - г) все перечисленное
 - д) ничто из перечисленного
 - д) ничего из перечисленного
10. Аменорея при синдроме "пустого" турецкого седла чаще связана с врожденной аномалией развития турецкого седла 2) с атрофией железистой ткани гипофиза 3) с патологическими родами 4) с травмой гипофиза
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) верно все перечисленные
 - г) верно 4
 - д) все перечисленное неверно

Материалы промежуточной аттестации (тестовые задания) по учебной дисциплине (модулю) «Воспалительные заболевания и септическая инфекция в акушерстве и гинекологии»

1. На развитие гестационного пиелонефрита не влияет:
 - а) инфицирование организма
 - б) изменение гормонального баланса
 - в) давление матки и варикозное расширение вен на мочеточнике
 - г) пузырно-мочеточниковый рефлюкс
 - д) ранний гестоз
2. В лечении послеродового эндометрита не применяются:
 - а) антибиотики
 - б) аспирация содержимого полости матки
 - в) инфузионная терапия
 - г) эстроген-гестагенные препараты
 - д) иммунокорректирующие препараты
3. Госпитальная инфекция чаще всего обусловлена:
 - а) золотистым стафилококком
 - б) грамотрицательной флорой
 - в) анаэробами
 - г) ассоциацией микроорганизмов
 - д) ничем из перечисленного
4. Наиболее частым симптомом миомы матки является:
 - а) нарушение функции соседних органов
 - б) боли
 - в) бесплодие
 - г) нарушение менструальной функции
 - д) бели
5. К группе высокого риска по заболеванию СПИДом относятся 1) гомосексуалисты 2) наркоманы 3) больные гемофилией 4) лица, ведущие беспорядочную половую жизнь
 - а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4
 - д) ни один из перечисленных
6. Половой путь передачи инфекции характерен в основном
 - а) для хламидий
 - б) для вируса простого герпеса
 - в) для трихомонады
 - г) верно а) и в) д) верно б) и в)
7. Редкие очаги инфекции у новорожденных:
 - а) омфалит
 - б) конъюнктивит
 - в) отит
 - г) этмоидит
 - д) энтероколит
8. Наиболее частый путь инфицирования внутриутробного плода:

- а) трансплацентарный
- б) восходящий
- в) нисходящий
- г) со сперматозоидами
- д) смешанный

9. Профилактику офтальмобленнореи у новорожденных в настоящее время производят, закапывая в глаза:

- а) раствор фурацилина
- б) 2% раствор нитрата серебра
- в) 2% раствор борной кислоты
- г) 30% раствор сульфата натрия
- д) раствор пенициллина

10. Для гонореи у девочек характерны все особенности, кроме:

- а) преимущественно бытовой путь заражения
- б) острое течение
- в) вялое, торпидное течение
- г) преимущественно в форме вульвовагинитов

11. Из воспалительных заболеваний половых органов у девочек наиболее частым бывает:

- а) сальпингоофорит
- б) эндометрит
- в) вульвовагинит
- г) пельвиоперитонит
- д) параметрит

12. У роженицы на 14-ые сутки после родов развился гнойный правосторонний мастит. Как поступить с лактацией?

- а) полностью исключить лактацию
- б) продолжать кормление здоровой молочной железой
- в) прекратить кормление на время лечения, сцеживая молоко
- г) продолжать кормление сцеженным молоком из здоровой молочной железы

13. При токсической стадии гинекологического перитонита отмечается все, кроме:

- а) тахикардия (до 120 в минуту)
- б) выраженная одышка
- в) отсутствие болезненности при пальпации передней брюшной стенки
- г) гипотония
- д) олигурия

14. Клинические признаки перитонита:

- а) вздутие живота
- б) парез кишечника
- в) прогрессирующая тахикардия
- г) все перечисленное
- д) ничто из перечисленного

15. При туберкулезе тела матки:

- а) как правило, отмечается сочетание с туберкулезом придатков
- б) тело матки, как правило, увеличено
- в) имеется нарушение менструальной функции
- г) правильные ответы а) и в)
- д) все ответы правильные

Материалы промежуточной аттестации (тестовые задания) по учебной дисциплине (модулю) «Патологическое и оперативное акушерство»

1. Анатомически узким принято считать всякий таз, у которого по сравнению с нормальным:

а) все размеры уменьшены на 0,5–1 см; б) хотя бы один размер уменьшен на 0,5–1 см; в) все размеры уменьшены на 1,5–2 см; г) хотя бы один размер уменьшен на 1,5–2 см; д) ничего не верно?

2. Таз может считаться анатомически узким, если величина наружной конъюгаты менее:

а) 20 см; б) 19,5 см; в) 19 см; г) 18,5 см; д) 18 см?

3. Таз может считаться анатомически узким, если размер истинной конъюгаты менее:

а) 12 см; б) 11,5 см; в) 11 см; г) 10,5 см; д) 10 см?

4. Таз может считаться поперечносуженным, если поперечный размер входа в малый таз составляет:

а) менее 13,5 до 13 см; б) менее 13 до 12,5 см; в) менее 12,5 до 12 см; г) менее 12 до 11,5 см; д) менее 11,5 до 11 см?

5. Частота анатомически узкого таза составляет:

а) 10–8%; б) 7–6%; в) 5–4%; г) 3–2%; д) менее 2%?

6. Особенности биомеханизма родов при поперечносуженном тазе состоят в следующем:

а) может быть косое асинклитическое вставление головки плода; б) может быть высокое прямое стояние головки плода; в) головка плода может пройти все плоскости малого таза без своего внутреннего поворота; г) во всем перечисленном; д) ни в чем из перечисленного?

7. При следующих размерах: D.sp – 24 см, D.cr – 27 см, D.tr – 30 см, C.ext – 18 см таз следует отнести:

а) к плоскорихитическому; б) к простому плоскому; в) к поперечносуженному; г) к косому; д) к общеравномерносуженному?

8. При следующих размерах: D.sp – 26 см, D.cr – 27 см, D.tr – 31 см, C.ext – 17,5 см таз следует отнести:

а) к плоскорихитическому; б) к простому плоскому; в) к поперечносуженному; г) к косому; д) к общеравномерносуженному?

9. Для общеравномерносуженного таза характерно: а) уменьшение только прямого размера входа в малый таз; б) одинаковое уменьшение всех размеров малого таза; в) удлинение крестца; г) правильно б) и в); д) все перечисленное?

10. Для биомеханизма родов в переднеголовном предлежании характерны следующие основные особенности: а) головка плода проходит плоскости малого таза своим средним косым размером; б) внутренний поворот головки плода совершается при переходе из широкой части полости малого таза в узкую; в) ведущая точка на головке плода расположена между большим и малым родничками; г) все перечисленные; д) ничего из перечисленного?

11. Простой плоский таз характеризуется: а) уменьшением всех прямых размеров полости малого таза; б) увеличением высоты таза; в) уменьшением поперечного размера пояснично-крестцового ромба; г) всем перечисленным; д) ничем из перечисленного?

12. Указанные особенности биомеханизма родов: 1. долгое стояние головки плода стреловидным швом в косом размере во входе в малый таз; 2. выраженное сгибание головки плода; 3. строго синклитическое вставление головки плода характерны для следующей формы анатомически узкого таза?

а) общеравномерносуженного; б) общесуженного плоского; в) простого плоского; г) поперечносуженного; д) плоско-рахитического?

13. Степень сужения таза, как правило, определяется по уменьшению размера:

а) анатомической конъюгаты; б) истинной конъюгаты; в) горизонтальной диагонали пояснично-крестцового ромба; г) высоты стояния дна матки; д) поперечного размера матки?

14. Уменьшение размера истинной конъюгаты до 10 см позволяет отнести таз к степени сужения:

а) I; б) II; в) III; г) IV; д) ни к чему выше перечисленному.

15. Размер истинной конъюгаты 8.5 см позволяет отнести таз к степени сужения:

а) I; б) II; в) III; г) IV; д) ни к чему выше перечисленному.

16. Клинически узкий таз – это:

а) одна из форм анатомически узкого таза; б) отсутствие продвижения головки плода при слабости родовой деятельности; в) несоответствие головки плода и таза матери, выявленное во время беременности; г) все перечисленное; д) ничего из перечисленного.

17. Основными причинами возникновения клинически узкого таза являются:

а) анатомическое сужение таза; б) крупный плод; в) заднетеменной асинклитизм; г) правильно а) и б); д) все перечисленные?

18. Роды при I степени клинически узкого таза (относительное несоответствие) характеризуются следующим:

а) биомеханизм родов соответствует форме таза; б) длительность родового акта больше обычной; в) симптом Вастена отрицательный; г) правильно а) и б); д) всем перечисленным?

19. III степень клинически узкого таза (абсолютное несоответствие) характеризуется следующими признаками:

а) биомеханизм родов не соответствует форме узкого таза; б) признак Вастена положительный; в) отсутствует способность головки плода к конфигурации; г) правильно а) и в); д) всеми перечисленными?

20. Потуги при головке, прижатой ко входу в малый таз, и отошедших водах, как правило, свидетельствуют:

а) об окончании первого периода родов; б) о начавшемся разрыве матки; в) о клинически узком тазе; г) об ущемлении передней губы шейки матки; д) обо всем перечисленном?

9.1. Форма итоговой аттестации

Форма итоговой аттестации – итоговый экзамен в форме тестирования и решения ситуационных задач.

9.2. Оценочные материалы

Тестовые задания.

01. При образовании мочеполювого свища после родов пластическую операцию следует производить через

а) 1-2 мес

б) 2-3 мес

в) 3-4 мес

г) 5-6 мес

д) 6-12 мес

02. Признаки, сцепленные с X-хромосомой 1) отставание роста 2) отклонение в строении 3) отсутствие развития или недоразвитие вторичных половых признаков 4) бесплодие

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные

г) верно 4

д) ни один из перечисленных

03. Кариотип человека – это 1) набор генов 2) половые хромосомы 3) спираль ДНК 4) совокупность данных о числе, размерах и структуре хромосом
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4
 - д) ни один из перечисленных
04. Эффекты, приводящие к хромосомным aberrациям в соматических клетках 1) радиация 2) химические вещества 3) вирусы 4) биологические факторы
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4
 - д) ни один из перечисленных
05. Основным признаком синдрома Шерешевского – Тернера 1) фенотип женский 2) первичная аменорея 3) недоразвитие матки 4) аплазия или гипоплазия гонад
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные признаки
 - г) верно 4
 - д) ни один из перечисленных
06. Для типичного варианта синдрома Клайнфельтера характерно 1) увеличение количества половых хромосом 2) мужской пол больных 3) женский тип строения скелета 4) недоразвитие вторичных половых признаков
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4
 - д) ни один из перечисленных
07. Дизурия – расстройство мочеиспускания, которое характеризуется 1) учащением 2) болезненностью 3) затруднением 4) бактериурией
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4
 - д) ни один из перечисленных
08. Для приступа мочекаменной болезни характерно 1) гипоизостенурия 2) лейкоцитурия 3) дизурия 4) резкие боли по ходу мочеточника
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4
 - д) ни один из перечисленных
09. Для диагностики мочекаменной болезни во время беременности наиболее целесообразно применить следующие методы исследования 1) обзорную рентгенографию 2) экскреторную урографию 3) цитоскопию 4) УЗИ
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4
 - д) ни один из перечисленных

10. К группе высокого риска по заболеванию СПИДом относятся 1) гомосексуалисты 2) наркоманы 3) больные гемофилией 4) лица, ведущие беспорядочную половую жизнь

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) ни один из перечисленных

11. В настоящее время наибольшее содержания цезия в организме встречается у следующих контингентов

- а) детей
- б) подростков
- в) взрослых
- г) пенсионеров
- д) беременных женщин

12. Из перечисленных радионуклидов в настоящее время в организме людей, проживающих в зоне радиоактивного загрязнения, не встречается

- а) йод
- б) цезий
- в) стронций
- г) плутоний
- д) радий 050.

13. Прогноз развития шеечно-перешеечной беременности, как правило, следующий

- а) значительно чаще прерывается в первой половине беременности
- б) значительно чаще прерывается во второй половине беременности
- в) одинаково часто прерывается и в первой, и во второй половинах беременности
- г) прерывание беременности наступает только во время операции медаборта
- д) донашивается до срока родов

14. Стрессовым тестом называется оценка изменения частоты сердечных сокращений плода в ответ

- а) на введение матери окситоцина
- б) на введение матери атропина
- в) и на то, и на другое
- г) ни на то, ни на другое

15. Гистероскопия, как правило, позволяет дифференцировать 1) крупный полип от подслизистого миоматозного узла 2) состояние эндометрия во II фазе менструального цикла 3) рак эндометрия от гиперплазии эндометрия 4) плацентарный полип от узла хориокарциномы

- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

16. Показанием к ректороманоскопии в гинекологии, как правило, является 1) рак шейки матки 2) рак тела матки 3) эндометриоз 4) кишечное кровотечение неясного происхождения

- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

17. При микроскопии влагалищного мазка можно судить о происходящих в организме эндокринных изменениях. Для этого необходимо учитывать
- а) принадлежность клеток к тому или иному слою вагинального эпителия
 - б) степень окраски протоплазмы клеток
 - в) величину ядер клеток
 - г) соотношение эпителиальных клеток д) все перечисленное
18. Противопоказаниями для наложения пневмоперитонеума являются 1) общее тяжелое состояние больной 2) выраженный метеоризм 3) беременность 4) дисгенезия гонад
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны
19. При нормальном течении беременности уровень ХГ достигает максимума при сроке
- а) 5-6 недель
 - б) 7-8 недель
 - в) 9-10 недель
 - г) 11-12 недель
 - д) 13-14 недель
20. О тяжелом внутриутробном страдании плода по данным КТГ свидетельствует следующая амплитуда мгновенных осцилляций
- а) 0-5 в минуту
 - б) 5-10 в минуту
 - в) 10-25 в минуту
 - г) все перечисленные
 - д) ни одна из перечисленных
21. Для водянки беременных характерно 1) олигурия 2) гиповолемия 3) снижение гидрофильности тканей 4) снижение функции калликреин-кининовой системы
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленные
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного
22. Диагностические критерии подострого эндометрита после родов
- а) температура тела роженицы 38°C и выше
 - б) тахикардия до 100 ударов в минуту
 - в) лохи с примесью крови на 5-е сутки после родов
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
23. Госпитальная инфекция чаще всего обусловлена
- а) золотистым стафилококком
 - б) грамотрицательной флорой
 - в) анаэробами
 - г) ассоциацией микроорганизмов
 - д) ничем из перечисленного
24. Лечение кольпита у беременных следует проводить
- а) в I триместре беременности
 - б) во II триместре беременности
 - в) в III триместре беременности
 - г) верно а) и в) д) верно б) и в)
25. Половой путь передачи инфекции характерен в основном

- а) для хламидий
- б) для вируса простого герпеса
- в) для трихомонады
- г) верно а) и в) д) верно б) и в)

26. Наиболее частый путь распространения инфекции при возникновении лактационного мастита

- а) лимфогенный
- б) гематогенный
- в) галактогенный
- г) все перечисленные
- д) ничего из перечисленного

27. У женщин, страдающих сахарным диабетом, при беременности нередко развиваются следующие осложнения

- а) поздний токсикоз
- б) ангиопатия сетчатки
- в) активация хронической инфекции в мочевыводящих путях
- г) правильно а) и б)
- д) все перечисленные

28. Для сочетанных форм позднего гестоза характерно 1) проявление в конце III триместра беременности 2) развитие в родах 3) более легкое течение 4) хронический ДВС-синдром

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

29. Амниоскопия особенно информативна и целесообразна 1) при гемолитической болезни плода (резус-конфликт) 2) при перенашивании беременности 3) при предлежании плаценты 4) при сахарном диабете

- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

30. Отрицательная дексаметазоновая проба (незначительное снижение экскреции 17-ОКС и 17-КС) свидетельствует о наличии 1) опухоли коркового слоя надпочечников 2) арренобластомы яичников 3) синдрома склерокистозных яичников 4) адреногенитального синдрома (АГС)

- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

Ситуационные задачи.

№ 1. Больная Х. 25 лет Жалобы: обратилась по поводу возможности наступления беременности.

Анамнез жизни: 25 лет, вес – 48,5кг (срочных) доношенным ребенком. Вес при рождении – 3500, рост – 50см., окружность головы – 36см, окружность груди – 35см. Условия жизни по словам, удовлетворительными, с 6 мес. ребенок находится в детских яслях. Репродуктивный анамнез: время появления ВПП не помнит, менструации с 12 лет, установились через 1 год, через 30 дней, по 7 – 8 дней, затем кровомазание до 14 дней

менструального цикла, длительные, безболезненные, регулярные. Б – 0. Половая жизнь с 15 лет, в течение жизни было 10 половых партнеров, от беременности не предохранялась. Из перенесенных заболеваний отмечает: абсцесс – левой подключичной области; фурункулез волосистой части головы в возрасте 2-х недель; катаральный отит, частые ОРЗ, острый бронхит, ветряная оспа, паротит, гангренозный аппендицит осложнившейся перфорацией – в III 89 года; острый цистит; калькулезный холецистит. Из гинекологических заболеваний отмечает: кистозное изменение левого яичника. Спаечный процесс в малом тазу, вследствие перенесенной в X – 89 года операции по поводу: Пиовариум справа, фибринозно – гнойный пельвиоперитонит: объем операции: Лапаротомия, удаление правого яичника, цекостомия, дренирование брюшной полости; осложнения: Нагноение послеоперационной раны. Эвентрация кишечника; результаты: гистологии № 1664 от 16/X – 89г. – Пиовариум. Множественные фолликулярные кисты. Симптом Штейна – Левенталя.

Проведенное обследование:

1) УЗИ органов малого таза: Матка срединно расположена, плотная неоднородная, размерами 49 -30 – 36 мм, эндометрий – 7 мм, правый яичник не визуализируется, левый яичник – 32 – 20 мм, с мелкими жидкостными включениями до 3мм, строма уплотнена. У медиального края левого яичника жидкостное образование 23 – 27 – 34мм с ровными контурами, идущее за матку.

2) УЗИ ЖКТ: Желчекаменная болезнь.

3) РЭГ: Сосудистый тонус без выраженных изменений.

4) ЭЭГ: Биоэлектрическая активность головного мозга без существенной патологии. Параксизмов, очаговости и эпилептических комплексов нет.

5) Rg – графия черепа: Форма и размеры черепа обычные. Кости свода не изменены, четкие. Рис. Пальцевых вдавлений и сосудистый рисунок без особенностей. Форма турецкого седла – закрытая (вариант нормы).

6) Rg – рафия брюшной полости без патологии. Консультация окулиста: поля зрения в пределах нормы. На глазном дне – диски розовые. Ход и калибр сосудов не изменены.

Проведенное лечение: рассасывающая терапия, витаминотерапия, физиолечение, сан – курортное лечение – неоднократно. Семейный анамнез: Возраст матери при рождении ребенка – 27 лет, отца – 36 лет. Оба работают на судостроительном заводе, мать – по специальности – инженер – конструктор. Во время беременности мать перенесла: ОРЗ, ангина, грипп, хронический эндометрит. Бабушка болела туберкулеза. Вредные привычки отрицает. Менструальная функция матери – нет данных. У сестры – менструации с 12 лет, регулярные, длительные, умеренные, безболезненные. У матери – 6 беременностей, 2 родов (оба ребенка живы), 4 искусственных аборта. Беременность и роды в обоих случаях протекали без особенностей. Осложнения, гестозы, перенашивание отрицает.

Общий осмотр: Рост – 162 см, вес – 48,5 кг, окружность груди – 70 см, ширина плеч – 35 см, ширина таза – 30 см, длина ног – 84 см. Морфограмма: Задержка костного развития. Телосложение ближе к астеническому. Кожные покровы физиологической окраски, тургор кожи сохранен, оволосение по женскому типу. Пигментации, стрии, гематомы не обнаружены. ИМТ = $(1,62) 48,5 = 18,8 \approx 19$ – индекс массы тела в пределах нормы. Половая формула: $Ma + P + Ax + Me = 1,2 \times 4 + 0,3 \times 3 + 0,4 \times 3 + 2,1 \times 3 = 4,8 + 0,9 + 1,2 + 6,3 = 13,2$ – соответствует нормальному половому развитию. Гирсутное число – 3 баллов, гормональное число – 1 бал.

Гинекологическое исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Уретра и бартолиновы железы без особенностей. Влагалище узкое. Слизистая влагалища физиологической окраски. Выделения умеренные молочного цвета, без запаха. Шейка матки чистая. Матка в *anteflexio versio*, небольшая, ограничена в подвижности, плотная, безболезненная. Справа от матки – спайки, слева – придатки не определяются, свод свободен. Кожа и лимфоузлы без особенностей.

Проведенное обследование:

1) Полный анализ крови – в пределах нормы.

2) Мазок на б/с от 14.11.02 – лейкоц. – 10 – 15, эпителий – 5 – 8, флора – кокк.обильн., trich. – не обнаружены, gn – не обнаружены.

3) ПИФ мазок на хламидии – не найдена от 3.11.02.

4) ПИФ мазка на микоплазмы – получен рост уреаплазм в титре < 10⁴ от 4.12.02.

5) УЗИ от 27.11.02: (9 день м.ц.). Матка грушевидная, не увеличена. Миометрий однородный. Эндометрий б/м, пролиферативный. Левый яичник подтянут к матке, V – 15см³, со множеством жидкостных включений 6 – 8 – 13мм. Правый яичник не визуализируется. Справа от матки спаянные петли.

6) УЗИ кишечника с наличием между и вокруг них свободной жидкости (объем измерению не поддается). ВПМП – около 5 мм свободной жидкости. Заключение: признаки спаечного процесса в малом тазу. Кистозноизмененный левый яичник. Свободная жидкость в ПМТ.

Вопросы:

1. Дальнейшая тактика.

2. Оценить врачебную тактику до момента обращения больной.

№ 2. Больная Л., 20 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на отсутствие первой менструации, живет половой жизнью около 1 года, не предохранялась, не беременела. Анамнез жизни: Родилась от 1 беременности, 1 родов, в срок. И развивалась соответственно возрасту. Общий анамнез: ОРВИ редко, хронический гастродуоденит, ДЖВП, нарушение осанки, миастения, выраж туберкулиновой пробы – проф. лечение в санатории Юськи. Вен. заболевания, операции, гемотрансфузии, аллергию отрицает. Наследственность не отягощена. Гинекологический анамнез: I аменорея. Menarche не было. Секреторная функция – гипосекреция. Половая жизнь с 19 лет, с 1 партнером, по типу эупараунии. Функция соседних органов в норме. Обнаружено: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение астеническое. Питание умеренное. Рост 174см, вес 64,5см, ИМТ – 20,1. Оволосение по женскому типу. В подмышечной впадине рост единичных волос, на лобке единичные длинные волосы. Молочные железы конической формы, пигментация околососковых областей снижена, соски втянуты. Кожные покровы физиологической окраски, чистые. Носовое дыхание свободное. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 72 уд.в мин., ритмичный, АД 90/60мм рт.ст., температура 36,6. Живот мягкий, участвует в акте дыхания. Печень по краю реберной дуги. Симптом сотрясения отрицательный.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты по женскому типу, развиты правильно. Уретра без особенностей. Шейка матки коническая, маленькая, чистая, зев закрыт. Матка маленькая, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки не определяются. Дополнительные методы исследования: УЗИ – матка 2,0 × 1,2 × 2,0см, миометрий не изменен, расположен обычно. Эндометрий не определяется. Левый яичник 1,3 × 0,8см, объем 0,43см³, правый яичник 1,6 × 0,8см, объем 0,56см³.

Заключение: выраженная гипоплазия гениталий (III ст.), УЗИ щитовидной железы – без патологии. МРТ головного мозга и шейного отдела позвоночника – снижена высота дисков С4 – 6. Заключение: начальные признаки остеохондроза. R – графия черепа. Заключение: Косвенные признаки внутричерепной гиперфункции. Гипоталамический синдром. Остеопороз. РЭГ – гипертонический тип. РЭГ с достаточным полушарным и базилярной системы. ЭХО ЭГ – смещения м – ЭХО нет. Консультация специалистов, заключения: Окулист – миопические изменения. Генетик – кариотип 46XX. Данных за хромосомную патологию не обнаружено. Фтизиатр – задержка полового развития. Гипоплазия гениталий III степени. Аменорея I. Гиперреакция Манту.

Лабораторные исследования. TSM – 1,246 (N 0,2 – 3,2) ЛГ – 0,11 (N 0,48 – 17,4) ФСГ – 0,2(N2 – 12) Пл – 168(N61 – 512) E2 – 11,48(N 20 – 172) Прогестерон 0,35(N 0,2 – 20,3) Тестостерон 0,18(N0,04 – 0,66)

Вопросы:

1. Уровень поражения репродуктивной системы.
2. Диагноз.
3. Тактика ведения.
4. Лечение.

№ 3. Больная З. 18 лет, учащаяся ВУЗа. Жалобы на нерегулярные, периодические обильные, длительно мажущие менструации, безболезненные.

Отец: 50 лет, военный, вредных привычек не имеет. Мама: 50 лет, фельдшер, вредных привычек не имеет. Менструации с 13 лет, регулярно, по 5 дней, умеренно. Гинекологических заболеваний нет. Девочка родилась от III беременности, II родов. Беременность и роды протекали нормально, родилась доношенной весом 3900 г., рост 53 см, по Апгар 8-9 баллов. До 1 года находилась на грудном вскармливании. До 2-х лет ничем не болела, развивалась нормально, все прививки в срок. С 3 до 6 лет перенесла заболевания: скарлатина, острый отит, фолликулярная ангина, неоднократно ОРВИ. Аллергоанамнез спокойный, гемотрансфузия, операций не было, туберкулез отрицает. Менструации с 13 лет, нерегулярно. С 16 лет в течение года трижды находилась на стационарном лечении с диагнозом: ювенильное маточное кровотечение. Анемия I-II степени. Получала лечение: утеротоники, гемостатические средства, витамины, физиолечение.

Консультирована специалистами:

ЛОР – диагноз: Хронический тонзиллит.

Окулист – диагноз: Миопия слабой степени.

Эндокринолог: диагноз: Гиперплазия щитовидной железы I ст.

Гематолог: диагноз: Тромбоцитопатия, влажная форма.

УЗИ малого таза: Матка 33×44×26мм. Справа в проекции яичника визуализируется округлой формы жидкостное образование 33×28мм. Рентгенограмма черепа: Гипофизарная астенция, диафрагма турецкого седла обызвествлена.

Общий осмотр: Рост 156 см, вес- 46 кг, окружность грудной клетки – 73 см, ширина плеч – 36 см. Телосложение нормостенического типа. Кожные покровы чистые, тургор кожи сохранен, подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, гиперпигментация, стрии – нет. ИМТ – норма. ВПП: Ма3 Рв3 Ах3 Ме2. Гормональное число – 2.

Осмотр на кресле: живот мягкий, безболезненный, паховые лимфоузлы не определяются. Оволосение по женскому типу. Наружные половые органы развиты правильно, девственная плева сохранена, слизистая чистая. Per rectum: Матка в anteversio, нормальных размеров, плотная ровная, подвижная, безболезненная. Слева яичник не определяется. Справа от спайки определяется образование $\approx 50 \times 60$ мм, округлое, плотноэластичной консистенции, подвижное, безболезненное. Данные исследования (в 18 лет). ФСГ – 5,8 ммоль/л ЛГ – 2,0 ммоль/л на 7-ой день менструального цикла. Прогестерон 3,9 нмоль/л Пролактин 224 ММЕ/л на 19 день менструального цикла. УЗИ малого таза: (на 14 день менструального цикла). Матка 48×26×47мм, эндометрий 5 мм, яичник: 27×21мм, $\sqrt{= 6,1\text{см}^3}$. В области правых придатков экзогенативное образование 50×40мм, $\sqrt{= 42\text{см}^3}$, с четкими контурами, округлой формы. УЗИ малого таза через 10 месяцев (на 14 день менструального цикла). Матка 46×32×48 мм, эндометрий 10 мм. Левый яичник 29×16, $\sqrt{= 3,7\text{см}^3}$. В области правых придатков эконегативное образование 62×47 мм, $\sqrt{= 72\text{см}^3}$, с четкими ровными контурами.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какие еще нужно провести исследования и консультации?
3. Тактика дальнейшего лечения?
4. Прогноз в плане репродуктивной функции в будущем.

№ 4. Больная Л., 45 лет предъявляет жалобы на обильные болезненные менструации, «мажущие» кровянистые выделения из половых путей до и после менструации. Считает

себя больной в течение 2 лет, за медицинской помощью не обращалась. В анамнезе одни срочные роды, три медицинских аборта, последний из них, произведенный 2 года назад, осложнился гематометрой, в связи с чем были произведены эвакуация гематометры, контрольное выскабливание стенок полости матки; в дальнейшем развился метроэндометрит.

При осмотре: кожа бледно-розовая, пульс 72 уд./ мин; АД 125/80 мм рт. ст; уровень гемоглобина периферической крови 100 г/л. При влагалищном исследовании: наружные половые органы и влагалище без особенностей, шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована; матка в ретрофлексии, увеличена до размеров, соответствующих 8-9 неделям беременности, плотная, ограниченно подвижная; придатки с обеих сторон не определяются, параметрии свободны, выделения слизистые, светлые.

Ваш диагноз? Тактика ведения.

№ 5. Беременная С, 27 лет, наблюдается в женской консультации с 12 недель беременности. В сроке беременности 33 недели появились жалобы на зуд кожи живота в течении недели после употребления в пищу шоколада.

Из анамнеза. Перенесенные заболевания: ОРЗ, грипп, ветряная оспа, эпидемический паратиф, вираж тубпробы. Гинекологические заболевания: хронический сальпингооофарит. Менструация с 12 лет, по 4-5 дня через 28-30 дней, умеренные безболезненные, установились сразу. Половая жизнь с 18 лет, контрацепцию не использует. Беременность четвертая. Первые две закончились мини-абортами без осложнений, третья закончилась самопроизвольным выкидышем в малом сроке 6 лет назад (причина не установлена). Данная беременность осложнилась ранним токсикозом (рвота беременной средней степени тяжести) в 5-11 недель, лечение стационарное с положительным эффектом. При УЗИ в 13-14 недель диагностирована двойня. Выявлен уреаплазмоз в титре 10³ в 15 недель беременности. Осмотрена кардиологом в 15 недель: гипотония беременной, ХСН 0; синдром соединительнотканной дисплазии. В 21-31 неделю анемия беременной (принимала ферретаб). Инфекция мочевыводящих путей в 24 недели (стационарное лечение). Объективный статус: рост 173 см., вес 67,6 + 0,6 (за одну неделю). Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски, на коже живота следы расчесов. АД 100/70 мм.рт.ст. на обеих руках, пульс 80 ударов в минуту, тоны сердца ритмичные. Дыхание в легких везикулярное. Живот увеличен в объеме за счет беременной матки, при пальпации безболезненный. Печень по краю реберной дуги, нижний край безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет. ОЖ-96 см., ВДМ-38см. Матка в нормотонусе. Положение первого плода косое, головка в дне матки слева, положение второго плода продольное, предлежание голоаное. Сердцебиение плодов ясное, ритмичное, I плода-150 уд.в мин; II плода-130уд.в мин. Размеры таза 24-26-30-18см. Дополнительные методы исследования. УЗИ: беременность 33 недели, двойня диагностическая, монохориальная, косое положение первого плода, тазовое предлежание второго. КТГ- нормограмма.

Общий анализ крови: Эр.-3,46*10¹²/л, Нв.-111г/л, ЦП.-0,98, п-2, с-58, э-1, м-9, л-30, СОЭ23мм/ч, Тг-247000, Нт-0,303.

Биохимическое исследование крови: билирубин-9,4мкмоль/л, АСТ-53 Е/л, АЛТ-66Е/л, общий белок-66 г/л, щелочная фосфатаза-232 Е/л, ПТИ-103%, фибриноген-4,6 г/л. Сахар крови 5,4 ммоль/л.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачная, относительная плотность 1019, реакция кислая, белок 0, глюкоза 0, эпителий плоский 1-2 в п/зр, лейкоциты 1-2 в п/зр, слизь+, оксалаты+ УЗИ внутренних органов без особенностей.

Ваш диагноз? Тактика ведения.

№ 6. Больная С., 30 лет, обратилась на прием в женскую консультацию с жалобами на острые боли внизу живота, которые появились после акта дефекации за 2 дня до

обращения. Острая боль держалась около 5 минут, затем стихла, женщина решила за помощью не обращаться. Через некоторое время боли повторились, но приобрели схваткообразный характер, появилась головная боль, головокружение, однократная рвота, жидкий стул, незначительные мажущие выделения из половых путей; после чего женщина решила обратиться за помощью в женскую консультацию.

Из анамнеза: менструация с 13 лет, по 4-5 дней, через 30 дней, умеренные, безболезненные. В течение 2 дней отмечает задержку менструации. Половая жизнь с 16 лет, в качестве контрацепции использовала презерватив. В течение 3 месяцев не предохранялась. Полгода назад был микроаборт. Родов не было. Из перенесенных соматических заболеваний: хронический пиелонефрит, ангина, ОРЗ. Гинекологические заболевания- хронический двухсторонний сальпингоофорит, хламидиоз. Объективные данные: женщина, входя в кабинет, правой рукой придерживает подвздошную область, корпус немного наклонен вперед. Кожные покровы бледноватые, женщина вялая. АД 100/60 мм.рт.ст. Ps 80 ударов в минуту. T 36,8оС. Живот мягкий, не вздут, болезненный при пальпации над лобком и в правой подвздошной области. Симптомов раздражения брюшины нет. В зеркалах: слизистая оболочка влагалища и шейки матки цианотична, слизистая вокруг наружного зева раздражена, выделения коричневатые мажущие, незначительные. Бимануально: наружный зев закрыт, матка нормальной величины, плотная, безболезненная, справа от матки пальпируется образование без четких контуров, 60 эластической консистенции, болезненной при пальпации, правый свод уплощен, определяется болезненность при смещении матки. Женщине был поставлен диагноз: подозрение на правостороннюю внематочную беременность и она была направлена на машине скорой помощи в дежурную гинекологию. По прибытии в дежурную гинекологию женщина почувствовала себя лучше, боли уменьшились, и, не дождавшись осмотра дежурного врача, уехала домой. Ночью боли вновь повторились, женщина опять пришла на прием в женскую консультацию. К предыдущим жалобам добавились боли в области правого плеча и ключицы, повышение температуры до 37оС. Объективный статус дополняется нарастающей бледностью кожных покровов, появились симптомы раздражения брюшины, область пупка окрашена в серовато- синеватый цвет. Бимануально: зев закрыт, матка нормальной величины, плотная, умеренно болезненная. Справа и позади матки пальпируется эластическое образование без четких контуров, болезненное при пальпации, все своды влагалища уплощены, справа- нависает, при смещении матки резкая болезненность. Сито взят анализ крови: Hb 108 г/л L 9,7*10⁹ /л СОЭ 21 мм/час АД 100/60 мм.рт.ст. Ps 92 в мин T 37оС Женщина вновь на скорой помощи была направлена в дежурную гинекологию.

Ваш диагноз? Тактика ведения.

№ 7. Больная А., 28 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на периодические боли внизу живота, ноющего характера; в течение недели, температуры нет.

Из анамнеза: роды-1, аборт нет; разведена, половую жизнь отрицает, контрацепция ВМС (10 лет). Менструации с 13 лет, по 5-6 дней, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Из перенесенных заболеваний: грипп, ОРЗ, нервная анорексия (затруднен прием пищи, ест мало, после этого через 20 минут рвота). Наследственность не отягощена. Гинекологические заболевания отрицает.

Объективно: женщина астенического телосложения, кожные покровы бледные, лимфоузлы не увеличены. Бимануальное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Уретра и бартолиниевы железы без особенностей. Шейка матки чистая, видны усики ВМС. Матка небольшая, плотная, безболезненная. Придатки слева без особенностей. Придатки справаотечные, болезненные. Выделения слизистые. Паховые лимфоузлы не увеличены. Область ануса без особенностей. УЗИ: признаки метроэндометрита. Tumor dextra. Диффузная патология слева. Мазок на б/ск: U эпит в б/к L 20-25 в п/зр, флора смешанная. С эпителий в большом кол-ве, L 25-30 в п/зр gn, трихомонад нет. Флора

смешанная в большом количестве. Полный анализ крови: эритроциты- $3,4 \cdot 10^{12}/л$ Нб 60 г/л сдвиг лейкоцитарной формулы влево, L $28 \cdot 10^9 /л$, токсическая зернистость, СОЭ 40 мм/час

Ваш диагноз? Тактика ведения.

№ 8. Повторнородящая поступила через 4 часа от начала родовой деятельности. Беременность доношенная. Воды не отходили. При поступлении АД 180/100 мм.рт.ст., отеки на нижних конечностях, в моче 2% белка. Роженица внезапно побледнела, появились жалобы на «распирающие» боли в животе. Предлежащая часть не определяется. Сердцебиение плода глухое, 90 ударов в минуту, аритмичное. Матка напряжена, асимметричной формы за счет увеличения левого угла матки. Пульс 100 ударов в минуту, мягкий слабого наполнения. Кровотечения нет. При внутреннем исследовании: раскрытие зева на 5 см, плодный пузырь цел, резко напряжен. Предлежащая часть не определяется.

Ваш диагноз? Тактика ведения.

№ 9. Больная 25 лет, доставлена в больницу с жалобами на боли в животе и непрерывную рвоту. Больной считает себя со вчерашнего вечера, когда ей на дому был сделан аборт при 3-х месячной беременности.

Объективно. При поступлении: состояние больной тяжелое, t_0 тела – 37,4 0С, пульс 120 ударов в минуту, малого наполнения, мягкий. Учащенное дыхание. Кожные покровы бледные, с желтушным оттенком. Живот не вздут, не напряжен, болезненный при пальпации, при перкуссии, в нижних отделах справа, притупление перкуторного тона. Внутреннее исследование: шейка матки цилиндрической формы, цервикальный канал пропускает палец, матка определяется не отчетливо из-за напряженной брюшной стенки. Слева придатки не определяются, в правом своде пастозность. Исследование резко болезненно. Умеренные кровянистые выделения.

Диагноз? Терапия?

№ 10. Больная С., 34 лет, поступила в гинекологическое отделение в 20.00 экстренно, доставлено СМП. Жалобы на резкие боли внизу живота, слабость, головокружение, тошноту. Рвоты не было. Ноющие боли внизу живота появились после обеда, час назад резко усилились. Стула сегодня не было. Мочеиспускание без особенностей.

Анамнез: Менструации с 13 лет, установились сразу, по 4-5 дней, болезненные (боли появляются за 2-3 дня до менструации) через 28-30 дней, умеренные. Последняя менструация с 1 декабря по 6 декабря. Половая жизнь с 19 лет, в браке. Беременностей было 3, роды 1, физиологические, 2 мед аборта без осложнений. Контрацептивными средствами не пользуется, так как в последние 5 лет не беременеет.

Гинекологические заболевания: эрозия шейки матки (сделана электрокоагуляция), воспаление придатков матки с частыми обострениями. Лечение амбулаторно, стационарное в течение последних 4 лет. Венерические заболевания отрицает. Перенесенные заболевания: ангина, грипп, ОРЗ Наследственность не отягощена. Объективные данные: кожные покровы чистые, бледные. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 90/60 мм рт ст. Ps 90 в 64 мин. Язык влажный, чистый. Живот при пальпации мягкий, резкая болезненность внизу живота. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный. Симптомы раздражения брюшины слабо положительные внизу живота.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно. Уретра и бартолиниевы железы без особенностей. Влагалище рожавшей. Шейка цилиндрической формы, чистая. Выделения молочного цвета. Матка несколько больше нормы, плотновата, ограничено подвижна, резко болезненна. Левый сод резко болезненный, определяется образование справа придатки не определяются. Во время осмотра у больной полубморочное состояние. Температура тела 36,80С.

Анализ крови: эритроциты $3,8 \cdot 10^{12}/л$, Hb 110 г/л, L $9,5 \cdot 10^9 /л$ С диагностической целью сделана пункция брюшной полости через задний свод влагалища (в/в введен 2% 1,0 промедола) получено около 2 м жидкости шоколадного цвета.

Предполагаемый диагноз: разрыв кисты

Операция: в малом тазу выражен спаечный процесс. Матка несколько больше нормы. Слева в спайках Китса яичника, размеры 8*8 см, толстостенная, спавшаяся с отверстием около 1 см в диаметре откуда выделяется шоколадного цвета содержимое. Справа придатки в спайках, не увеличены. Слева придатки удалены (нет здоровой яичниковой ткани) справа- рассечены спайки. Туалет брюшной полости.

Ваш диагноз? Тактика ведения.

9.3. Методические материалы

В качестве основной методики обучения была выбрана методика, включающая совокупность приемов, с помощью которых происходит целенаправленно организованный, планомерно и систематически осуществляемый процесс овладения знаниями, умениями и навыками.

В качестве основных форм организации обучения выступают лекционные и практические занятия (с использованием электронного обучения и дистанционных технологий обучения), а также самостоятельная работа обучающихся.

Критерии оценки результатов итоговой аттестации в части тестирования:

Оценка «отлично» выставляется, если слушатель ответил правильно на 87-100% тестовых заданий.

Оценка «хорошо» выставляется, если слушатель ответил правильно на 70-86% тестовых заданий.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если слушатель ответил правильно на 50-69% тестовых заданий.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если слушатель ответил правильно на 49% и менее тестовых заданий.

Слушатель считается аттестованным, если имеет общую положительную оценку («отлично», «хорошо», «удовлетворительно»).

10. Составители программы – Бриллиантова Т.Н.

Руководитель Учебного центра

_____ / _____ /