Министерство здравоохранения Российской Федерации ИРКУТСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ — ФИЛИАЛ ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

УТВЕРЖДЕНО

Методическим советом ФГБОУ ДПО РМАНПО 24 февраля 2022 г. протокол №2 Председатель совета Заместитель директора учебной работе С.М. Горбачёва

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ НАВЫКОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.01 Акушерство и гинекология

основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология

Блок 2. ПРАКТИКИ Базовая часть

Уровень образовательной программы: высшее образование. Подготовка кадров высшей квалификации

Форма обучения: очная

Иркутск 2022 Рабочая программа **Производственной (клинической) практики Базовая часть (Б2.Б.2)** (далее – программа практики) разработана преподавателями кафедры акушерства и гинекологии в соответствии с учебным планом основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности **31.08.01 Акушерство и гинекология.**

Авторы программы практики:

	Ab	торы программе	n npaktrikri.	
Nº	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень,	Занимаемая долж-	Место работы
пп.		звание	НОСТЬ	
1.	Протопопова Наталья	д.м.н., профес-	заведующая ка-	ИГМАПО – фи-
	Владимировна	сор	федрой акушер-	лиал ФГБОУ
			ства и гинеколо-	ДПО РМАНПО
			ГИИ	МЗ РФ
2.	Крамарский Владимир	Д.М.Н.	профессор ка-	ИГМАПО – фи-
	Александрович		федры акушер-	лиал ФГБОУ
			ства и гинеколо-	ДПО РМАНПО
			ГИИ	МЗ РФ
3.	Трусов Юрий Викто-	K.M.H.	доцент кафедры	ИГМАПО – фи-
	рович		акушерства и ги-	лиал ФГБОУ
			некологии	ДПО РМАНПО
				МЗ РФ
4.	Файзуллина Наталья	K.M.H.	ассистент ка-	ИГМАПО – фи-
	Ильдусовна		федры акушер-	лиал ФГБОУ
			ства и гинеколо-	ДПО РМАНПО
			ГИИ	МЗ РФ
	По	методическим в	вопросам	
1.	Горбачёва Светлана	д.м.н., профес-	заместитель ди-	ИГМАПО – фи-
	Михайловна	сор	ректора по учеб-	лиал ФГБОУ
			ной работе	ДПО РМАНПО
				МЗ РФ
2.	Антипина Лариса Ген-	K.M.H.	декан хирургиче-	ИГМАПО – фи-
	надьевна		ского факультета	лиал ФГБОУ
				ДПО РМАНПО
				МЗ РФ
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·

Программа **Производственной (клинической) практики Базовая часть (Б2.Б.2)** по специальности **31.08.01 Акушерство и гинекология** одобрена на заседании кафедры акушерства и гинекологии 21.02.2022 г. протокол № 2.

ЛИСТ ОБНОВЛЕНИЙ И АКТУАЛИЗАЦИИ

	Пото виссоина		Пото и номор прото
Nº	Дата внесения изменений в	Характер изменений	Дата и номер прото- кола утверждения до-
142	программу	дарактер изменении	кумента на МС
1	19.01.2016	Актуализация рабочей программы про-	10 июня 2016 г.
-		изводственной (клинической) практики	протокол № 2
		Базовая часть (Б2.Б.2)	mporonostri- 2
2	15.05.2018	Обновление рабочей программы произ-	28 июня 2018 г.
_	10.00.2010	водственной (клинической) практики	протокол № 3
		Базовая часть (Б2.Б.2)	TIPOTOROJI NE O
3	15.05.2019		28 июня 2019 г.
3	15.05.2019	Обновление рабочей программы произ-	
		водственной (клинической) практики	протокол № 3
	40.00.000	Базовая часть (Б2.Б.2)	10.1
4	10.02.2020	Обновление дополнительной литерату-	13 февраля 2020
		ры рабочей программы Производст-	г. протокол № 2
		венной (клинической) практики Базо-	
		вая часть (Б2.Б.2)	
5	08.02.2021	Обновление основной литературы ра-	10 февраля 2021
		бочей программы Производственной	г. протокол № 2
		(клинической) практики Базовая	·
		часть (Б2.Б.2)	
6	21.02.2022	Обновление ситуационных задач рабо-	24 февраля 2022
		чей программы Производственной	г. протокол № 2
		(клинической) практики Базовая	
		часть (Б2.Б.2)	
		Hacib (B2.B.2)	

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Место программы **Производственной (клинической) практики Базовая часть (Б2.Б.2)** в структуре основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности **31.08.01 Акушерство и гинекология**.

Программа **Производственной (клинической) практики Базовая часть (Б2.Б.2)** относится к базовой части программы ординатуры и является обязательной для освоения обучающимися.

1.1. Цель программы практики — подготовка квалифицированного врача - акушера — гинеколога, способного и готового к самостоятельной профессиональной деятельности в акушерстве и гинеколгии, охране здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами на основе сформированных универсальных и профессиональных компетенций.

1.2. Задачи программы практики: сформировать умения:

- выявлять и оценивать выраженность факторов риска развития и прогрессирования заболеваний, соответствующих профилю **«акушерство и гинекология»**;
- выявлять ранние симптомы заболеваний, выяснять семейный анамнез, соблюдать нормы санитарно-эпидемиологического режима;
- организовывать и проводить профилактику инфекционных заболеваний у взрослого населения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;
- проводить медицинские осмотры с учетом возраста, состояния здоровья, профессии в соответствии с действующими нормативными правовыми актами;
- проводить диспансеризацию взрослого населения с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний, основных факторов риска их развития;
- рассчитывать показатели диспансеризации;
- анализировать данные профилактических медицинских осмотров и формировать группы для углубленного обследования или наблюдения;
- обеспечивать безопасность пациентов при проведении обследовании и лечении;
- проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции;
- определять медицинские показания к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показания для направления к врачу специалисту;
- контролировать ведение текущей учетной и отчетной документации по установленным формам;
- анализировать данные официальной статистической отчетности, включая формы федерального и отраслевого статистического наблюдения;
- работать с персональными данными пациентов и сведениями, составляющими врачебную тайну;
- вести медицинскую документацию, в том числе и в электронном виде:
- проводить опрос, общее и специальное акушерское объективное обследование, оценку результатов лабораторно-инструментальных методов исследования плода, беременных, рожениц, родильниц и гинекологических больных;
- оценивать физиологическое и патологическое течение беременности, родов и послеродового периода;
- -оценивать физиологическое и патологическое течение периода новорожденности;

- оценивать физиологические и патологические процессы в женской половой системе вне беременности
- -определять врачебную тактику при физиологическом течении беременности, родов и послеродового периода;
- -определять врачебную тактику и лечение патологических состояний и заболеваний при беременности, родах и послеродовом периоде;
- -проводить лечение заболеваний и патологических состояний плода и новорождённого:
- -осуществлять акушерские пособия и операции при беременности, в родах и послеродовом периоде;
- осуществлять лечение заболеваний и патологических состояний в гинекологии;
- -проводить предоперационную подготовку и ведение послеоперационного периода у гинекологических больных, прерывать беременность, применять диагностические манипуляции в гинекологии и методы оперативного лечения гинекологических заболеваний;
- -применять гормональную, внутриматочную, барьерную, физиологическую, женскую хирургическую и мужскую контрацепцию;
- проводить сердечно-лёгочную реанимацию;
- определять медицинские показания и выполнять мероприятия по оказанию экстренной и неотложной медицинской помощи, в том числе при чрезвычайных ситуациях;
- -организовать медицинскую эвакуацию беременных, родильниц, гинекологических больных;
- назначать немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи по профилю **«акушерство и гинекология»**;
- контролировать выполнение и оценивать эффективность и безопасность реабилитационных мероприятий, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов, с учетом диагноза в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»;
- оценить реакцию пациента на проводимое лечение (в случае необходимости провести корригирующие мероприятия, в том числе оказать неотложную помощь);
- наблюдать за эмоциональной сферой пациенток и членов их семей по завершении рассказа на тему о здоровом образе жизни и применять различные дидактические приёмы (по уровню пересказа информации, по сохранению смысловых связей) при составлении индивидуального плана мероприятий по сохранению здоровья:
- анализировать целеполагание, мотивационную сферу и эмоциональный фон пациенток и членов их семей по сохранению и укреплению своего здоровья и здоровья окружающих: цели, мотивы, эмоции, функциональное состояние, готовность и способность вести здоровый образ жизни (виды, уровни, этапы, качества, проявления)
- определять очередность, объем, содержание диагностических и лечебных мероприятий;
- проводить клинико-диагностические исследования и лечение в соответствии со стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения), приказами Минздрава России, законами Российской Федерации;
- составлять план работы и отчет о своей работе;
- проводить анализ основных показателей эффективности акушерскогинекологической службы;
- обеспечивать внутренний контроль качества медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей;

- оценивать эффективность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания;
- организовать первичную и специализированную медицинскую помощь, в том числе медицинскую эвакуацию при чрезвычайных ситуациях.

сформировать навыки:

- оценки риска развития и прогрессирования заболеваний;
- снижения заболеваемости путем воздействия на факторы риска их развития методами ранней диагностики заболеваний, методами борьбы с вредными привычками, методами санитарно-просветительной работы;
- обучения пациентов способам контроля своего заболевания;
- оценки эффективности профилактических мероприятий.
- организации работы по индивидуализированной иммунопрофилактике;
- организации и проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации населения;
- оказания экстренной медицинской помощи при аллергических реакциях, при возникновении чрезвычайных ситуаций;
- противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях;
- анализа работы акушера гинеколога (стационара, участкового) и ведения отчетности о его работе в соответствии с установленными требованиями;
- -алгоритмы диагностики отдельных заболеваний и патологических состояний при беременности, родах и послеродовом периоде у матери, плода, новорождённого;
- -алгоритмы диагностики отдельных заболеваний и патологических состояний в гинекологии;
- -адекватность выбора и оптимальная реализация врачебной тактики и способов лечения отдельных акушерских осложнений, экстрагенитальных заболеваний при беременности, родах и послеродовом периоде, гинекологических заболеваний;
- оказание реанимационной и хирургической помощи при внезапном прекращении кровообращения, угрожающих жизни состояниях и заболеваниях по профилю «акушерство и гинекология»;
- эвакуации беременных, родильниц, гинекологических больных;
- определение индивидуальных методов и рекомендаций по реабилитации и санаторно-курортного лечению при различных патологических состояниях и заболеваниях;
- стимуляции возвращения к здоровому образу жизни, оптимального поведения в ситуациях разной степени обязательности, преодоления трудных жизненных ситуаций;
- включения пациенток и членов их семей в различные виды деятельности, при которых они получают навыки здорового образа жизни;
- применения стандартов и порядков оказания медицинской помощи,
- осуществления анализа своей работы, ведения отчетности по профилю **«акушерст-** во и гинекология»;
- реализации принципов доказательной медицины для оценки качества оказания медицинских услуг при использовании клинических рекомендаций, порядков и стандартов медицинской помощи.
- оценки эффективности мероприятий по снижению заболеваемости с временной утратой трудоспособности;
- выполнения аудита деятельности по профилю **«акушерство и гинекология»**;
- деятельности организатора первичной и специализированной медицинской помощи и медицинской эвакуации при чрезвычайных ситуациях.

обеспечить освоение опыта профессиональной деятельности:

- проведение профилактической деятельности;
- осуществление психолого-педагогической деятельности;
- осуществление организационно-управленческой деятельности;

- -осуществление диагностической деятельности (курация пациенток, симуляционные занятия, решение ситуационных задач, анализ историй родов и историй болезни);
- осуществление лечебной деятельности (курация пациенток, симуляционные занятия, решение ситуационных задач, анализ историй родов и историй болезни).
- **1.3. Трудоёмкость освоения программы практики:** 58 зачетных единицы, что составляет 2088 академических часов.
- **1.4. Сроки обучения:** 1 курс (1-й и 2-й семестр), 2 курс (3-й и 4-й семестр)
- 1.5. Вид контроля: Д/зачет (2)

1.6. Распределение учебной нагрузки по курсам и семестрам

Год обущения	1 cer	иестр	2 сел	иестр	ИТО	ОГО:
Год обучения	3E	Часы	3E	Часы	3E	Часы
Первый	6,9	249	22,1	795	29	1044
Второй	12	432	17	612	29	1044
ИТОГО:	23	824	45,0	1444	58	2088

2. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ПРАКТИКИ

2.1. Паспорт формируемых компетенций

<u> </u>		pr populipyembix komine rendim		
Индекс ком- петенций	Период	Умения, навыки, опыт деятельности	Количест- во запла- нирован- ных дейст- вий	Форма кон- троля
VK – 1	Первый год	Умения: - выделять и систематизировать существенные свойства и связи предметов, отделять их от частных, не существенных; - анализировать учебные и профессиональные тексты; - анализировать и систематизировать любую поступающую информацию; Навыки - сбора, обработки информации по учебным и профессиональным проблемам; - выбора методов и средств решения учебных и профессиональных задач. Опыт деятельности: - решение учебных и профессиональных задач.	4	Π/Α

		V	1	П/А
		Умения:	4	П/А
		- выявлять основные закономерности изучаемых объектов;		
		- прогнозировать новые неизвестные зако-		
		номерности.		
		Навыки		
	Д	- системного анализа;		
	\ <u>\</u> 0	- системного синтеза.		
_	χ̈	Опыт деятельности:		
1	ğ	- решение учебных и профессиональных		
X	Второй год	задач.		
		Умения	4	П/А
		- прогнозировать и планировать процесс		
		управления коллективом в соответствии с		
		его особенностями и профессиональными		
		задачами.		
		Навыки владения		
		- приемами делового общения;		
		- основами этикета и этической защиты в		
	-	деятельности современного делового че-		
	2	ловека.		
	Σ	Опыт деятельности:		
0	BP	- деловое взаимодействие с коллегами,		
1	Тервый год	младшим медицинским персоналом, паци-		
×	Ĕ	ентками.		
		Умения	4	П/А
		- толерантно воспринимать социальные,		
		этнические, конфессиональные и культур-		
		ные различия.		
		Навыки владения		
		- методикой подготовки и проведения пуб-		
	<u> </u>	личного выступления. Опыт деятельности:		
	χ̈	- деловое взаимодействие с коллегами,		
- 2	bc	- деловое взаимодеиствие с коллегами, младшим медицинским персоналом, паци-		
ΥK	Второй год	ентками.		
_ >	ш	OTTINGIVIVI.		

		1/	4	- T/A
		Умения	4	П/А
		- организовать процесс обучения с исполь-		
		зованием современных педагогических		
		технологий;		
		- использовать формы, методы, средства		
		обучения и воспитания, используемые в		
		педагогической деятельности;		
		Навыки		
		- формирования и развития учебно-		
		исследовательской деятельности у обу-		
		чающихся;		
		Опыт деятельности:		
		- педагогическая деятельность по про-		
	ДС	граммам среднего и высшего медицинско-		
	7	го образования, а также по дополнитель-		
က	1 2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	ным профессиональным программам для		
i	ЭВ	лиц, имеющих среднее профессиональное		
X	Первый год	или высшее образования.		
	_	Умения	4	П/А
		- реализовывать педагогическую деятель-		
		ность по программам среднего и высшего		
		медицинского образования, а также по до-		
		полнительным профессиональным про-		
		граммам.		
		Навыки		
		- владения способами анализа собствен-		
		ной деятельности.		
		Опыт деятельности:		
		- педагогическая деятельность по про-		
	Þ	граммам среднего и высшего медицинско-		
	Второй год	го образования, а также по дополнитель-		
_	Ž	ным профессиональным программам для		
ဗ	ğ	лиц, имеющих среднее профессиональное		
1.5	ی	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
X	⊢	или высшее образования.		l

		Умения	4	П/А
		- выявлять и оценивать выраженность	-	1 1//
		факторов риска развития и прогрессиро-		
		вания заболеваний, соответствующих		
		профилю «акушерство и гинекология»;		
		- выявлять ранние симптомы заболеваний,		
		выяснять семейный анамнез, соблюдать		
		нормы санитарно-эпидемиологического		
		режима;		
		Навыки		
		- оценки риска развития и прогрессирова-		
		ния заболеваний;		
		- снижения заболеваемости путем воздей-		
		ствия на факторы риска их развития мето-		
		дами ранней диагностики заболеваний,		
		методами борьбы с вредными привычка-		
		ми, методами санитарно-просветительной		
	_	работы;		
	0.	Опыт деятельности:		
	Σ	- проведение профилактической деятель-		
_	Первый год	ности;		
	be	- осуществление психолого-		
¥	<u>₽</u>	педагогической деятельности.		
		Умения	4	П/А
		- организовывать и проводить профилак-		
		тику инфекционных заболеваний у взрос-		
		лого населения в соответствии с дейст-		
		вующими порядками оказания медицин-		
		ской помощи, клиническими рекоменда-		
		циями (протоколами лечения) по вопросам		
		оказания медицинской помощи с учетом		
		стандартов медицинской помощи		
		Навыки		
		- обучения пациентов способам контроля		
		своего заболевания;		
		- оценки эффективности профилактиче-		
		ских мероприятий.		
		- организации работы по индивидуализи-		
		рованной иммунопрофилактике		
	ОД	Опыт деятельности:		
	Второй год	- проведение профилактической деятель-		
_	Q	ности;		
_		00////075550///0555	i .	I
¥	<u></u>	- осуществление психолого- педагогической деятельности.		

		V	1	П/А
		Умения:	4	П/А
		- проводить медицинские осмотры с уче-		
		том возраста, состояния здоровья, про-		
		фессии в соответствии с действующими		
		нормативными правовыми актами;		
		- проводить диспансеризацию взрослого		
		населения с целью раннего выявления		
		хронических неинфекционных заболева-		
		ний, основных факторов риска их разви-		
		тия;		
		Навыки		
	-	- организации и проведения профилакти-		
	0.7	ческих медицинских осмотров и диспансе-		
	×Z	ризации населения		
7	<u> </u>	Опыт деятельности:		
1	рв	- Проведение профилактической деятель-		
\(\(\)	Первый год	ности		
	_	Умения:	4	П/А
		- рассчитывать показатели диспансериза-		
		ции;		
		- анализировать данные профилактиче-		
		ских медицинских осмотров и формиро-		
		вать группы для углубленного обследова-		
		ния или наблюдения.		
		Навыки		
		- организации и проведения профилакти-		
	C T	ческих медицинских осмотров и диспансе-		
	6			
	Σ	ризации населения		
7	d	Опыт деятельности:		
`	Второй год	- Проведение профилактической деятель-		
	В	Ности	1	П/А
		Умения	4	П/А
		- обеспечивать безопасность пациентов		
		при проведении обследовании и лечении;		
		- проводить санитарно-		
		противоэпидемические мероприятия в		
		случае возникновения очага инфекции;		
		Навыки		
		- оказания экстренной медицинской помо-		
		щи при аллергических реакциях, при воз-		
		никновении чрезвычайных ситуаций;		
	0	Опыт деятельности:		
)Z	- проведение профилактической деятель-		
က	=	ности;		
1	рв	- осуществление психолого-		
 \(\(\)	Первый год			
Ē	ľ	педагогической деятельности.		

		Умения - определять медицинские показания к	4	П/А
		введению ограничительных мероприятий (карантина) и показания для направления к врачу - специалисту.		
		Навыки - противоэпидемических мероприятий, ор-		
		ганизации защиты населения в очагах		
	РОД	особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях.		
က	ο̈́Ζ	Опыт деятельности:		
본 I	Второй год	- осуществление организационно- управленческой деятельности.		
<u> </u>	Ш	Умения	4	П/А
		- контролировать ведение текущей учетной и отчетной документации по установ-		
		ленным формам; - анализировать данные официальной ста-		
		тистической отчетности, включая формы		
		федерального и отраслевого статистиче- ского наблюдения;		
		Навыки		
		- анализа работы акушера - гинеколога (стационара, участкового) и ведения от-		
	Первый год	четности о его работе в соответствиис ус-		
	Σ̈́	тановленными требованиями. Опыт деятельности:		
1	bBI	- Осуществление организационно-		
Ĭ	<u></u>	управленческой деятельности.		
		Умения - работать с персональными данными па-	4	П/А
		циентов и сведениями, составляющими		
		врачебную тайну;		
		- вести медицинскую документацию, в том числе и в электронном виде.		
		Навыки		
		- анализа работы акушера - гинеколога		
	4	(стационара, участкового) и ведения отчетности о его работе в соответствиис ус-		
	2	тановленными требованиями.		
4) O M	Опыт деятельности:		
본	Второй год	- Осуществление организационно- управленческой деятельности.		
		управлепческой деятельности.	1	

		Умения:	4	П/А
		- проводить опрос, общее и специальное	-	1 1// \
		акушерское объективное обследование,		
		оценку результатов лабораторно-		
		инструментальных методов исследования		
		плода, беременных, рожениц, родильниц и		
		гинекологических больных;		
		- оценивать физиологическое и патологи-		
		ческое течение беременности, родов и по-		
		слеродового периода;		
		-оценивать физиологическое и патологи-		
		ческое течение периода новорожденности;		
		Навыки:		
		-алгоритмы диагностики отдельных забо-		
		леваний и патологических состояний при		
		беременности, родах и послеродовом пе-		
		риоде у матери, плода, новорождённого;		
	0.	Опыт деятельности:		
	Первый год	-осуществление диагностической деятель-		
2	<u> </u>	ности (курация пациенток, симуляционные		
l l	рВ	занятия, решение ситуационных задач,		
¥	_ 	анализ историй родов и историй болезни).		
		Умения:	4	П/А
		- оценивать физиологические и патологи-		
		ческие процессы в женской половой сис-		
		теме вне беременности.		
		Навыки:		
		-алгоритмы диагностики отдельных забо-		
		леваний и патологических состояний в ги-		
		некологии.		
	ď.	Опыт деятельности:		
	2	i i		
D.	ŎŽ			
ı	do	, , , ,		
¥	3T(
ПК – 5	Второй год	-осуществление диагностической деятель- ности (курация пациенток, симуляционные занятия, решение ситуационных задач, анализ историй родов и историй болезни).		

	_	1	T .	
		Умения: -определять врачебную тактику при физиологическом течении беременности, родов и послеродового периода; -определять врачебную тактику и лечение патологических состояний и заболеваний при беременности, родах и послеродовом периоде; -проводить лечение заболеваний и патологических состояний плода и новорождённого; -осуществлять акушерские пособия и операции при беременности, в родах и послеродовом периоде;	4	П/А
ЛК – 6	Первый год	Навыки: -адекватность выбора и оптимальная реализация врачебной тактики и способов лечения отдельных акушерских осложнений, экстрагенитальных заболеваний при беременности, родах и послеродовом периоде. Опыт деятельности: - осуществление лечебной деятельности (курация пациенток, симуляционные занятия, решение ситуационных задач, анализ историй родов и историй болезни).		
_		Умения: - осуществлять лечение заболеваний и патологических состояний в гинекологии;	4	П/А
		-проводить предоперационную подготовку и ведение послеоперационного периода у гинекологических больных, прерывать бе-		
		ременность, применять диагностические манипуляции в гинекологии и методы опе-		
		ративного лечения гинекологических забо- леваний; -применять гормональную, внутриматоч-		
		ную, барьерную, физиологическую, жен- скую хирургическую и мужскую контрацеп- цию.		
		Навыки: -адекватность выбора и оптимальная реализация врачебной тактики и способов лечения отдельных гинекологических забо-		
ဖ	Второй год	леваний. Опыт деятельности: - осуществление лечебной деятельности (курация пациенток, симуляционные заня-		
¥	Втор	тия, решение ситуационных задач, анализ историй родов и историй болезни).		

		\/	4	П/А
		Умения: - проводить сердечно-лёгочную реанима-	4	Π/A
		цию;		
		- определять медицинские показания и		
		выполнять мероприятия по оказанию экс-		
		тренной и неотложной медицинской помо-		
		щи, в том числе при чрезвычайных ситуа-		
		циях; Навыки		
		- оказание реанимационной и хирургиче-		
		ской помощи при внезапном прекращении		
		кровообращения, угрожающих жизни со-		
	_	стояниях и заболеваниях по профилю		
	0	«акушерство и гинекология»;		
	Σ̈́	Опыт деятельности: - Осуществление лечебной деятельности.		
	Тервый год	- Осуществление диагностической дея-		
¥	Пе	тельности.		
		Умения:	4	П/А
		-организовать медицинскую эвакуацию бе-		
		ременных, родильниц, гинекологических больных.		
		Навыки		
		- эвакуации беременных, родильниц, гине-		
	д	кологических больных.		
	7 7	Опыт деятельности:		
7.	100	- Осуществление лечебной деятельности.		
 	Второй год	- Осуществление диагностической дея-		
	<u> </u>	Умения	4	П/А
		- назначать немедикаментозное лечение с		,, .
		учетом диагноза, возраста и клинической		
		картины болезни в соответствии с дейст-		
		вующими порядками оказания медицин-		
		ской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом		
		стандартов медицинской помощи по про-		
		филю «акушерство и гинекология»;		
		Навыки		
		- определение индивидуальных методов и		
		рекомендаций по реабилитации и сана-		
		торно-курортного лечению при различных		
	עַ	патологических состояниях и заболевани-ях в акушерстве.		
	2	ях в акушерстве. Опыт деятельности:		
œ	PK	- Осуществление диагностической, лечеб-		
I	Тервый год	ной, организационно-управленческой дея-		
¥	Пе	тельности.		

		Умения	4	П/А
		- контролировать выполнение и оценивать	-	177
		эффективность и безопасность реабили-		
		тационных мероприятий, в том числе при		
		реализации индивидуальной программы		
		реабилитации и абилитации инвалидов, с		
		учетом диагноза в соответствии с дейст-		
		вующими порядками оказания медицин-		
		ской помощи, клиническими рекоменда-		
		циями (протоколами лечения) с учетом		
		стандартов медицинской помощи по про-		
		филю «акушерство и гинекология»;		
		- оценить реакцию пациента на проводи-		
		мое лечение (в случае необходимости		
		провести корригирующие мероприятия, в		
		том числе оказать неотложную помощь).		
		- определение индивидуальных методов и		
		рекомендаций по реабилитации и сана-		
		торно-курортного лечению при различных		
		патологических состояниях и заболевани-		
	ᅜ	ях в гинекологии.		
	2	Опыт деятельности:		
ω	Ŏ	- Осуществление диагностической, лечеб-		
	Второй год	ной, организационно-управленческой дея-		
¥	ВТ	тельности.		
		Умения	4	П/А
		- наблюдать за эмоциональной сферой		
		пациенток и членов их семей по заверше-		
		нии рассказа на тему о здоровом образе		
		жизни и применять различные дидактиче-		
		ские приёмы (по уровню пересказа ин-		
		формации, по сохранению смысловых свя-		
		зей) при составлении индивидуального		
		плана мероприятий по сохранению здоро-		
		вья;		
		Навыки		
		- стимуляции возвращения к здоровому		
		образу жизни, оптимального поведения в		
	-	ситуациях разной степени обязательности,		
	Первый год	преодоления трудных жизненных ситуа-		
	Σ̈́	ций;		
6	ВЬ	Опыт деятельности:		
_	ер	- Осуществление психолого-		
	Ē	педагогической деятельности.		

	1		1 4	- · ·
		Умения	4	П/А
		- анализировать целеполагание, мотива-		
		ционную сферу и эмоциональный фон па-		
		циенток и членов их семей по сохранению		
		и укреплению своего здоровья и здоровья		
		окружающих: цели, мотивы, эмоции, функ-		
		циональное состояние, готовность и спо-		
		собность вести здоровый образ жизни (ви-		
		ды, уровни, этапы, качества, проявления).		
		Навыки		
		- включения пациенток и членов их семей		
	_	в различные виды деятельности, при кото-		
	Ь0	рых они получают навыки здорового об-		
	`Z	раза жизни.		
တ	0	Опыт деятельности:		
Ţ	Второй год	- Осуществление психолого-		
Ι	Вт	педагогической деятельности.		
		Умения	4	П/А
		- определять очередность, объем, содер-		
		жание диагностических и лечебных меро-		
		приятий;		
		- проводить клинико-диагностические ис-		
		следования и лечение в соответствии со		
		стандартами медицинской помощи, клини-		
		ческими рекомендациями (протоколами		
		лечения), приказами Минздрава России,		
		законами Российской Федерации;		
		Навыки		
	р	- применения стандартов и порядков ока-		
	рвый год	зания медицинской помощи,		
10	1 2 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3	Опыт деятельности:		
i	98	Осуществление организационно-		
 \(\(\)		управленческой деятельности.		
		Умения	4	П/А
		- проводить клинико-диагностические ис-	•	. ,, ,
		следования и лечение в соответствии со		
		стандартами медицинской помощи, клини-		
		ческими рекомендациями (протоколами		
		лечения), приказами Минздрава России,		
		законами Российской Федерации;		
		- составлять план работы и отчет о своей		
		работе.		
		работе. Навыки		
	-	- осуществления анализа своей работы,		
	70	ведения отчетности по профилю «акушер-		
	χ̈	ство и гинекология».		
1 7	bo	Опыт деятельности:		
□K –10	Второй год	Осуществление организационно-		
	Ġ	управленческой деятельности.		

	1	\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	1.4	
		Умения	4	П/А
		- проводить анализ основных показателей		
		эффективности акушерско-		
		гинекологической службы;		
		Навыки		
		- реализации принципов доказательной		
		медицины для оценки качества оказания		
	ч	медицинских услуг при использовании		
	Первый год	клинических рекомендаций, порядков и		
_	λ	стандартов медицинской помощи.		
7	Bb	Опыт деятельности:		
¥	ер	Осуществление организационно-		
		управленческой деятельности.	4	
		Умения	4	П/А
		- обеспечивать внутренний контроль каче-		
		ства медицинской деятельности в преде-		
		лах должностных обязанностей;		
		- оценивать эффективность применения		
		лекарственных препаратов, медицинских		
		изделий и лечебного питания.		
		Навыки		
		- оценки эффективности мероприятий по		
		снижению заболеваемости с временной утратой трудоспособности;		
	_	- выполнения аудита деятельности по		
	6	профилю «акушерство и гинекология»		
_	λŽ	Опыт деятельности:		
1	d	Осуществление организационно-		
¥	Второй год	управленческой деятельности.		
		Умения	4	П/А
		- организовать первичную и специализи-	•	
		рованную медицинскую помощь, в том		
		числе медицинскую эвакуацию при чрез-		
		вычайных ситуациях.		
		Навыки		
		- деятельности организатора первичной и		
		специализированной медицинской помощи		
	Первый год	и медицинской эвакуации при чрезвычай-		
	Σ̈́	ных ситуациях.		
12	Ĕ	Опыт деятельности:		
Ţ	þE	- Осуществление организационно-		
¥	Пе	управленческой деятельности.		

		Умения	4	П/А
		- организовать первичную и специализи-		
		рованную медицинскую помощь, в том		
		числе медицинскую эвакуацию при чрез-		
		вычайных ситуациях.		
		Навыки		
		- деятельности организатора первичной и		
		специализированной медицинской помощи		
	ГОД	и медицинской эвакуации при чрезвычай-		
		ных ситуациях.		
12	Õ	Опыт деятельности:		
J	Второй	- Осуществление организационно-		
Ě	Вт	управленческой деятельности.		

3. СОДЕРЖАНИЕ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ПРАКТИКИ

3.1. Обучающий симуляционный курс

Цель обучения: формирование умений и навыков, необходимых для самостоятельной работы врача акушера - гинеколога.

Трудоемкость: 2 зачетные единицы.

			Формируемые	
Индекс	Наименование дисци-	Тип и вид симулятора	профессиональ-	Форма
	плин (модулей) и тем		ные умения и на-	контроля
F2.2	C-22 32.	<u> </u>	ВЫКИ	20
Б2.2		иплины: «Акушерство и	гинекология»	Зачет
Б2.2.1	Акушерство		Ι	Зачет
Б2.2.1.1	Методы обследо-	Манекен или	Навыки тазоиз-	Зачет
	вания плода, бе-	фантом роженицы,	мерения, оценка	
	ременной, роже-	позволяющий	размеров таза	
	ницы, родильницы.	отработать пальпацию		
		живота, приемы		
		Леопольда,		
		аускультацию		
		сердцебиения плода,		
		вагинальное		
		исследование, опреде-		
		ление положения и		
		предлежания плодании,		
		акушерские		
		измерения.		
		Манекен или фантом		
		торса беременной для		
		проведения		
		обследования,		
		влагалищного		
		исследования,		
		приемов Леопольда,		
		аускультации		
		сердцебиения плода.		
		Манекен или полуторс		
		роженицы для		
		отработки навыков		

	T		T	
		ухода и манипуляций в акушерстве. Набор моделей стадий		
		беременности.		
		Модель плода.		
		Фантом акушерский.		
Б2.2.1 .2	Принципы	Манекен младенца для	Овладение на-	Зачет
	неонатологической	отработки ухода за	выками	
	помощи	новорожденным, в том	ухода и оказа-	
	·	числе инъекций,	ния	
		обработки пупка,	неотложной	
		кормления	помощи	
		Овладение навыками	новорожден-	
		ухода и оказания	НЫМ	
		неотложной помощи		
		новорожденным		
		Манекен младенца для		
		отработки		
		неотложных		
		состояний в		
		неонатологии с		
		управлением через электронный контролер или-		
		компьютер, с помощью		
		которого можно созда-		
		вать и проигрывать кли-		
		нические сценарии		
Б2.2.1 .3	Принципы ведения	Тренажеры для	Овладение на-	Зачет
	родов	Диагностики раскрытия	выками веде-	
	•	шейки в родах для вла-	ния родов на	
		галищного исследова-	различных	
		ния, Тренажер роженицы	стадиях родо-	
		Имитатор процесса ро-	вой деятельно-	
		дов	СТИ	
Б2.2.1 .4	Принципы опера-	Фантом женской про-		
	тивного акушерст-	межности для наложения		
	Ва	швов. Овладение навы-		
		ками наложения швов на		
Б2.2.2	Гинекология	промежности		Зачёт
Б2.2.2.1	Основы анатомо-	Фантом женского таза со	Овладение	Зачет
DZ.Z.Z.1	физиологического	сменными патологиями	знаниями ана-	00701
	строения женских	женских половых орга-	томофизиоло-	
	половых органов	нов	гичекого	
			строения жен-	
			ских половых	
			органов	
Б2.2.2.2	Принципы диагно-	Фантомы гинекологиче-	Овладение на-	Зачет
	стики гинекологи-	ского исследования для	выками диаг-	
	ческих заболева-	обучения навыкам диаг-	ностики пато-	
	ний	ностики патологических	логических со-	
		состояний (в том числе	стояний жен-	

			I	
		миомы матки, кисты яич-	ских половых	
		ника, гидросальпинкса),	органов	
		взятия мазка биологиче-		
		ского отделяемого сли-		
		зистой влагалища и цер-		
		викального канала		
Б2.2.2.3	Принципы диагно-	Накладные модели мо-	Овладение	
	стики заболеваний	лочных желез с патоло-	пальпаторной	
	молочной железы	гическими новообразо-	маммологиче-	
		ваниями для проведения	ской диагно-	
		пальпаторной маммоло-	стикой	
		гической диагностики		
Б2.2.3	Амбулаторно-поликл			Зачет
Б2.2.3.1	Принципы назна-		Навыки подбо-	Зачет
DZ.Z.O.1	чения контрацеп-	трацепции	ра и постанов-	00401
	• •	грацепции 	•	
	ции		ки контрацеп-	
E2 2 4	CMONUM IS ENSURED.	<u> </u>	тивных средств	201107
Б2.2.4	Смежные дисциплин			Зачет
Б2.2.4.1		и неотложные состояния	4.11==:	Зачет
Б2.2.4.1.	Принципы и осно-	Манекены-тренажеры,	1.Навык меди-	Зачёт
1	вы оказания МП	фантомы.	цинской сорти-	
	принеотложных и	Носилки.	ровки постра-	
	критических со-	Шины для фиксации при	давших	
	стояниях, внезап-	переломах.	2.Умение вы-	
	ных заболеваниях	Ситуационные задачи	бора терапев-	
			тическихмеро-	
			приятий для	
			устранения ТШ	
			3.Навык обес-	
			печения сво-	
			бодной прохо-	
			димости ДП	
			4.Навык НПМС:	
			выбор точки	
			для компрес-	
			сии ГК; ПКУ;	
			техника ЗМС	
			5.Навык иммо-	
			билизациипов-	
			режденных ко-	
			нечностей, по-	
			звоночника, та-	
			за, грудной	
			клетки, головы	
			и транспорти-	
			ровки в МО	
			6.Навык орга-	
			•	
			низации	
			МП обожжен-	
			ным и требо-	
			ваний к транс-	
			портным сред-	

				1
			ствам при пе-	
			ревозке обож-	
			женных в спе-	
			циализирован-	
			нуюе МО	
			7.Умение вы-	
			бора медика-	
			ментозной те-	
			рапии с учетом	
			объема пора-	
			жения при ока-	
			зании ПМП	
			8.Навык вве-	
			_	
			дения	
			препаратов: -	
			внутривенно -	
			внутривенно	
			струйно (через	
			катетер в под-	
			ключичной ве-	
			не)	
			9. Навык орга-	
			низации при	
			необходимости	
			противоэпиде-	
			мических ме-	
			роприятий	
			10. Навык со-	
			гласованной	
			работы в ко-	
			манде	
Б2.2.4.1.	Основы организа-	Манекены-тренажеры,	1.Навык обес-	
2	ции оказания ме-	фантомы. Фантом груд-	печения сво-	
	дицинской помощи	ной клетки или манекен с		
			•	
	при неотложных и	возможностью проведе-	димости ДП	
	критических со-	ния ИВЛ через рот, ими-	2. Навык обес-	
	стояниях, внезап-	тацией раздувания лег-	печения искус-	
	ных заболеваниях	ких, подвижными шеей и	ственной вен-	
		нижней челюстью, сжи-	тиляции легких	
		маемой грудной клеткой	· ·	
		для отработки СЛР, в	3. Навык не-	
		том числе с применени-	прямого мас-	
		ем дефибрилляции.	сажа сердца:	
		Электронный полнорос-	выбор точки	
		товый манекен для отра-	для компрес-	
		ботки помощи при крово-	сии грудной	
		течении, накладные му-	клетки; пре-	
		ляжи ран. Носилки. Ши-	кардиальный	
		ны для фиксации при пе-	удар; техника	
		реломах. Ситуационные	3MC	
		задачи	4. Навык соче-	
		Capa III	тания ИВЛ и	
			TATIVIZI VILIZI VI	

	1
массажа серд-	
ца при базовой	
реанимации	
5. Умение вы-	
бора медика-	
ментозной те-	
рапии при ба-	
зовой реани-	
мации	
6. Навык вве-	
дения препа-	
ратов внутри-	
венно, струйно	
(через катетер	
в подключич-	
ной вене)	
7. Навык со-	
гласованной	
работы в ко-	
манде.	

3.2. Содержание практики

3.Z. CO	держание практики			
Код	Тема рабочей программы учебной дисциплины (модуля). Виды профессиональной деятельности	Место прохож- дения практики	Продолжитель-ность	Индекс компетенции
	Первый год обучения	Я		•
Стацион	ар			
Б2.Б.2.	Акушерство. Курация пациенток с экстра-	Дородовое	10	ПК-
1	генитальными заболеваниями и ослож-	отделение	з.ед./	5;
	нениями беременности		360	ПК-6
			акад.	
			час.	
	Акушерство. Курация рожениц	Родильное	10	ПК-
		отделение	з.ед./	5;
			360	ПК-6
			акад.	
			час.	
	Акушерство. Курация родильниц	Послеродо-	6	ПК-
		вое отделе-	з.ед./	5;
		ние	216	ПК-6
			акад.	
			час.	
Поликли		,		
Б2.Б.2.	Акушерство. Курация пациенток с физио-	Женская кон-	10	ПК-
3.1	логической беременностью, осложне-	сультация	з.ед./	5;
	ниями беременности, экстрагенитальны-		360	ПК-6
	ми заболеваниями.		акад.	
			час.	

Код	Тема рабочей программы учебной дисциплины (модуля). Виды профессиональной деятельности	Место прохож- дения практики	Продолжитель-ность	Индекс компетенции
	Второй год обучени	Я		
Стацион	ар			
Б2.Б.2.	Гинекология. Курация пациенток с гине-	Отделение	12	ПК-
2	кологическими заболеваниями.	экстренной	з.ед./	5;
		гинекологиче-	432	ПК-6
		ской помощи	акад.	
			час.	
	Гинекология. Курация пациенток с гине-	Отделение	12	ПК-
	кологическими заболеваниями.	плановой ги-	з.ед./	5;
		некологиче-	432	ПК-6
		ской помощи	акад.	
			час.	
Поликли	ника			
Б2.Б.2.	Гинекология. Курация пациенток с гине-	Женская кон-	11	ПК-
3.2	кологическими заболеваниями.	сультация	з.ед./	5;
			376	ПК-6
			акад.	
			час.	

4. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРО-ГРАММЫ Производственной (клинической) практики Базовая часть (Б2.Б.2)

4.1. Разделы дисциплины и виды занятий

		Кол-во часов/зачетных		Индексы форми-
		единиц	1	руемых компе-
Код	Название раздела дисциплины	Практика	CP	тенций
Б2.Б.2.1.1	Методы обследования беремен-	4	-	ПК-5
Б2.Б.2.1	ных, рожениц, родильниц и ги-			
Б2.Б.2.2	некологических больных			
Б2.Б.2.3				
Б2.Б.2.1.2	Определение физиологического	190	150	ПК-
Б2.Б.2.1.5	и патологического течения бе-			1,2,3,4,5,6,7,8,
Б2.Б.2.1	ременности, родов и послеродо-			9,10,11,12
Б2.Б.2.3.1	вого периода.			
	Ведение физиологической и па-			
	тологической беременности, ро-			
	дов и послеродового периода			
Б2.Б.2.1.3	Оценка физиологического и па-	-	-	-
Б2.Б.2.1.6	тологического течение периода			
Б2.Б.2.1	новорожденности.			
	Лечение заболеваний и патоло-			
	гических состояний плода и но-			
	ворождённого			

Б2.Б.2.1.7 Б2.Б.2.1	Акушерские пособия и опера-	6	-	ПК – 5,6,7
Б2.Б.2.1	ции.			
52.5.2.1.4 52.5.2.1.8 52.5.2.2 52.5.2.3.2	Оценка физиологии и патологии женской половой системы вне беременности Лечение заболеваний и патологических состояний в гинекологии	51	138	ПК- 1,2,3,4,5,6,7,8, 9,10,11,12
Б2.Б.2.1.9 Б2.Б.2.2 Б2.Б.2.3.2	Гинекологические операции и пособия.	114	-	ПК – 5,6,7
Б2.Б.1.1.1 0 Б2.Б.2.2 Б2.Б.2.3.2	Планирование семьи и контра- цепция	6	-	ПК – 5,6
Б2.Б.2.1.1 1 Б2.Б.2.1 Б2.Б.2.2 Б2.Б.2.3	Организация акушерско- гинекологической помощи в Российской Федерации	6	-	ПК — 10,11,12
Итого		377	288	

4.2. Производственная (клиническая) практика

Производственная (клиническая) практика предназначена для формирования у врачей-ординаторов компетенций в соответствии с целью и задачами программы ординатуры. Способы проведения производственной (клинической) практики: стационарная; выездная.

Практическая подготовка лиц, получающих высшее медицинское образование, обеспечивается путем их участия в осуществлении медицинской деятельности в соответствии с образовательными программами и организуется:

- 1) в образовательных и научных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность (клиники);
- 2) в медицинских организациях, в том числе медицинских организациях, в которых располагаются структурные подразделения образовательных и научных организаций (клиническая база);
- 3) в судебно-экспертных учреждениях и иных организациях, осуществляющих деятельность в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации.

Для лиц с ограниченными возможностями здоровья выбор мест прохождения практик должен учитывать состояние здоровья и требования по доступности.

4.3. Самостоятельная (внеаудиторная) работа

Самостоятельная работа обучающихся на практике направлена на совершенствование знаний и умений, лежащих в основе формируемых компетенций, а также на развитие навыков самоорганизации и самодисциплины. Контроль самостоятельной работы организуется как единство нескольких форм: самоконтроль, взаимоконтроль, контроль со стороны преподавателя.

Тематика самостоятельной работы обучающихся:

I семестр (100 часов)

1. Действующие клинические рекомендации (протоколы лечения) Минздрава Российской Федерации по акушерству (93 часа, 28 клинических рекомендаций).

- 1.1. Оказание медицинской помощи при одноплодных родах в затылочном предлежании. Интранатальная кардиотокография (9 часов).
- 1.2. Тазовое предлежание плода (3 часа).
- 1.3. Выкидыш в ранние сроки беременности (3 часа).
- 1.4. Резус-сенсибилизация. Гемолитическая болезнь плода (3 часа).
- 1.5. Тромботическая микроангиопатия в акушерстве (6 часов).
- 1.6. Оказание медицинской помощи при анатомически и клинически узком тазе (3 часа).
- 1.7. Преждевременные роды (6 часов).
- 1.8. Организация медицинской эвакуации беременных женщин, рожениц и родильниц при преждевременных родах (1 час).
- 1.9. Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и по-слеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия (3 часа).
- 1.10. Применение антиретровирусных препаратов в комплексе мер, направленных на профилактику (1 час).
- 1.11. Эмболия амниотической жидкостью (3 часа).
- 1.12.Септические осложнения в акушерстве (3 часа).
- 1.13. Профилактика, лечение и алгоритм при акушерских кровотечениях (3 часа).
- 1.14. Кровесберегающие технологии в акушерской практике (3 часа).
- 1.15. Кесарево сечение (6 часов).
- 1.16. Острая жировая дистрофия печени у беременных (3 часа).
- 1.17. Оказание специализированной медицинской помощи при оперативных влагалищных родах (3 часа).
- 1.18. Анафилактический шок в акушерстве (3 часа).
- 1.19. Организация медицинской эвакуации беременных женщин, рожениц и родильниц при неотложных состояниях (3 часа).
- 1.20. Гестационный сахарный диабет (6 часов).
- 1.21. Антифосфолипидный синдром (3 часа).
- 1.22. Обеспечение эпидемиологической безопасности в родовом зале (1 час).
- 1.23. Периоперационная антибиотикопрофилактика в учреждениях здра-воохранения (1 час).
- 1.24. Планирование беременности и наблюдение за беременными с системной красной волчанкой (1 час).
- 1.25. Тромбоз венозных синусов мозга (синустромбоз) у беременных, рожениц и родильниц (1 час).
- 1.26. Нейроаксиальные методы обезболивания родов (6 часов).
- 1.27. Начальная терапия сепсиса и септического шока в акушерстве (3 часа)
- 1.28. Акушерский перитонит (3 часа).
- 2. Резервы снижения перинатальных потерь. Современные стратегии перинатального риска (3 часа).
- 3. Региональная маршрутизация беременных (4 часа).

II семестр (98 часов)

- 5.Действующие федеральные стандарты, порядки оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам.
- 5.1. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)». Приказ Минздрава России от 01 ноября 2012 года №572н. Объём обследования и лечения на амбулаторном и стационарном этапе: диагностические мероприятия, консультации смежных врачей специалистов, лечебные мероприятия,

показания для госпитализации при беременности, родах и послеродовом периоде (42 часа, 84 раздела по 0,5 часа).

- 5.1.1. Ведение беременности пря физиологическом течении.
- 5.1.2. Рвота беременных.
- 5.1.3. Отеки, вызванные беременностью.
- 5.1.4. Отеки, протеинурия и гипертензионные расстройства во время беременности и в послеродовом периоде
- 5.1.5. Привычное невынашивание беременности (в сроке до 22 недель)
- 5.1.6. Кровотечение в ранние сроки беременности
- 5.1.7. Преждевременные роды (угроза).
- 5.1.8. Многоплодная беременность.
- 5.1.9. Медицинская помощь матери при установленном или предполагаемом неправильном предлежании плода.
- 5.1.10. Медицинская помощь матери при установленном или предполагаемом несоответствии размеров таза и плода.
- 5.11. Медицинская помощь матери при установленной или предполагаемой аномалии органов таза.
- 5.1.12. Медицинская помощь матери при установленных или предполагаемых аномалиях и повреждениях плода.
- 5.1.13. Беременность с резус-иммунизацией.
- 5.1.14. Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери.
- 5.1.15. Синдром задержки роста плода и плацентарные нарушения.
- 5.1.16. Многоводие и другие нарушения со стороны амниотической жидкости и плодных оболочек.
- 5.1.17. Предлежание плаценты без кровотечения.
- 5.1.18. Инфекции мочеполовых путей при беременности.
- 5.1.19. Инфекции половых путей при беременности.
- 5.1.20. Переношенная беременность.
- 5.1.21. Герпес беременных.
- 5.1.22. Папилломавирусная инфекция.
- 5.1.23. Цитомегаловирусная инфекция.
- 5.1.24. Урогенитальный кандидоз.
- 5.1.25. Микоплазмоз.
- 5.1.26. Хламидийная инфекция.
- 5.1.27. Туберкулез, осложняющий беременность, деторождение или послеродовой период.
- 5.1.28. Сифилис, осложняющий беременность, деторождение или послеродовой период.
- 5.1.29. Гонорея, осложняющий беременность, деторождение или послеродовой период.
- 5.1.30. Другие инфекции, передаваемые половым путём, осложняющий беременность, деторождение или послеродовой период.
- 5.1.31. Вирусный гепатит, осложняющий беременность, деторождение или послеродовой период.
- 5.1.32. Другие вирусные болезни, осложняющий беременность, деторождение или послеродовой период.
- 5.1.33. Протозойные инфекции, осложняющий беременность, деторождение или послеродовой период.
- 5.1.34. Другие инфекционные и паразитарные болезни, осложняющий беременность, деторождение или послеродовой период.
- 5.1.35. Подозрение на ВИЧ-инфекцию.

- 5.1.36. Венозные осложнения при беременности.
- 5.1.37. Хронические ревматические болезни сердца при беременности.
- 5.1.38. Кардиомиопатия при беременности.
- 5.1.39. Сахарный диабет при беременности.
- 5.1.40. Недостаточное или чрезмерное увеличение массы тела при беременности.
- 5.1.41. Гипотензивный синдром у матери.
- 5.1.42. Поражение печени во время беременности, родов и в послеродовом периоде.
- 5.1.43. Подвывихи лонного сочленения во время беременности, родов и в послеродовом периоде.
- 5.1.44. Анемия при беременности.
- 5.1.45. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, осложняющие беременность, роды и послеродовой период.
- 5.1.46. Панические расстройства и болезни нервной системы, осложняющие беременность, роды и послеродовой период.
- 5.1.47. Болезни системы кровообращения, осложняющие беременность, роды и послеродовой период.
- 5.1.48. Болезни органов дыхания, осложняющие беременность, роды и послеродовой период.
- 5.1.49. Болезни органов пищеварения, осложняющие беременность, роды и послеродовой период.
- 5.1.50. Болезни кожи и подкожной клетчатки, осложняющие беременность, роды и послеродовой период.
- 5.1.51. Послеродовый сепсис.
- 5.1.51. Другие послеродовые инфекции.
- 5.1.52. Венозные осложнения в послеродовом периоде.
- 5.1.53. Акушерская эмболия.
- 5.1.54. Другие осложнения в послеродовом периоде.
- 5.1.55. Кардиомиопатия в послеродовом периоде.
- 5.1.56. Инфекции молочной железы, связанные деторождением.
- 5.1.57. Другие изменения молочной железы и нарушения лактации, связанные деторождением.
- 5.1.58. Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение
- 5.1.59. Роды одноплодные, родоразрешение с наложением щипцов или с применением вакуум экстрактора.
- 5.1.60. Роды одноплодные, родоразрешение посредством кесарева сечения
- 5.1.61. Роды одноплодные, родоразрешение с использованием другого акушерского пособия
- 5.1.62. Роды многоплодные
- 5.1.63. Предлежание плаценты
- 5.1.64. Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины
- 5.1.65. Преждевременная отслойка плаценты [abruptio placentae]
- 5.1.66. Дородовое кровотечение, не классифицированное в других рубри-ках
- 5.1.67. Послеродовое кровотечение
- 5.1.68. Преждевременные роды
- 5.1.69. Преждевременный разрыв плодных оболочек
- 5.1.70. Неудачная попытка стимуляции родов
- 5.1.71. Нарушения родовой деятельности [родовых сил]
- 5.1.72. Затяжные роды
- 5.1.73. Затрудненные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода
- 5.1.74. Затрудненные роды вследствие аномалии таза у матери

- 5.1.75. Другие виды затрудненных родов
- 5.1.76. Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода [дис-тресс]
- 5.1.77. Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины
- 5.178. Разрывы промежности при родоразрешении Включено: эпизиотомия, продолженная разрывом
- 5.1.79. Другие акушерские травмы
- 5.1.80. Внематочная (эктопическая) беременность прогрессирующая
- 5.1.81. Пузырный занос
- 5.1.82. Другие анормальные продукты зачатия
- 5.1. 83. Самопроизвольный выкидыш.
- 5.1.84. Артифициальный выкидыш.
- 5.2. Стандарты специализированной медицинской помощи в акушерстве (дополнения к соответствующим разделам приказа «572н).
- 5.2.1. Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при рвоте беременных Приказ Минздрава России от 07.11.2012 N 593н
- 5.2.2. Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при отеках, протеинурии и гипертензивных расстройствах во время беременности, родов и в послеродовом периоде Приказ Минздрава России от 07.11.2012 N 596н
- 5.2.3. Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при гипоксии плода, недостаточном росте плода, других плацентарных нарушениях Приказ Минздрава России от 07.11.2012 N 588н
- 5.2.4. Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при родоразрешении посредством кесарева сечения Приказ Минздрава России от 06.11.2012 N 583н
- 5.2.5. Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при самопроизвольных родах в тазовом предлежании. Приказ Минздрава России от 06.11.2012 N 581н.
- 5.2.6. Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при самопроизвольных родах в затылочном предлежании Приказ Минздрава России от 06.11.2012 N 584н.
- 5.2.7. Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при нарушениях родовой деятельности Приказ Минздрава России от 07.11.2012 N 591н.
- 5.2.8. Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты Приказ Минздрава России от 07.11.2012 N 600н.
- 5.2.9. Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при разрыве матки Приказ Минздрава России от 06.11.2012 N 582н.
- 5.2.10. Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при преждевременных родах Приказ Минздрава России от 07.11.2012 N 592н
- 5.2.11. Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при кровотечении в последовом и послеродовом периоде Приказ Минздрава России от 07.11.2012 N 598н.
- 5.3. Стандарты первичной медико-санитарной помощи в акушерстве (дополнения к соответствующим разделам приказа «572н).
- 5.3.1. Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при многоплодной беременности Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1521н
- 5.3.2. Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи беременным женщинам при резус-иммунизации Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 867н
- 5.3.3 Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при привычном невынашивании беременности Приказ Минздрава России от 20.12.2012 N 1273н

- 5.4. Стандарты скорой медицинской помощи в акушерстве (дополнения к соответствующим разделам приказа «572н).
- 5.4.1. Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при кровотечении из женских половых органов Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1401н
- 5.4.2. Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при эклампсии Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1418н
- 5.4.3. Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при самопроизвольных родах Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1433н
- 5.5. Приказ Минздрава РФ от 15.07.2016 N 520н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». Акушерство (дополнения к соответствующим разделам приказа «572н).
- 5.5.8. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при инфекции хирургической акушерской раны
- 5.5.9. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при акушерских кровотечениях в родах и в послеродовом периоде
- 5.5.10. Критерии качества специализированной медицинской помощи беременным с сахарным диабетом
- 5.5.11. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при ложных схватках
- 5.5.12. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при внематочной [эктопической] беременности
- 5.5.13. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при пузырном заносе и других аномальных продуктах зачатия
- 5.5.14. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при самопроизвольном выкидыше
- 5.5.15. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при аборте (самопроизвольном, артифициальном, ином), внематочной или молярной беременности, осложнившейся длительным и чрезмерным кровотечением
- 5.5.16. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при инфекции половых путей и тазовых органов, вызванные абортом, внематочной или молярной беременностью
- 5.5.17. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при предлежании плаценты с кровотечением, преждевременной отслойке плаценты, дородовом кровотечении
- 5.5.18. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при родах одноплодных, самопроизвольном родораз-решении (включено: случаи с минимальной помощью или без нее, с проведением эпизиотомии или без нее).
- 5.5.19. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при оперативном родоразрешении путем кесарева сечения
- 5.5.20. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при преждевременном разрыве плодных оболочек, преждевременных родах
- 5.5.21. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при отеках, протеинурии и гипертензивных расстройствах во время беременности, родов и в послеродовом периоде, преэклампсии, эклампсии
- 5.5.22. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при послеродовом сепсисе
- 5.5.23. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при послеродовом эндометрите
- 5.5.24. Критерии качества специализированной медицинской помощи де-тям при замедленном росте и недостаточности питания плода

- 5.5.25. Критерии качества специализированной медицинской помощи де-тям при расстройствах, связанных с укорочением срока беременности и малой массой тела при рождении
- 5.5.26. Критерии качества специализированной медицинской помощи де-тям при внутриутробной гипоксии, асфиксии при родах
- 5.5.27. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при анафилактическом шоке
- 6. Клиническое и юридическое значение патоморфологических феноменов при внутриутробной гибели плода (12 часов).
- 7. Действующие федеральные стандарты, порядки оказания медицинской помощи гинекологическим больным.
- 7.1. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)». Приказ Минздрава России от 01 ноября 2012 года №572н. Этапность оказания медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями. Объём обследования и лечения на амбулаторном и стационарном этапе: диагностические мероприятия, консультации смежных врачей специалистов, лечебные мероприятия, показания для госпитализации при гинекологических заболеваниях (16 часов; 32 раздела по 0.5 часа).
- 7.1.1. Бесплодие.
- 7.1.2. Воспалительные заболевания женских половых органов.
- 7.1.3. Болезни бартолиновой железы (большой железы преддверия влагалища).
- 7.1.4. Другие воспалительные болезни влагалища и вульвы. Изъязвление и воспаление вульвы и влагалища при болезнях, классифицированных в других рубриках.
- 7.1.5. Доброкачественные заболевания шейки матки.
- 7.1.6. Другие невоспалительные болезни влагалища.
- 7.1.7. Другие невоспалительные болезни вульвы и промежности.
- 7.1.8. Лейомиома матки.
- 7.1.9. Другие доброкачественные новообразования матки.
- 7.1.10. Доброкачественное новообразование яичника.
- 7.1.11. Доброкачественное новообразование других женских половых органов
- 7.1.12. Эндометриоз матки.
- 7.1.13. Эндометриоз яичников.
- 7.1.14. Врожденные аномалии [пороки развития] яичников, фаллопиевых труб и широких связок, тела и шейки матки. Другие врожденные аномалии [пороки развития] женских половых органов. Неопределенность пола и псевдогермафродитизм.
- 7.1.15. Опущение и выпадение внутренних половых органов в сочетании с недержанием мочи или без него.
- 7.1.16. Другие невоспалительные болезни матки, за исключением шейки матки.
- 7.1.17. Отсутствие менструаций, скудные и редкие менструации.
- 7.1.18. Обильные, частые и нерегулярные менструации.
- 7.1.19. Обильные менструации в пубертатном периоде.
- 7.1.20. Другие аномальные кровотечения из матки и влагалища.
- 7.1.21. Болевые и другие состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом.
- 7.1.22. Синдром предменструального напряжения.
- 7.1.23. Свищи с вовлечением женских половых органов.
- 7.1.24. Невоспалительные болезни яичника, маточной трубы и широкой связки матки.
- 7.1.25. Нарушения менопаузы и другие нарушения в околоменопаузном периоде.
- 7.1.26. Осложнения, связанные с искусственным оплодотворением.
- 7.1.27. Доброкачественная дисплазия молочной железы. Гипертрофия молочной железы. Образование в молочной железе неуточненное.

- 7.1.28. Другие болезни молочной железы. Галакторея, не связанная с деторождением. Мастодиния.
- 7.1.29. Преждевременное половое развитие.
- 7.1.30. Задержка полового развития.
- 7.1.31. Дисменорея у девочек.
- 7.1.32. Дисфункция гипоталамуса, не классифицированная в других рубриках, не связанная с беременностью, у девочек.
- 7.2. Стандарты специализированной медицинской помощи в гинекологии (дополнения к соответствующим разделам приказа «572н).
- 7.2.1. Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при кровотечении в связи с предлежанием плаценты, требующим медицинской помощи матери Приказ Минздрава России от 07.11.2012 N 597н.
- 7.2.2. Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при опущении и выпадении внутренних половых органов Приказ Минздрава России от 07.11.2012 N 595н
- 7.2.3. Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при доброкачественных заболеваниях шейки матки Приказ Минздрава России от 07.11.2012 N 599н
- 7.2.4. Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при внематочной (эктопической) беременности Приказ Минздрава России от 07.11.2012 N 589н
- 7.2.5. Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при самопроизвольном прерывании беременности Приказ Минздрава России от 07.11.2012 N 590н.
- 7.2.6. Об утверждении стандарта медицинской помощи при бесплодии с использованием вспомогательных репродуктивных технологий Приказ Минздрава России от 30.10.2012 N 556н
- 7.2.7. Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи женщинам при аномальных кровотечениях (маточных и влагалищных) различного генеза Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1473н.
- 7.3. Стандарты первичной медико-санитарной помощи в гинекологии (дополнения к соответствующим разделам приказа «572н).
- 7.3.1. Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи детям при маточных кровотечениях пубертатного периода Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1426н
- 7.3.2. Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при дисфункции яичников Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 760н
- 7.3.3. Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при доброкачественных новообразованиях яичников Приказ Минздрава России от 07.11.2012 N 594н
- 7.3.4. Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при воспалительных заболеваниях половых органов Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1502н
- 7.3.5. Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи детям при воспалении вульвы и влагалища Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1427н
- 7.3.6. Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при олиго- и аменорее Приказ Минздрава России от 20.12.2012 N 1272н
- 7.4. Приказ Минздрава РФ от 15.07.2016 N 520н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». Гинекология (дополнения к соответствующим разделам приказа «572н).
- 7.4.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественном новообразовании молочной железы.

- 7.4.2. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественном новообразовании яичника.
- 7.4.3. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественном новообразовании тела матки
- 7.4.4. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественном новообразовании шейки матки
- 7.4.5. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при недержании мочи у женщин
- 7.4.6. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при эндометриозе
- 7.4.7. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при доброкачественном новообразовании яичника, невоспалительных болезнях яичника, маточной трубы и широкой связки матки.
- 8. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 августа 2012 г. № 107н "О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению" (6 часов).
- 8.1. Порядок использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказания и ограничения к их применению. Общие положения.
- 8.2. Отбор пациентов для оказания медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий.
- 8.3. Базовая программа вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) [экстракорпоральное оплодотворение].
- 8.4. Инъекция сперматозоида в цитоплазму ооцита.
- 8.5. Криоконсервация половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов.
- 8.6. Использование донорских ооцитов.
- 8.7. Использование донорской спермы.
- 8.8. Использование донорских эмбрионов.
- 8.9. Суррогатное материнство.
- 8.10. Искусственная инсеминация спермой мужа (партнера) или донора.
- 8.11. Применение ВРТ у ВИЧ-инфицированных пациентов.
- 8.12. Особенности использования ВРТ у серодискордантных пар в случае, когда ВИЧ-инфицирован только мужчина.
- 8.13. Особенности проведения ВРТ ВИЧ-инфицированной женщине.
- 9. Закономерности развития эмбриона и их использование во вспомогательных репродуктивных технологиях (12 часов).
- 10. Патоморфологические феномены при гинекологических заболеваниях (10 часов).

III семестр (90 часов)

- 6. Действующие клинические рекомендации (протоколы лечения) Минздрава Российской Федерации для гинекологов (66 часов).
- 6.1. Внематочная беременность (3 часа).
- 6.2. Доброкачественные и предраковые заболевания шейки матки (3 часа).
- 6.3. Кровесберегающие технологии у гинекологических больных (3 часа).
- 6.4. Медикаментозное прерывание беременности (3 часа).
- 6.5. Менопаузальная гормональная терапия и сохранение здоровья женщин зрелого возраста (3 часа).
- 6.6. Миома матки (12 часов).
- 6.7. Синдром поликистозных яичников в репродуктивном возрасте (3 часа).
- 6.8. Эндометриоз (12 часов).
- 6.9. Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений в акушерстве и гинекологии (3 часа).
- 6.10. Урогенитальный трихомониаз (3 часа).

- 6.11. Гонококковая инфекция (3 часа).
- 6.12. Урогенитальный кандидоз (3 часа).
- 6.13. Рак яичников, рак маточной трубы, первичный рак брюшины (3 часа).
- 6.14. Рак шейки матки (3 часа).
- 6.15. Бактериальный вагиноз (3 часа).
- 6.16. Аногенитальные (венерические) бородавки (3 часа).
- 6.17. Мужское бесплодие у взрослых (3 часа).
- 6.18. Рак тела матки (3 часа).
- 6.19. Сифилис (3 часа).
- 6.20. Недержание мочи у женщин (3 часа).
- 7. Действующие руководящие принципы (клинические рекомендации) Международного общества по менопаузе (3 часа).
- 8. Аномальные маточные кровотечения: классификация, клиника, диагностика, лечение в различные возрастные периоды женщины (6 часов).
- 9. Принципы выбора метода планирования семьи (3 часа).

4.4. Организация самостоятельной (внеаудиторной работы) обучающихся:

4.4. Организация самостоятельной (внеаудиторной работы) обучающихся:						
Код	Название раздела	Виды самостоятельной	Кол-во ча-	Индексы фор-		
	дисциплины, темы	работы	сов/зачет-ных	мируемых ком-		
единиц петенций						
Первый семестр (100 акад. час.)						
Б2.Б.2.1.1	Методы обсле-	Подготовка реферата	9 часов	УК-1, ПК-5		
	дования бере-	с аналитическим об-				
	менных, роже-	зором литературы и				
	ниц, родильниц	слайд-презентации по				
	и гинекологиче-	теме: «Оказание ме-				
	ских больных.	дицинской помощи				
		при одноплодных ро-				
		дах в затылочном				
		предлежании. Интра-				
		натальная кардиото-				
		кография».				
Б2.Б.2.1.2	Определение	Оформление слайд-	91 час	УК-1, УК-2,		
Б2.Б.2.1.5	физиологиче-	презентации по теме:		УК-3, ПК-1,		
	ского и патоло-	«Тазовое предлежа-		ПК-2, ПК-4,		
	гического тече-	ние плода. Перина-		ПК-5, ПК-6,		
	ния беременно-	тальные исходы и со-		ПК-7, ПК-10,		
	сти, родов и по-	временные подходы к		ПК-11		
	слеродового	родоразрешению».				
	периода.	Подготовка рефера-				
	Ведение фи-	та: «Выкидыш в ран-				
	зиологической и	ние сроки беременно-				
	патологической	сти. Прогностическое				
	беременности,	значение наличия и				
	<u> </u>					
	родов и после-	отсутствия кровотока				
	родового пе-	в матке рядом с рет-				
	риода	рохориальной гема-				
		томой при ультразву-				
		ковом исследовании».				
		Подготовка презента-				
		ции: «Резус-				
		сенсибилизация. Ге-				
		молитическая бо-				

лезнь плода. Современные методы диагностики, лечения и профилактики». Подготовка реферата: «Тромботическая микроангиопатия в акушерстве» Подготовка презентации: «Оказание медицинской помощи при анатомически и клинически узком тазе. Алгоритм диагностики клинически узкого таза» Подготовка реферата: «Преждевременные роды. Методы оценки степени зрелости лёгких плода». Подготовка таблицы: «Объём помощи на этапах медицинской эвакуации при преждевременных родах» Подготовка плана работы с персоналом родильного отделения центральной районной больницы, перинатального центра второго уровня по организации медицинской эвакуации беременных женщин, рожениц и родильниц при преждевременных родах. Подготовка презентации «Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия. Критерии диагностики и акушерская тактика». Подготовка плана работы с акушерками родильного отделения по препаратам, режимам и дозам антиретровирусных препаратов для профилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции. Подготовка презентации: «Эмболия амниотической жидкостью. Алгоритм действий врача – акушеpa». Подготовка презентации: «Септические осложнения в акушерстве. Критерии диагностики сепсиca». Подготовка презентации: «Алгоритм действий при акушерских кровотечениях». Подготовка презентации: «Кровесберегающие технологии в акушерской практике. Структура, методики и показания к использованию». Подготовка реферата: «Кесарево сечение. Показания, условия и риски. Профилактика напрасного кесарева сечения». Подготовка презентации: «Острая жировая дистрофия печени у беременных. Клинико-лабораторноинструментальная динамика показателей при развитии печёночной недостаточности». Подготовка презентации: «Оказание спе-

циализированной медицинской помощи при оперативных влагалищных родах. По-

казания, условия, методика наложения акушерских щипцов». Подготовка презентации: «Алгоритм действий врача при анафилактическом шоке в акушерстве». Подготовить план работы с медицинским персоналом по показаниям и противопоказаниям к медицинской эвакуации беременных, рожениц, родильниц при неотложных состояниях. Подготовить реферат: «Гестационный сахарный диабет. Диагностика диабетической фетопатии». Подготовка презентации: «Критерии диагностики антифосфолипидного синдрома» Подготовить план мероприятий по обеспечению эпидемиологической безопасности в родовом зале и профилактике гнойносептических осложнений после кесарева сечения». Подготовка презентации: «Ведение беременных с системной красной волчанкой», «Ведение беременных с тромбозом венозных синусов мозга». Подготовка рефератов: «Методы обезболивания родов», «Принципы лечения акушерского перитонита, сепсиса, септического шока», «Методики оценки перинатального риска».

	T	T _		I						
		Подготовка структуры								
		показаний для госпи-								
		тализации в регио-								
		нальные акушерские								
		стационары 1,2,3								
		уровня в виде табли-								
		цы.								
	Второй семестр (98 акад. час.)									
Б2.Б.2.1.2	Определение	Подготовка блок-схем	54 часа	УК-1, УК-2,						
Б2.Б.2.1.5	физиологиче-	по этапности, объёму,		УК-3, ПК-1,						
	ского и патоло-	критериям качества		ПК-2, ПК-4,						
	гического тече-	медицинской помощи		ПК-5, ПК-6,						
	ния беременно-	в соответствии с при-		ПК-7, ПК-10,						
	сти, родов и по-	казами №572н,		ПК-11						
	слеродового	№520н, действующи-								
	периода.	ми стандартами спе-								
	Ведение фи-	циализированной,								
	зиологической и	первичной медико-								
	патологической	санитарной и скорой								
	беременности,	медицинской помощи								
	родов и после-	в акушерстве:								
	родового пе-	«Ведение беремен-								
	риода	ности пря физиологи-								
		ческом течении»,								
		«Рвота беременных»,								
		«Отеки, вызванные								
		беременностью без								
		протеинурии и гипер-								
		тензии», «Отеки, про-								
		теинурия и гипертен-								
		зионные расстрой-								
		ства во время бе-								
		ременности и в по-								
		слеродовом перио-								
		де», «Привычное не-								
		вынашивание бере-								
		менности (в сроке до								
		22 недель)», «Крово-								
		течение в ранние								
		сроки беременности»,								
		«Преждевременные роды (угроза)», «Мно-								
		роды (угроза)», «імно- гоплодная беремен-								
		ность», «Медицин-								
		ская помощь матери								
		при установленном								
		или предполагаемом								
		неправильном пред-								
		лежании плода, несо-								
		ответствии размеров								
		таза и плода, анома-								
		лии органов таза и								
<u> </u>	1	тыы органов таза и								

аномалиях и повреждениях плода», «Беременность с резусиммунизацией», «Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери», «Синдром задержки роста плода и плацентарные нарушения», «Многоводие и другие нарушения со стороны амниотической жид-кости и плодных оболочек», «Предлежание плаценты без кровотечения», «Инфекции мочевых и половых путей при беременности», «Переношенная беременность», «Бактериальная, вирусная, протозойная, грибковая, паразитарная инфекция беременных: герпес, папилломавирус, цитомегаловирус, ВИЧ, кандидоз, микоплазмоз, хламидиоз, туберкулёз, сифилис, гонорея, трихомоноз», «Венозные осложнения при беременности», «Хронические ревматические болезни сердца при беременности», «Кардиомиопатия при беременности», «Сахарный диабет при беременности», «Недостаточное или чрезмерное увеличение массы тела при беременности», «Гипотензивный синдром у матери», «Поражение печени, подвывихи лонного сочленения, анемия во время беременности, родов и в послеродовом периоде», «Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, панические расстройства и болезни нервной системы, болезни системы кровообращения, органов дыхания и пищеварения, кожи и подкожной клетчатки, осложняющие беременность, роды и послеродовой период», «Послеродовый сепсис и другие послеродовые инфекции», «Венозные осложнения в послеродовом периоде», «Акушерская эмболия и другие осложнения в послеродовом периоде», «Кардиомиопатия в послеродовом периоде», «Инфекции и другие изменения молочной железы, связанные деторождением», «Роды одноплодные, самопроизвольное и оперативное родоразрешение с применением вакуум – экстрактора, акушерских щипцов, посредством кесарева сечения», «Роды многоплодные», «Предлежание плаценты», «Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины», «Преждевременная отслойка плаценты», «Дородо-

	T	1		
		вое кровотечение, не		
		классифицированное		
		в других рубриках»,		
		«Послеродовое кро-		
		вотечение», «Преж-		
		девременные роды»,		
		«Преждевременный		
		разрыв плодных обо-		
		лочек», «Неудачная		
		попытка стимуляции		
		родов», «Нарушения		
		родовой деятельно-		
		сти», «Затяжные ро-		
		ды», «Затрудненные		
		роды вследствие не-		
		правильного положе-		
		ния или предлежания		
		плода, аномалии таза		
		у матери», «Роды и		
		родоразрешение, ос-		
		ложнившиеся стрес-		
		сом плода [дистрес-		
		сом плода [дистрес- сом]», «Роды и родо-		
		разрешение, ослож-		
		нившиеся патологи-		
		ческим состоянием		
		пуповины», «Разрывы		
		промежности при ро-		
		доразрешении, в том		
		числе эпизиотомия,		
		продолженная разры-		
		вом», «Внематочная		
		(эктопическая) бере-		
		менность прогресси-		
		рующая», «Пузырный		
		занос», «Самопроиз-		
		вольный, артифици-		
		альный, иной аборт».		
		Подготовка реферата		
		с аналитическим об-		
		зором литературы и		
		презентации на тему		
		«Клиническое значе-		
		ние патоморфологи-		
		ческих феноменов		
		при внутриутробной		
		гибели плода»		
Б2.Б.2.1.4	Оценка физио-	Подготовка блок-схем	44 часа	УК-1, УК-2,
Б2.Б.2.1.8	логии и патоло-	по этапности, объёму,		УК-3, ПК-1,
	гии женской по-	критериям качества		ПК-2, ПК-4,
	ловой системы	медицинской помощи		ПК-5, ПК-6,
	вне беременно-	в соответствии с при-		ПК-7, ПК-10,
-	•	•		•

	T		П(44
	СТИ	казами №572н,	ПК-11
	Лечение забо-	№520н, действующи-	
	леваний и пато-	ми стандартами спе-	
	логических со-	циализиро-ванной,	
	стояний в гине-	первичной медико-	
	кологии.	санитарной и скорой	
		медицинской помощи	
		в гинекологии: «Бес-	
		плодие», «Воспали-	
		тельные заболевания	
		женских половых ор-	
		ганов», «Болезни	
		бартолиновой железы	
		(большой железы	
		преддверия влагали-	
		ща)», «Другие воспа-	
		лительные болезни	
		влагалища и вульвы.	
		Изъязвление и вос-	
		паление вульвы и	
		влагалища при бо-	
		лезнях, классифици-	
		рованных в других	
		рубриках», «Доброка-	
		чественные заболе-	
		вания шейки матки»,	
		«Другие невоспали-	
		тельные болезни вла-	
		галища», «Другие не-	
		воспалительные бо-	
		лезни вульвы и про-	
		межности», «Лейо-	
		миома матки», «Дру-	
		гие доброкачествен-	
		ные новообразования матки», «Доброкаче-	
		ственное новообра- зование яичника»,	
		«Доброкачественное	
		новообразование дру-	
		гих женских половых	
		органов», «Эндомет-	
		риоз матки и яични-	
		ков», «Врожденные	
		аномалии яичников,	
		фаллопиевых труб и	
		широких связок, тела	
		и шейки матки и дру-	
		гие», «Неопределен-	
		ность пола и псевдо-	
		гермафродитизм»,	
		«Опущение и выпа-	
1	1	· · ·	

дение внутренних половых органов в сочетании с недержанием мочи или без него», «Другие невоспалительные болезни матки, за исключением шейки матки», «Отсутствие менструаций, скудные и редкие менструации», «Обильные, частые и нерегулярные менструации», «Обильные менструации в пубертатном периоде», «Другие аномальные кровотечения из матки и влагалища», «Болевые и другие состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом», «Синдром предменструального напряжения», «Свищи с вовлечением женских половых органов», «Невоспалительные болезни яичника, маточной трубы и широкой связки матки», «Нарушения менопаузы и другие нарушения в околоменопаузном периоде», «Осложнения, связанные с искусственным оплодотворением», «Доброкачественная дисплазия молочной железы. Гипертрофия молочной железы. Образование в молочной железе неуточненное», «Другие болезни молочной железы. Галакторея, не связанная с деторождением. Мастодиния»,

	1			i
		«Преждевременное половое развитие», «Задержка полового развития», «Дисменорея у девочек», «Дисфункция гипоталамуса, не классифицированная в других рубриках, не связанная с беременностью, у девочек». Подготовка презентации: «Порядок использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению». Подготовка рефератов по темам: «Закономерности развития эмбриона и их использование во вспомогательных репромогательных пользование во вспомогательных репромогательных репромо		
		дуктивных технологи-		
		ях», «Патоморфоло-		
		гические феномены		
		при гинекологических заболеваниях».		
	Tpe	гий семестр (90 акад. ча	ac.)	
Б.1.Б.1.1.	Оценка физио-	Подготовка презента-	90	УК-1, УК-2,
4	логии и пато-	ций по теме: «Факто-		УК-3, ПК-1,
Б.1.Б.1.1.	логии женской половой систе-	ры риска, клиника диагностика и лечение		ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6,
	мы вне бере-	внематочной бере-		ПК-7, ПК-10,
	менности	менности»,		ПК-11
	Лечение забо- леваний и па-	«Доброкачественные		
	тологических	и предраковые забо- левания шейки матки:		
	состояний в	проблемы и реше-		
	гинекологии.	ния», «Применение		
		кровесберегающих технологий у гинеко-		
		логических больных».		
		Представить вариант		
		оформления в карте		
		амбулаторного боль- ного медикаментозно-		
		го прерывание бере-		
		менности в первом		
		триместре.		

Подготовка рефератов по темам: «Отличия подходов к проявлениям менопаузы И менопаузальной гормональной терапиия в Европе и в России», «Отличия в подходах к лечению миомы матки в России и в Европе». Подготовка презентации по теме «Синдром поликистозных яичников в репродуктивном возрасте». Подготовка реферата по теме: «Эндометриоз: эффективность медикаментозного хирургического лечения с позиций доказательной медицины, альтернативные тоды лечения». Подготовка презентации по темам: «Средпрофилактика ства венозных и тромбоэмболических осложнений в акушерстве и гинекологии», «Трихомоноз, гонорея, сифилис: способы повышения эффективности выявления на приёме гинеколога», «Рецидивирующий урогенитальный кандидоз: возможности комплексного подхода лечению», «Рак яичников, рак маточной трубы, первичный рак брюшины», «Рак шейки матки», «Бактериальный вагиноз», «Аногенитальные бородавки». «Эффективность различных лечения методов мужского бесплодия у

взрослых», «Рак тела матки», «Недержание	
матки», «педержание	
мочи у женщин».	
Подготовка рефера-	
та: «Аномальные ма-	
точные кровотечения:	
отличия подходов в	
Европе и в России».	
Подготовка презента-	
ции: «Принципы вы-	
бора метода плани-	
рования семьи».	

5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

- **5.1.**Текущий контроль направлен на систематическую проверку выполнения заявленных в паспорте компетенций умений и навыков. Задача текущего контроля мониторинг процесса формирования умения или навыка, на основе указанного в паспорте компетенций количества запланированных действий.
- **5.2.** Промежуточная аттестация осуществляется в соответствии с учебным планом основной Программы. Задача промежуточной аттестации оценка сформированности умений, навыков и соответствующих компетенций. Для оценки сформированности профессиональных умений и навыков используются оценочные листы (чек-листы). Контроль и оценка сформированности универсальных и профессиональных компетенций осуществляется с использованием ситуационных задач и выполнения практических заданий. Формы и периоды промежуточной аттестации устанавливаются учебным планом основной Программы.

6. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

6.1. Текущий контроль

Индекс компе- тенций	Период	Умения, навыки, опыт деятельности	Заплани- ровано действий (количест- во)	Выпол- нено дейст- вий (ко- личест- во)
		Умения: - выделять и систематизировать существенные свойства и связи предметов, отделять их от частных, не существенных; - анализировать учебные и профессиональные тексты; - анализировать и систематизировать любую поступающую информацию;	4	4
YK – 1	Первый год	Навыки - сбора, обработки информации по учебным и профессиональным проблемам; - выбора методов и средств решения учебных и профессиональных задач. Опыт деятельности: - решение учебных и профессиональных задач.		

		Viscourge	1	1
		Умения:	4	4
		- выявлять основные закономерности		
		изучаемых объектов;		
		- прогнозировать новые неизвестные закономер-		
		ности.		
	ГОД	Навыки		
	`£	- системного анализа;		
_	Õ	- системного синтеза.		
	Второй	Опыт деятельности:		
YK –	Вт	- решение учебных и профессиональных задач.		
		Умения	4	4
		- прогнозировать и планировать процесс управ-		
		ления коллективом в соответствии с его особен-		
		ностями и профессиональными задачами.		
		Навыки владения		
		- приемами делового общения;		
	ГОД	- основами этикета и этической защиты в дея-		
	_ <u>_</u>	тельности современного делового человека.		
7	_ <u>₹</u>	Опыт деятельности:		
	ЭВ	- деловое взаимодействие с коллегами, млад-		
X	Первый	шим медицинским персоналом, пациентками.		
	_	Умения	4	4
		- толерантно воспринимать социальные, этниче-	-	
		ские, конфессиональные и культурные различия.		
		Навыки владения		
	Þ	- методикой подготовки и проведения публичного		
	ГОД	выступления.		
7	Ž	Опыт деятельности:		
i i	ğ	- деловое взаимодействие с коллегами, млад-		
Ϋ́Κ	Второй	шим медицинским персоналом, пациентками.		
		Умения	4	4
		- организовать процесс обучения с использова-	-	
		нием современных педагогических технологий;		
		- использовать формы, методы, средства обуче-		
		ния и воспитания, используемые в педагогиче-		
		ской деятельности;		
		Навыки		
		- формирования и развития учебно-		
		исследовательской деятельности у обучающих-		
		исследовательской деятельности у обучающих-		
		оя, Опыт деятельности:		
	Δ̈́	- педагогическая деятельность по программам		
	Год			
	ž	а также по дополнительным профессиональным		
- 3	18	а также по дополнительным профессиональным		
yK-	Первый	программам для лиц, имеющих среднее профес-		
>		сиональное или высшее образования.		1

		Умения	4	4
		- реализовывать педагогическую деятельность		
		по программам среднего и высшего медицинско-		
		го образования, а также по дополнительным		
		профессиональным программам.		
		Навыки		
		- владения способами анализа собственной дея-		
		тельности.		
		Опыт деятельности:		
	₫	- педагогическая деятельность по программам		
	5	среднего и высшего медицинского образования,		
က	Второй	а также по дополнительным профессиональным		
	do	программам для лиц, имеющих среднее профес-		
YK –	ВТ	сиональное или высшее образования.		
		Умения	4	4
		- выявлять и оценивать выраженность факторов		
		риска развития и прогрессирования заболева-		
		ний, соответствующих профилю «акушерство и		
		гинекология»;		
		- выявлять ранние симптомы заболеваний, вы-		
		яснять семейный анамнез, соблюдать нормы са-		
		нитарно-эпидемиологического режима;		
		Навыки		
		- оценки риска развития и прогрессирования за-		
		болеваний;		
		- снижения заболеваемости путем воздействия		
		на факторы риска их развития методами ранней		
		диагностики заболеваний, методами борьбы с		
		вредными привычками, методами санитарно-		
	ō,	просветительной работы;		
	Тервый год	Опыт деятельности:		
7	Bb	- проведение профилактической деятельности;		
¥	ер	- осуществление психолого-педагогической дея-		
		тельности.		

		Умения	4	4
		- организовывать и проводить профилактику ин-	-	-
		фекционных заболеваний у взрослого населения		
		в соответствии с действующими порядками ока-		
		зания медицинской помощи, клиническими реко-		
		мендациями (протоколами лечения) по вопросам		
		оказания медицинской помощи с учетом стан-		
		дартов медицинской помощи		
		Навыки		
		- обучения пациентов способам контроля своего		
		заболевания;		
		- оценки эффективности профилактических ме-		
		роприятий.		
	-	- организации работы по индивидуализирован-		
	₹	ной иммунопрофилактике Опыт деятельности:		
	'nΖ	опыт деятельности. - проведение профилактической деятельности;		
17	d	- проведение профилактической деятельности, - осуществление психолого-педагогической дея-		
 - 1	Второй год	тельности.		
	-	Умения:	4	4
		- проводить медицинские осмотры с учетом воз-		
		раста, состояния здоровья, профессии в соот-		
		ветствии с действующими нормативными право-		
		выми актами;		
		- проводить диспансеризацию взрослого населе-		
		ния с целью раннего выявления хронических не-		
		инфекционных заболеваний, основных факторов		
		риска их развития;		
	l _	Навыки		
	5	- организации и проведения профилактических		
	ый год	медицинских осмотров и диспансеризации насе-		
7	36	ления		
ļ	Перв	Опыт деятельности:		
Ĭ	Ŭ	- Проведение профилактической деятельности		_
		Умения:	4	4
		- рассчитывать показатели диспансеризации;		
		- анализировать данные профилактических ме-		
		дицинских осмотров и формировать группы для		
		углубленного обследования или наблюдения. Навыки		
	Б	_		
	Год	- организации и проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации насе-		
8	ž	ления		
ĭ	ŏ	Опыт деятельности:		
¥	Второй	- Проведение профилактической деятельности		
	Щ	проводонно профинакти тоской долгольности	<u> </u>	1

	1		I -	I -
		Умения	4	4
		- обеспечивать безопасность пациентов при про-		
		ведении обследовании и лечении;		
		- проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага ин-		
		фекции;		
		- фекции, - Навыки		
		- оказания экстренной медицинской помощи при		
		аллергических реакциях, при возникновении		
	ГОД	чрезвычайных ситуаций;		
		Опыт деятельности:		
က	Первый	- проведение профилактической деятельности;		
	bB	- осуществление психолого-педагогической дея-		
¥	Пе	тельности.		
		Умения	4	4
		- определять медицинские показания к введению		
	Второй год	ограничительных мероприятий (карантина) и по-		
		казания для направления к врачу - специалисту.		
		Навыки		
		- противоэпидемических мероприятий, организа-		
		ции защиты населения в очагах особо опасных		
		инфекций, при ухудшении радиационной обста-		
	ž	новки, стихийных бедствиях.		
၂	<u>d</u>	Опыт деятельности:		
¥	5	- осуществление организационно- управленческой деятельности.		
	Ш	Умения	4	4
		- контролировать ведение текущей учетной и от-	-	
		четной документации по установленным фор-		
		мам;		
		- анализировать данные официальной статисти-		
		ческой отчетности, включая формы федерально-		
		го и отраслевого статистического наблюдения;		
		Навыки		
		- анализа работы акушера - гинеколога (стацио-		
	-	нара, участкового) и ведения отчетности о его		
	5	работе в соответствии с установленными тре-		
	Σ̈́	бованиями.		
4	Bb	Опыт деятельности:		
 	Тервый год	- Осуществление организационно-		
¥	Ľ	управленческой деятельности.		

		Умения	4	4
		- работать с персональными данными пациентов		
		и сведениями, составляющими врачебную тайну;		
		- вести медицинскую документацию, в том числе		
		и в электронном виде.		
		Навыки		
		- анализа работы акушера - гинеколога (стацио- нара, участкового) и ведения отчетности о его		
	Д	работе в соответствии с установленными тре-		
	Второй год	бованиями.		
4	οŽ	Опыт деятельности:		
1	do	- Осуществление организационно-		
Ξ	ВТ	управленческой деятельности.		
		Умения:	4	4
		- проводить опрос, общее и специальное аку-		
		шерское объективное обследование, оценку ре-		
		зультатов лабораторно-инструментальных мето-		
		дов исследования плода, беременных, рожениц, родильниц и гинекологических больных;		
		- оценивать физиологическое и патологическое		
		течение беременности, родов и послеродового		
		периода;		
		-оценивать физиологическое и патологическое		
		течение периода новорожденности;		
		Навыки:		
		-алгоритмы диагностики отдельных заболеваний		
		и патологических состояний при беременности,		
		родах и послеродовом периоде у матери, плода,		
	Год	новорождённого; Опыт деятельности:		
	5	-осуществление диагностической деятельности		
2	λ	(курация пациенток, симуляционные занятия,		
1.	Перв	решение ситуационных задач, анализ историй		
¥	Пе	родов и историй болезни).		
		Умения:	4	4
		- оценивать физиологические и патологические		
		процессы в женской половой системе вне бере-		
		менности. Навыки:		
		_павыки. -алгоритмы диагностики отдельных заболеваний		
		и патологических состояний в гинекологии.		
	ď	Опыт деятельности:		
	2	-осуществление диагностической деятельности		
2	Ŏ	(курация пациенток, симуляционные занятия,		
1	Второй год	решение ситуационных задач, анализ историй		
¥	В	родов и историй болезни).		

		\\	4	4
		Умения:	4	4
		-определять врачебную тактику при физиологи-		
		ческом течении беременности, родов и послеро-		
		дового периода;		
		-определять врачебную тактику и лечение пато-		
		логических состояний и заболеваний при бере-		
		менности, родах и послеродовом периоде;		
		-проводить лечение заболеваний и патологиче-		
		ских состояний плода и новорождённого;		
		-осуществлять акушерские пособия и операции		
		при беременности, в родах и послеродовом пе-		
		риоде;		
		Навыки:		
		-адекватность выбора и оптимальная реализа-		
		ция врачебной тактики и способов лечения от-		
		дельных акушерских осложнений, экстрагени-		
		тальных заболеваний при беременности, родах и		
	-	послеродовом периоде.		
	год	Опыт деятельности:		
	Ž	- осуществление лечебной деятельности (кура-		
9	361	ция пациенток, симуляционные занятия, реше-		
	Первый	ние ситуационных задач, анализ историй родов и		
¥	Пе	историй болезни).		
		Умения:	4	4
		- осуществлять лечение заболеваний и патоло-		
		гических состояний в гинекологии;		
		-проводить предоперационную подготовку и ве-		
		дение послеоперационного периода у гинеколо-		
		гических больных, прерывать беременность,		
		применять диагностические манипуляции в гине-		
		кологии и методы оперативного лечения гинеко-		
		логических заболеваний;		
		-применять гормональную, внутриматочную,		
		барьерную, физиологическую, женскую хирурги-		
		ческую и мужскую контрацепцию.		
		Навыки:		
		-адекватность выбора и оптимальная реализа-		
		ция врачебной тактики и способов лечения от-		
		дельных гинекологических заболеваний.		
	П			
	Второй год	Опыт деятельности:		
	ž	- осуществление лечебной деятельности (кура-		
9 -	bo	ция пациенток, симуляционные занятия, реше-		
1	2	ние ситуационных задач, анализ историй родов и историй болезни).		
¥		I MCTODIAM DODASLIA)	1	I

		V	4	1
		Умения:	4	4
		- проводить сердечно-лёгочную реанимацию;		
		- определять медицинские показания и выпол-		
		нять мероприятия по оказанию экстренной и не-		
		отложной медицинской помощи, в том числе при		
		чрезвычайных ситуациях;		
		Навыки		
		- оказание реанимационной и хирургической по-		
		мощи при внезапном прекращении кровообра-		
	ГОД	щения, угрожающих жизни состояниях и заболе-		
	_ <u>_</u>	ваниях по профилю «акушерство и гинекология»;		
_	<u>\$</u>	Опыт деятельности:		
1	B	- Осуществление лечебной деятельности.		
¥	Первый	- Осуществление диагностической деятельности.		
_		Умения:	4	4
		-организовать медицинскую эвакуацию беремен-	-	-
		ных, родильниц, гинекологических больных.		
		Навыки		
	Второй год			
		- эвакуации беременных, родильниц, гинекологи- ческих больных.		
- 7		Опыт деятельности:		
¥		- Осуществление лечебной деятельности.		
	<u> </u>	- Осуществление диагностической деятельности.	4	4
		Умения	4	4
		- назначать немедикаментозное лечение с уче-		
		том диагноза, возраста и клинической картины		
		болезни в соответствии с действующими поряд-		
		ками оказания медицинской помощи, клиниче-		
		скими рекомендациями (протоколами лечения) с		
		учетом стандартов медицинской помощи по		
		профилю «акушерство и гинекология»;		
		Навыки		
		- определение индивидуальных методов и реко-		
	_	мендаций по реабилитации и санаторно-		
	0.	курортного лечению при различных патологиче-		
	×Ζ	ских состояниях и заболеваниях в акушерстве.		
œ	1	Опыт деятельности:		
	Тервый год	- Осуществление диагностической, лечебной, ор-		
¥	Пе	ганизационно-управленческой деятельности.		

		Умения	4	4
			-	4
		- контролировать выполнение и оценивать эф-		
		фективность и безопасность реабилитационных		
		мероприятий, в том числе при реализации инди-		
		видуальной программы реабилитации и абили-		
		тации инвалидов, с учетом диагноза в соответст-		
		вии с действующими порядками оказания меди-		
		цинской помощи, клиническими рекомендациями		
		(протоколами лечения) с учетом стандартов ме-		
		дицинской помощи по профилю «акушерство и		
		гинекология»;		
		- оценить реакцию пациента на проводимое ле-		
		чение (в случае необходимости провести корри-		
		гирующие мероприятия, в том числе оказать не-		
		отложную помощь).		
		Навыки		
		- определение индивидуальных методов и реко-		
	-	мендаций по реабилитации и санаторно-		
	Второй год	курортного лечению при различных патологиче-		
		ских состояниях и заболеваниях в гинекологии.		
ω.		Опыт деятельности:		
\ \\ \\ \\ \		- Осуществление диагностической, лечебной, ор-		
Ĭ K	B	ганизационно-управленческой деятельности.	_	_
		Умения	4	4
		- наблюдать за эмоциональной сферой пациен-		
		ток и членов их семей по завершении рассказа		
		на тему о здоровом образе жизни и применять		
		различные дидактические приёмы (по уровню		
		пересказа информации, по сохранению смысло-		
		вых связей) при составлении индивидуального		
		плана мероприятий по сохранению здоровья;		
		Навыки		
		- стимуляции возвращения к здоровому образу		
		жизни, оптимального поведения в ситуациях		
	год	разной степени обязательности, преодоления		
		трудных жизненных ситуаций;		
6	Σ Z	Опыт деятельности:		
Ĩ)BI	- Осуществление психолого-педагогической дея-		
¥	Тервый	тельности.		
_ _		TOTION IN.		1

		N/	1	1.4
ΠK – 9	Второй год	Умения - анализировать целеполагание, мотивационную сферу и эмоциональный фон пациенток и членов их семей по сохранению и укреплению своего здоровья и здоровья окружающих: цели, мотивы, эмоции, функциональное состояние, готовность и способность вести здоровый образ жизни (виды, уровни, этапы, качества, проявления). Навыки - включения пациенток и членов их семей в различные виды деятельности, при которых они получают навыки здорового образа жизни. Опыт деятельности: - Осуществление психолого-педагогической деятельности.	4	4
_	ш	Умения	4	4
ПК – 10	Первый год	- определять очередность, объем, содержание диагностических и лечебных мероприятий; - проводить клинико-диагностические исследования и лечение в соответствии со стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения), приказами Минздрава России, законами Российской Федерации; Навыки - применения стандартов и порядков оказания медицинской помощи, Опыт деятельности: Осуществление организационно-управленческой деятельности.		
	_	Умения	4	4
JK –10	Второй год	- проводить клинико-диагностические исследования и лечение в соответствии со стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения), приказами Минздрава России, законами Российской Федерации; составлять план работы и отчет о своей работе. Навыки осуществления анализа своей работы, ведения отчетности по профилю «акушерство и гинекология». Опыт деятельности: Осуществление организационно-управленческой деятельности.		

			T -	T =
		Умения	4	4
		- проводить анализ основных показателей эф-		
		фективности акушерско-гинекологической служ-		
		бы;		
		Навыки		
		- реализации принципов доказательной медици-		
		ны для оценки качества оказания медицинских		
		услуг при использовании клинических рекомен-		
	год	даций, порядков и стандартов медицинской по-		
)	мощи.		
	٦Ž	Опыт деятельности:		
T	Первый	Осуществление организационно-управленческой		
□K –	jep			
<u> </u>		деятельности. Умения	4	4
			4	4
		- обеспечивать внутренний контроль качества		
		медицинской деятельности в пределах должно-		
		стных обязанностей;		
		- оценивать эффективность применения лекар-		
		ственных препаратов, медицинских изделий и		
	Второй год	лечебного питания.		
		Навыки		
		- оценки эффективности мероприятий по сниже-		
		нию заболеваемости с временной утратой тру-		
		доспособности;		
		- выполнения аудита деятельности по профилю		
		«акушерство и гинекология»		
1		Опыт деятельности:		
		Осуществление организационно-управленческой		
ПК	Вт	деятельности.		
		Умения	4	4
		- организовать первичную и специализированную		
		медицинскую помощь, в том числе медицинскую		
		эвакуацию при чрезвычайных ситуациях.		
		Навыки		
		- деятельности организатора первичной и спе-		
	ДС	циализированной медицинской помощи и меди-		
	į r	цинской эвакуации при чрезвычайных ситуациях.		
12	ый	Опыт деятельности:		
ì	ВС	- Осуществление организационно-		
¥	Первый год	управленческой деятельности.		
_	_	Умения	4	4
		- организовать первичную и специализированную	-	"
		медицинскую помощь, в том числе медицинскую		
		эвакуацию при чрезвычайных ситуациях.		
		эвакуацию при чрезвычаиных ситуациях. Навыки		
	cf	- деятельности организатора первичной и спе-		
	год	циализированной медицинской помощи и меди-		
12	ž	цинской эвакуации при чрезвычайных ситуациях.		
1	bo	Опыт деятельности:		
 - 	Второй	- Осуществление организационно-		
	B	управленческой деятельности.		

6.2. Промежуточная аттестация

6.2.1. Контроль сформированности профессиональных умений и навыков с использованием оценочного листа (чек-листа)

Оценочный лист (чек-лист) № 1

контроля сформированности профессиональных умений и навыков ординатора

Симуляционное оборудование: нет

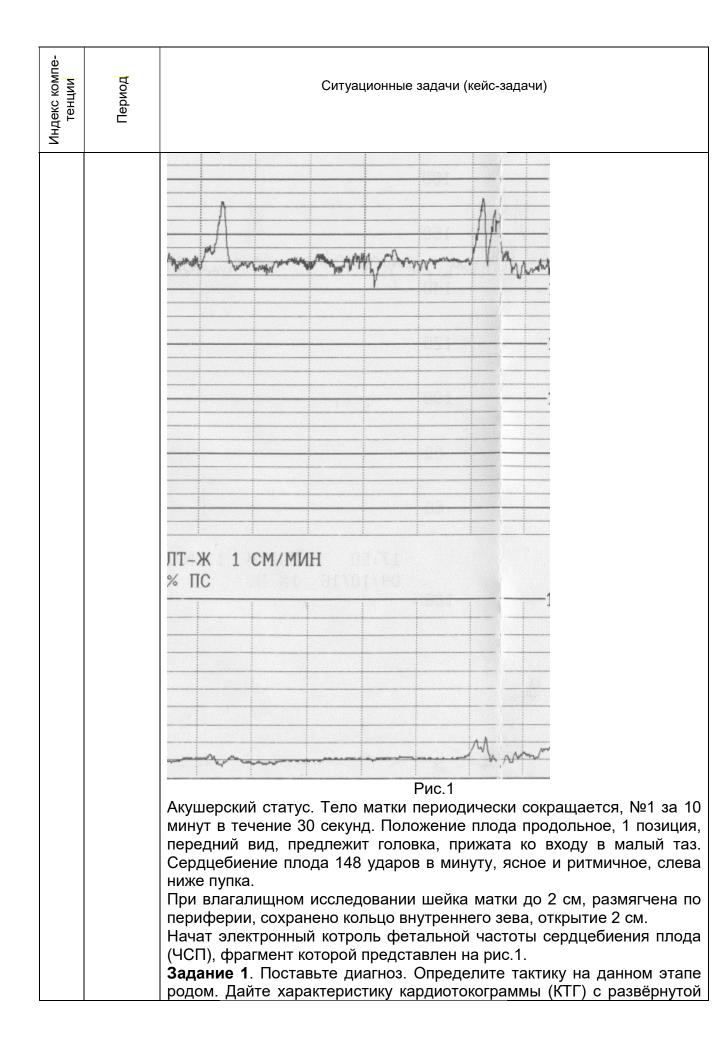
Название уме-	Этапы выполне-	Элементы уме-	Время,	Оценка	Примеча-
ния или навыка	ния умения или	ния или навыка	необходи-		ние
в соответствии	навыка		мое для		
с паспортом			выполне-		
компетенций			ния уме-		
			ния или		
			навыка		

	1 -	I -	1 _	_	
Название уме-	Этапы выполне-	Элементы уме-	Время,	Оценка	Примеча-
ния или навыка в соответствии	ния умения или навыка	ния или навыка	необходи- мое для		ние
с паспортом	павыка		выполне-		
компетенций			ния уме-		
·			ния или		
		_	навыка		
алгоритмы	1.Выделение	Анализ кли-	Секунды	1 – элемент	
диагностики	признаков па-	нической		(этап) выполне-	
отдельных	тологического	картины па-		ния умения или	
заболеваний	состояния или	тологическо-		навыка проде-	
и патологи-	заболевания.	го состояния		монстрирован	
ческих со-	2.Объединени	или заболе-		правильно; 0 –	
стояний при	е выделенных	вания		элемент (этап)	
беременно-	признаков в	Объедине-		выполнения	
сти, родах и	синдромы и	ние отдель-		умения или на-	
послеродо-	выдвижение	ных клиниче-		выка продемон-	
вом периоде	диагностиче-	ских призна-		стрирован с	
у матери,	ской гипоте-	ков в группы,		ошибкой или со-	
плода, ново-	3Ы.	возникнове-		всем не проде-	
рождённого	3.Сопоставле	ние которых		монстрирован.	
	ние выделен-	можно объ-			
	ных синдро-	яснить об-			
	мов в струк-	щим меха-			
	туре нозоло-	низмом раз-			
	гических	вития.			
	форм, при ко-	Сравнение			
	торых они	групп выде-			
	имеют место,	ленных при-			
	и исключение	знаков в			
	заболеваний,	структуре но-			
	отличающих-	зологических			
	ся по структу-	форм, при			
	ре и динамике	которых они			
	выделенных	имеют место.			
	синдромов.	Исключение			
	4.Интеграция	нозологиче-			
	клинических и	ских форм,			
	дополнитель-	для которых			
	ных данных в	выделенная			
	рамках пред-	комбинация			
	полагаемого	и динамика			
	диагноза.	синдромов			
		не характер-			
		на.			
		Синтез ре-			
		зультатов			
		проведённых			
		мыслитель-			
		ных опера-			
		ций.			

Максимальное количество баллов: 4 Набранное количество баллов: _____

6.2.2. Примеры ситуационных задач (кейс-задач), выявляющих практическую подготовку ординатора:

поді	подготовку ординатора:						
Индекс компе- тенции	Период	Ситуационные задачи (кейс-задачи)					
□K- 1	1ервый год обучения	Повторнобеременная первородящая Р., 24 лет, в сроке 39-40 недель поступила в родильное отделение с жалобами на регулярные боли в нижних отделах живота и подтекание светлых околоплодных вод. Проживает в городских условиях, в отдельной квартире, состоит в зарегистрированном первом браке, домохозяйка. Из перенесенных заболеваний отмечает ветряную оспу и острые респираторные вирусные инфекции с частотой 1 раз в год. Гемотрансфузии, травмы, операции, аллергические реакции, гинекологические заболевания отрицает. Менструации с 14 лет, через 28 дней, по 5 дней, регулярные, безболезненные Половая жизнь с 19 лет. На учёте по беременности с 10 недель. Беременность протекала без особенностей. Молочные железы симметричные, безболезненные и без очаговых уплотнений при пальпации. Со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной, пищеварительной систем патологии не выявлено. Антропометрия: Рост 164 см. Вес 71,300 кг. Размеры таза 26-29-34-21 см. Индекс Соловьева 15 см. Прибавка веса 10,9 кг. Пульс 74. Артериальное давление 100/70 мм.рт.ст. При первом, втором и третьем скрининге пороки развития плода не обнаружены, нарушений фетоплацентарного комплекса не выявлено. При ультразвуковом исследовании почек, осмотре терапевта, окулиста, оториноларинголога и стоматолога патологии не выявлено. Бактериологический посев мочи отрицательный. Кольпоскопия удовлетворительная, норма. Онкоцитоконтроль: атипических клеток нет. Мазок биологического отделяемого из влагалища на флору: вторая степень чистоты. При лабораторном контроле патологии не выявлено. Степень перинатального риска низ-кая.					



<u>4</u>		
Индекс компе- тенции	Период	Ситуационные задачи (кейс-задачи)
- НДЕКС ТЕН	l e	
Ż		
		характеристикой патологических параметров. Определите меры профилактики внутриутробной гипоксии / ацидоза плода.
		Ответ 1. Диагноз Беременность 39-40 недель. І период родов. Преж-
		девременный разрыв плодных оболочек. Акушерская тактика на данном этапе ведения родов выжидательная.
		Характеристика параметров КТГ через 30 минут от начала электронного контроля ЧСП.
		1.Базовая линия (BL) 150 ударов в минуту (норма)
		2.Вариабельность базовой линии (VBL) 4 удара в минуту (минимальная)
		Объяснительная модель VBL: обусловлена противоположным влия-
		нием двух отделов автономной нервной системы на водитель сердечного ритма (влияние симпатического отдела - ускоряет ЧСП, влияние
		парасимпатического отдела - замедляет ЧСП).
		Минимальная вариабельность (0 <vbl<5 td="" мин).<="" уд=""></vbl<5>
		Объяснительная модель: Сниженная вариабельность ЧСП может встречаться при гипоксии /
		ацидозе плода с последующим уменьшением симпатической и пара-
		симпатической активности, равно при предшествующем повреждении
		мозга плода.
		Клиническое значение:
		Вероятные причины минимальной вариабельности VBL: -недоношенный (в сроке 28-32 недели) плод,
		недоношенный (в сроке 20-32 недели) плод, употребление матерью таких медикаментов, как опиаты, транквили-
		заторы, сульфат магния;
		-фаза глубокого сна в фетальном цикле «сон – бодрствование»;
		-врождённые пороки развития,
		-фетальная анемия,
		-фетальная сердечная аритмия,
		-внутриутробное инфицирование, -возникшее до родов неврологическое повреждение плода,
		-фетальная гипоксия / ацидемия.
		В данном случае имеют место доношенная беременность, отсутствие
		употребления матерью медикаментов, низкой вероятности у плода
		пороков или внутриутробного инфицирования, анемии, аритмии, нев-
		рологического повреждения (отсутствие признаков патологии плода по
		данным ультразвукового исследования и допплерометрии скорости кровотока в артерии пуповины). Дифференцирования требуют фаза
		кровотока в артерии пуповины). дифференцирования треоуют фаза глубокого сна в фетальном цикле «сон – бодрствование» и внутриут-
		робная гипоксия / ацидемия плода.
		3.Акцелерации: на представленном фрагменте есть увеличение ЧСП,
		похожее на акцелерацию, которое таковой не является; не выполня-
		ется один из двух критерией акцелерации (скрость подъёма от BL до
		вершины более 30 секун).
		4.Децелерации отсутствуют. 5.Тахисистолии матки нет.
		O. מגאוטאוט וטוואו ואמ וגאו חפו.

Индекс компе- тенции	Период	Ситуационные задачи (кейс-задачи)
		Оценка выявленных парметров КТГ в неразрывной связи друг с другом. А.После первоначальной нормальной КТГ низкая вариабельность изза гипоксии вряд ли будет встречаться во время родов, без предшествующих или сопутствующих децелераций и подъёма базовой линии, которые в данном случае отсутствуют. Б.На протяжении фазы глубокого сна в фетальном цикле «сон — бодрствование» VВL находится большей частью около 5 ударов в минуту. В Беременность при оценке в динамике относилась к группе низкого перинатального риска. Таким образом, в результате проведённого анализа стала очевидным высокая вероятность ситуативной реализации снижения вариабельности. Роженицу надлежит повернуть на бок и продолжить следующие 30 минут фетальный кардиомониторный контроль. Продолжение задачи. В течение следующих 30 минут вариабельность базовой линии нормализовалась при аналогичных значениях остальных параметров КТГ и составила 6 ударов в минуту. Задание 2. Обоснуйте оперативный прогноз благосостояния плода и дайте оценку проведённых мер профилактики внутриутробной гипоксии / ацидемии плода. Ответ 2: Даже при наличии вариабельных децелерации при стабильности базовой линии и её нормальной вариабельности погноз для плода благоприятный. В данном случае децелерации отсутствуют, что увеличивает вероятность благополучия плода. Профилактика гипоксии / ацидемии плода в данном случае была эффективной.
	Второй год обучения	Беременная Р., 33 лет находится под наблюдением врача женской консультации в сроке 20-21 неделя. Рост 156 см. Вес 71,5 кг. Индекс массы тела 29,42. Размеры таза 23*25*31*20 см. Окружность живота 96 см. Высота стояния дна матки 21 см. Беременность вторая. Первая беременность в возрасте 30 лет закончилась срочными родами плодом 2700 г. без осложнений. Общие заболевания: в детстве - ветряная оспа, в настоящее время – хронический гастрит. Менструации с 13 лет, через 28 дней, по 5 дней, регулярные, безболезненные. Половая жизнь с 16 лет. Гинекологические заболевания, травмы, операции, гемотрансфузии отрицает. Прибавка веса 2,5 кг. Пульс 74. Артериальное давление 100/70 мм.рт.ст. При первом и втором скрининге пороки развития плода не обнаружены. При ультразвуковом исследовании почек, осмотре терапевта, окулиста, оториноларинголога и стоматолога патологии не выявлено. Бактериологический посев мочи отрицательный. Кольпоскопия удовлетворительная, норма. Онкоцитоконтроль: атипических клеток нет. Мазок биологического отделяемого из влагалища на флору: вторая степень чистоты. При лабораторном контроле патологии не выявлено. Степень перинатального риска низкая.

	Индекс компе- тенции	тенции	Ситуационные задачи (кейс-задачи)
лактику каких заболеваний и патологических состояний целесообр но проводить в данном сроке беременности? Ответ 1. Беременность 20-21 неделя. Заключение: повотрная физлогическая беременность низкого перинатального риска. Принимая внимание начало выработки плодом эритропоэтина в гестационн возрасте 16 недель, в данном сроке беременности целесообраюценить наличие или отсутствие дефицита железа запасов у мате Поэтому нужно рекомендовать провести исследования уровня фертина и сывороточного железа. Продолжение условий задачи. В процессе углублённого обследо ния матери установлены Ферритин 28 мг/л, сывороточное железо мкм/л. Задание 2. Уточните диагноз и определите режим коррекции дефи та железа запасов и его контроль у беременной. Ответ 2. Диагноз: Беременность 20-21 неделя. Латентная стадия фицита железа запасов. Назначения: фенюльс в дозе 90 мг/сут протяжении месяца с последующим контролье уровней ферритинжелеза в сыворотке крови матери. Продолжение условий задачи. Через месяц приёма фенюльсе ферритин 72 мг/л и сывороточное железо 17 мкм/л. Задание 3. Поставьте диагноз. Определите режим контроля уров железа запасов при данной беременности и меры профилактими рецидива. Дайте развёрную характеристику диеты для данной беменной. Ответ 3. Диагноз: Беременность 24-25 недель. Латентная стадия фицита железа запасов, восполнение. В плане ведения беременно поворный котроль ферритина и сывороточного железа в 36 неделя того, чтобы в случае редива железодефицита провести его в полнение перед родами. На протяжении второй половины беремен сти и лактации — диета, направленная на профилактику железодес цита. Диета для беременной. Питание должно быть полноценным. Диета содержит повышенное пичество белков (130-140 г), большей частью животного происхож ния, который необходим для синтеза темоглобина, построения эр роцитов и образования легкоусвояемых соединений железа. Количество углеводов — в пределах физиологической нормы (до 4 г). Сюда входят сложные углеводы (крупы, зерновые хлебцы, мюс фрукты, бобовые) и простые (сахар,			Ответ 1. Беременность 20-21 неделя. Заключение: повотрная физиологическая беременность низкого перинатального риска. Принимая во внимание начало выработки плодом эритропоэтина в гестационном возрасте 16 недель, в данном сроке беременности целесообразно оценить наличие или отсутствие дефицита железа запасов у матери. Поэтому нужно рекомендовать провести исследования уровня ферритина и сывороточного железа. Продолжение условий задачи. В процессе углублённого обследования матери установлены Ферритин 28 мг/л, сывороточное железо 10 мкм/л. Задание 2. Уточните диагноз и определите режим коррекции дефицита железа запасов и его контроль у беременной. Ответ 2. Диагноз: Беременность 20-21 неделя. Латентная стадия дефицита железа запасов. Назначения: фенюльс в дозе 90 мг/сут на протяжении месяца с последующим контролем уровней ферритина и железа в сыворотке крови матери. Продолжение условий задачи. Через месяц приёма фенюльса —ферритин 72 мг/л и сывороточное железо 17 мкм/л. Задание 3. Поставьте диагноз. Определите режим контроля уровня железа запасов при данной беременности и меры профилактики его рецидива. Дайте развёрную характеристику диеты для данной беременной. Ответ 3. Диагноз: Беременность 24-25 недель. Латентная стадия дефицита железа запасов, восполнение. В плане ведения беременности поворный котроль ферритина и сывороточного железа в 36 недель для того, чтобы в случае редива железодефицита провести его восполнение перед родами. На протяжении второй половины беременности и лактации — диета, направленная на профилактику железодефицита. Диета для беременной. Питание должно быть полноценным. Диета содержит повышенное количество белков (130-140 г), большей частью животного происхождения, который необходим для синтеза гемоглобина, построения эритроцитов и образования легкоусвояемых соединений железа. Количество белков (130-140 г), большей частью животного происхождения, который необходим для синтеза гемоглобина, построения эритроцитов и образования легкоусвояемых соединений железа. Количество углеводов — в пр

которые принимают участие в эритропоэзе (группа витаминов корбиновая кислота). Витамины группы В содержатся в дрожж карских и пивных), бобовых, печени, почках, желтках якии, мясе, молоке, твороге. Фолацин содержит зеленый салат, капуста, зе лук, соевые бобы. Разумеется, что железосодержащая диета обязательно должна чать и продукты с высоким содержанием этого микроэлемента: мясо (говядина, кролик, индейка, курятина); рыба; язык говяжий; печень (свиная и говяжья); почки; сердце; творог; яйцо куриное. Если проанализировать продукты питания, содержащие желе мясо животных и птицы являются источниками гемового желез содержат только мышечные ткани) и биодоступность его более кая. В связи с этим, они должны составлять основу рациона сравнивать животные продукты по содержанию этого микроэлен то они распределяются (по мере его убывания) следующим об язык говяжий, мясо кролика, телятина, говядина, яйцо куриное, нина, индейка, свинина, курица, сыр, треска, горбуша, творог. Железо в продуктах питания растительного происхождения (с бобовые, крупы, клубневые, фрукты), а также в молоке и рыбе и жится в негемовой форме, усвояемость которой значительно Кроме того, присутствующие в растительных продуктах танин евый протеин, фосфаты, пищевые волокна и фитины образую нерастворимые соединения. Из растительных источников железа можно назвать спаржу, г вую, овсяную и пшенную крупы, хлеб зерновой, свеклу, квашен пусту, лук, свежую капусту, кабачки, патиссоны, зеленые овощи ботву растений и овощей (редиса, крапивы, моркови, репы, гор листья одуванчика, кресс-салат, абрикосы, яблоки, груши, апельные осодержать овощи, и вмлянотке, е венными источниками витамина С, в присутствии которого усе этого микроэпемента в двенадцатиперстной кишке улучшаетс восстанавливает железо и образует с ним хорошо усваиваем латные комплексы). Необходимо употреблять все заслёные лис овощи, цитрусовые, облепиху, шиповник, сливы, черную смор все кислые ягоды, груши, яблоки, все виды капусты, в том квашеную, морковь, сбягных, салатный перец, тыкву, гомидоры.	зо, то в всли мента, сон в с г с Ге речнери мяту, чицы, бнику, бнику, то жединствоем (оно в с хетовые одину,

рения: Витамины группы В — фолиевая кислота и цианокобаламин играю	Индекс компе- тенции	Период	Ситуационные задачи (кейс-задачи)
синтеза ДНК в стволовых клетках, а это отрицательно влияет на ско рость синтеза гемоглобина. Источники фолиевой кислоты (листья са лата, шпинат, зеленый лук, петрушка, чечевица фасоль, бобы, все ви ды капусты, спаржа, цитрусовые, груши, яблоки, абрикосы, бананы киви, гранат, смородина, клубника, виноград, малина) обязательне должны присутствовать в рационе. Поставщиками цианокобаламина являются: печень животных, мясо, рыба, икра, кисломолочные про дукты, сырой желток куриного яйца, дрожжи, салаты, зеленый лук ботва овощей. Медь, которую содержит печень, крупы, бобовые, грибы, орехи, сырой желток, земляника, черная смородина, арбузы, хрен, спаржа, говяди на, проростки пшеницы, ячмень, спаржа, чечевица, петрушка, хлеб ржаной, кефир, простокваша. Янтарная кислота, содержащдяся в кисломолочных продуктах, под солнечном масле, семечках подсолнечника, ячмене, ржаном хлебе крыжовнике (зеленые сорта), яблоках, вишне, винограде. Цинк, который можно получить, употребляя дрожжи, печень, почки бобовые, грибы, говядину, сыры, яйца. Наличие аддитивного эффекта цинка и железа обосновывает необходимость применения в периоу беременности. Кобальт содержат: печень, бобовые, почки, зерновые, салатная зе лень, свекла, тыква, зелёные овощи, крыжовник, малина, яблоки, чер ная смородина, абрикосы, вишня, груша, орехи, цитрусовые, грибы. Серосодержащие продукты: лук, чеснок и все виды капусты. Пряные травы — тимьян, мята, корица, анис, которыми можно смелс приправлять все блюда. «Фактор животного белка» — белок увеличвает абсорбцию микро элемента и содержит мистлобии и гемоглобин. Простые углеводы (фруктоза, лактоза, сорбит). Аминокислоты (гистидин, лизин, цистеин) образующие легко всасы ваемые хелаты. Учитывать также нужно и продукты-антагонисты, которые ухудшаю всасывание железа и с 3-х валентной его формой образуют нераство римые соли. К таким продуктам отногоят: Танинсодержащие — основное содержание танина в кофе и чае. Шоколад. Фитинсодержащие — основное содержание танина в кофе и чае. Шоколад. Фитинсодержащие формо ко			Витамины группы В — фолиевая кислота и цианокобаламин играют большое значение в гемопоэзе и недостаток их влечет нарушение синтеза ДНК в стволовых клетках, а это отрицательно влияет на скорость синтеза гемоглобина. Источники фолиевой кислоты (листья салата, шпинат, зеленый лук, петрушка, чечевица фасоль, бобы, все виды капусты, спаржа, цитрусовые, груши, яблоки, абрикосы, бананы, киви, гранат, смородина, клубника, виноград, малина) обязательно должны присутствовать в рационе. Поставщиками цианокобаламина являются: печень животных, мясо, рыба, икра, кисломолочные продукты, сырой желток куриного яйца, дрожжи, салаты, зеленый лук, ботва овощей. Медь, которую содержит печень, крупы, бобовые, грибы, орехи, сырой желток, земляника, черная смородина, арбузы, хрен, спаржа, говядина, проростки пшеницы, ячмень, спаржа, чечевица, петрушка, хлеб ржаной, кефир, простокваща. Янтарная кислота, содержащаяся в кисломолочных продуктах, подсолнечном масле, семечках подсолнечника, ячмене, ржаном хлебе, крыжовнике (зеленые сорта), яблоках, вишне, винограде. Цинк, который можно получить, употребляя дрожжи, печень, почки, бобовые, грибы, говядину, сыры, яйца. Наличие аддитивного эффекта цинка и железа обосновывает необходимость применения в период беременности. Кобальт содержат: печень, бобовые, почки, зерновые, салатная зелень, свекла, тыква, зелёные овощи, крыжовник, малина, яблоки, черная смородина, абрикосы, вишня, груша, орехи, цитрусовые, грибы. Серосодержащие продукты: лук, чеснок и все виды капусты. Пряные травы — тимьян, мята, корица, анис, которыми можно смело приправлять все блюда. «Фактор животного белка» — белок увеличивает абсорбцию микрозлемента и содержит миоглобин и гемоглобин. Простые углеводы (фруктоза, лактоза, сорбит). Аминокислоты (гистидин, лизин, цистеин) образующие легко всасываемые хелаты. Учитывать также нужно и продукты-антагонисты, которые ухудшают всасывание железа и с 3-х валентной его формой образуют нерастворимые соли. К таким продуктам относят: Таниносдержащие (цельные зерна, рис, соевая мук

сухофрукты. Кальций способен уменьшать всасывание гемового и негемового железа. Яйца, поскольку содержат альбумин и фосфопротеин. Зерновые в виду содержания пищевых волокон и фитатов. Пищевые волокна в кишечнике, почти не перевариваются, а железо фиксируется на них и выводится с калом. Алкогольные напитки разрушают железо в продуктах, которые совместно с ними употреблены. Гемовое железо обладает относительно высокой термоустойчивостью, а продукты с негемовой формой не рекомендуется подвергать термической обработке. Мясо, печень и рыба при одновременном применении овощей и фруктов увеличивают всасывание из них железа. Разрешенные продукты Железосодержащая диета должна включать: Мясо, птицу, рыбу и субпродукты разной кулинарной обработки, но предпочтение отдается приготовлению на пару, запеканию и отвариванию. Приготовленные в таком виде продукты легче перевариваются и всасываются. Что касается употребления печени — в ней действительно много витаминов, микроэлементов, однако железо связано белками и малодоступно при ее употреблении. Больше железа содержит говяжий язык, потом говядина и свинина, курятина и крольчатина (в них содержится 8-10 мкг). Супы на бульонах с добавлением мяса. Известно, что мясные/рыбные/грибные бульоны стимулируют аппетит, который зачастую снижен при анемии. Для лучшения аппетитя можно есть соуы и солить пищу, приправлять блюда перцем, луком, чесноком и другими специями. Крупы — гречневая, овсяная, пшенная в виде каш на воде и бобовые. Овощи — помидоры, свекла, картофель, зелень, морковь, цветная капуста, брокколи, квашеная капуста, свежая капуста, болгарский перец, тыква, спаржа, лук, кабачки, патиссоны и другие зеленые овощи, кресс-салат. Ранней весной полезно добавлять в салаты ботву растений и овощей (редиса, крапивы, моркови, релы, горочицы) и листья одуванчика. Для лучшего усвоения сдабривать растительными маслами. Фрукты — яблоко, гранат, груша, хурма, смородина, сливы, абрикосы, апельсины, ананасы, магине. Нужно употреблять изюм, чернослив, и фруктовые соки. Хлеб пшеничный	Индекс компе- тенции	Период	Ситуационные задачи (кейс-задачи)
Из напитков соки (томатный морковный свекопьный персиковый			гемового железа. Яйца, поскольку содержат альбумин и фосфопротеин. Зерновые в виду содержатия пищевых волокон и фитатов. Пищевые волокна в кишечнике, почти не перевариваются, а железо фиксируется на них и выводится с калом. Алкогольные напитки разрушают железо в продуктах, которые совместно с ними употреблены. Гемовое железо обладает относительно высокой термоустойчивостью, а продукты с негемовой формой не рекомендуется подвергать термической обработке. Мясо, печень и рыба при одновременном применении овощей и фруктов увеличивают всасывание из них железа. Разрешенные продукты Железосодержащая диета должна включать: Мясо, птицу, рыбу и субпродукты разной кулинарной обработки, но предпочтение отдается приготовлению на пару, запеканию и отвариванию. Приготовленные в таком виде продукты легче перевариваются и всасываются. Что касается употребления печени — в ней действительно много витаминов, микроэлементов, однако железо связано белками и малодоступно при ее употреблении. Больше железа содержит говяжий язык, потом говядина и свинина, курятина и крольчатина (в них содержится 8-10 мкг). Супы на бульонах с добавлением мяса. Известно, что мясные/рыбные/грибные бульоны стимулируют аппетит, который зачастую снижен при анемии. Для улучшения аппетита можно есть соусы и солить пищу, приправлять блюда перцем, луком, чесноком и другими специями. Крупы — гречневая, овсяная, пшенная в виде каш на воде и бобовые. Овощи — помидоры, свекла, картофель, зелень, морковь, цветная калуста, броккоги, квашеная капуста, свежая капуста, болгарский перец, тыква, спаржа, лук, кабачки, патиссоны и другие зеленые овощи, кресс-салат. Ранней весной полезно добавлять в салаты ботву растений и овощей (редиса, крапивы, моркови, репы, горчицы) и листья одуванчика. Для лучшего усвоения сдабривать растительными маслами. Фрукты — яблоко, гранат, груша, хурма, смородина, сливы, абрикосы, айва, цитрусовые, черника, земляника, клубника, персики, абрикосы, айва, цитрусовые, черника, земляника, клубника, персики, абрикосы, апельсины, ананасы, малина, вишн

Индекс компе- тенции	Период	Ситуационные задачи (кейс-задачи)
		яблочный, абрикосовый), какао, настой шиповника, отвар пшеничных отрубей. Морсы и соки, которые являются богатыми аскорбиновой, яблочной, янтарной и другими органическими кислотами. А они в значительной степени способствуют всасыванию железа в кишечнике. Любителям чая нужно пить его за 2 часа до или после еды и приема препаратов. Сахар, джем, мед варенье.
ΠK − 2	Первый год обучения	Задача. На приём к врачу женской консультации обратилась женщина 24 лет по поводу ежегодного профилактического осмотра. Жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное. Рост 162 см. Вес 60 кг. Соматически здорова. Менструации с 14 лет, установились сразу, через 28 дней, по 5 дней, регулярные, безболезненные. Беременностей не было. Половые контакты регулярные. Половой партнер здоров. Выделений из наружных половых органов не отмечает. Соматические заболевания, хирургические вмешательства, травмы, аллергические реакции, гемотрансфузии отрицает. Семейный анамнез не отягощён. Молочные железы симметричные, безболезненные и без очаговых уплотнений при пальпации. При осмотре наружных половых органов патологии не выявлено. В зеркалах шейка матки и слизистая влагалища визуально не изменены. Биманульно тело матки — в нормальном положении, не увеличено, плотное, гладкое, безболезненное, подвижное. Область придатков матки безболезненна. Вопрос 1. Какой объём обследования предусмотрен в данной клинической ситуации? Ответ 1. В данной елинической ситуации приказом Минздрава России №572н, кроме оценки анамнеза, общего и специального физикального исследования, которые уже проведены, предусмотрены: Кольпоскопия. Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, цитология мазков (РАР-тест). Ультразвуковое исследование (далее-у3И) гениталий (1 раз в год, далее - по показаниям). Продолжение задачи. После проведения дополнительного обледования было установлено: при онкоцитоконтроле атипических клеток не обнаружено; кольпоскопия удовлетворительная, норма; вторая степень частоты влагалища, при УЗИ гениталий и молочной железы патологии не выявлено. Вопрос 2. Каковы заключение и дальнейшие действия врача? Ответ 2: Практически здорова. Наблюдение. Явка через год.
	Второй год обучения	Для постановки на диспансерный учёт в женскую консультацию обратилась первобеременная в возрасте 21 года. Жалоб на сонливость, периодическую тошноту. Отмечает задержку менструации на 6 недель и положительный тест на беременность. Анамнез: Из перенесённых заболеваний отмечает ветряную оспу в детстве, периодически острые респираторные вирусные заболевания с частотой около 1 раза в год.

Индекс компе- тенции	Период	Ситуационные задачи (кейс-задачи)
И		Соматические заболевания, хирургические вмешательства, травмы, аллергические реакции, гемотрансфузии отрицает. Менструации с 14 лет, установились сразу, через 28 дней, по 5 дней, регулярные, безболезненные. Первый день последней менструации имел место 10 недель назад. Половые контакты регулярные с 18 лет. Половой партнер здоров. Беременность желанная, наступила после 3 лет гормональной контрацепции. Выделений из наружных половых органов не отмечает. Семейный анамнез не отягощён. Молочные железы симметричные, безболезненные и без очаговых уплотнений при пальпации. Со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной, пищеварительной систем не выявлено. Антропометрия: Рост 168 см. Вес 67 кг. Индекс массы тела 23,7. Размеры таза 25-28-31-20 см. Индекс Соловьева 15 см. Гинекологический статус. Наружные половые органы развиты правильно. Оволосенение по женскому типу. Осмотр шейки матки в зержалах: шейка матки и слизистая влагалища без патологических изменений. Бимануальное исследование: Тело матки увеличено до 8 недель, мягкоэластической консистенции, с гладкой поверхностью, безболезненное при пальпации, увеличено до 9 недель. Область придатков матки безболезненна. Проведена оценка степени перинатального риска: беременность низкого перинатального риска задание 1. Поставьте диагноз. Определите объём дополнительного обследования и диспансерного наблюдения беременной. Ответ 1. Диагноз: Беременность 9 недель. Назначено: Лабораторный контроль. Общий (клинический) анализ крови развернутый. Анализ крови биохимический (общетерапевтический): общий белок, мочевина, креатинин, общий билирубин, прямой билирубин, аланин-трансаминаза, аспартат-трансаминаза, глюкоза, (при ожирении, отеках, преэкпампсии беременных, при заболеваниях щитовидной железы, сахарном диабете, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, церебровасулярных заболеваниях - триглицериды крови, липопротеины высокой плотности, липопротеины низкой плотности, общий холестерин. Общий анализ мочи. Определение основных групп крови (А, В, О) и ре
		субъединица хорионического гонадотропина (бета-ХГ) в сроке 11-14 недель. Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови, определение антител классов М, G к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 и ВИЧ-2 в крови, определение антител классов М, G к антигену вирусного гепатита В и вирусному гепатиту С в крови. Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) -

Индекс компе- тенции	Период	Ситуационные задачи (кейс-задачи)
		количество тромбоцитов, время свертывания, время кровотечения, агрегация тромбоцитов, активированное частичное тромбопласти новое время (АЧТВ), фибриноген, определение протромбинового (тромбопластинового) времени. Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу краснухи в крови, определение антител к токсоплазме в крови. Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк, микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на грибы рода кандида. Злектрокардиография (ЭКГ) по назначению врача-терапевта. Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза в сроке 11-14 недель. Кольпоскопия. Онкоцитоконтроль. Осмотр терапевта, окуписта, стоматолога, Оториноларинголога. Продолжение задачи. При повторной явке беременной через 2,5 недели установлено: Кольпоскопия удовлетворительная, норма. Онкоцитоконтроль: атипических клеток нет. Бактериоскопия образца биологического отделяемого влагалища: вторая степень чистоты. Первый скрининг на пороки развития плода накануне явки: 12 недель, патологии не выявлено. ЗКГ: ритм синусовый, частота сердечных сокращений 68 ударов в минуту. По результатам лабораторного контроля: без патологии. Терапевт: практически здорова. Окулист: VIS OD/OS=1,0, на глазном дне патологии не выявлено. Стоматолог: кариес, санирована. Оториноларинголог: патологии ЛОР-органов не выявлено. Задание 2. Поставьте диагноз. Сформулируйте заключение. Составьте план диспансерного наблюдения беременность. 12 недель. Заключение: Первая беременность низкого перинатального риска. План ведения. Акушерская тактика: выжидательная, наблюдение за течением физиологической беременности. Во етором триместре беременности (после 14 недель) для исключения бессимптомной бактериурии (наличие колоний бактерий более в 1 мл средней порции мочи. Наряду с физикальными осмотрами провести общий анализ крови и мочи, УЗИ почек, второй УЗ-скрининг на пороки развития плода в сроке 18-21 неделя.

Индекс компе- тенции	Период	Ситуационные задачи (кейс-задачи)
		тат-трансаминаза, глюкоза, (при ожирении, отеках, преэклампсии беременных, при заболеваниях щитовидной железы, сахарном диабете, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, церебровасулярных заболеваниях - триглицериды крови, липопротеины высокой плотности, липопротеины низкой плотности, общий холестерин. Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови, определение антител классов М, G к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 и ВИЧ-2 в крови, определение антител классов М, G к антигену вирусного гепатита В и вирусному гепатиту С в крови. Тест толерантности к глюкозе с 75 г глюкозы в 24 - 28 недель (за исключением беременных с существующим сахарным диабетом). Общий анализ мочи. Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк, микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на грибы рода кандида. Скрининговое УЗИ плода в сроке 30-34 недели с допплерометрией. Кардиотокография (КТГ) плода после 33 недель. Оценка факторов перинатального риска в динамике.

Индекс компе- тенции	Период	Ситуационные задачи (кейс-задачи)
ПК- 3	Первый год обучения	В Городском перинатальном центре (ГПЦ) в течение 2 месяцев наблюдения зарегистрировано увеличение вспышка гнойно-септических инфекций (ГСИ) родильниц. Из 21 женщины, поступившей в гинекологологическое отделение патогистологическое подтверждение посреродового эндометрита (ПЭ) получено после самопроизвольных родов у 17 и после кесарева сечения — у 5 (всего у 22). У 10 из 17 больных эндометритом после самопроизвольных родов выявлены остатки плацентарной ткани. У всех родильниц с эндометритом после кесарева сечения (5 из 5) до оперативного родоразрешения провилось микробиологическое исследование образцов биологического отделяемого из цервикального канала (патогенной микрофлоры не обнаружено), у 4 из 5 - на заболевания, передающиеся половым путём методом полимеразноцепной реакции (результат отрица-тельный), у 3 из 5 методом иммуноферментного анализа на ТОRH — инфекции (результат отрицательный). Кесарево сечение проведено в плановом порядке у 2, в экстренном порядке — у 3. Всем пациенткам проводилась профилактика ГСИ. Микробиологический мониторинг в ГПЦ в этот период времени отсутствовал. Задание 3. Выделите основной фактор увеличения частоты послеродовых эндометритов. Определите основные направления противоэпидемических мероприятий.

Ответ 3.

1.Явная ятрогенная причина послеродовой госпитализации, связанная с чрезмерно активным ведением третьего периода родов с оставлением фрагментов плаценты в матке, прослежена у 10 из 17 (критерий знаков G, p>0,05), что составило 58%, и представляет мощный резерв снижения послеродовой ГСИ. Равномерность (случайность) распределения этой формы эндометрита с таковой без остатков последа подчёркивает ситуативность её реализации.

2.Во всех случаях эндометрита после кесарева сечения неслучайно (0 из 5, критерий знаков G, p=0,05) отсутствовало исходное инфицирование полового тракта при беременности. Случайный характер распределения ГСИ после плановых и экстренных кесаревых сечений (критерий знаков G, p>0,05) указывает на нарушения санитарно-эпидемического режима в операционной.

3.У 7 после самопроизвольных родов и у 5 после кесарева сечения, что составило 12 из 22 (54%) заражение плодовместилища произошло в процессе родоразрешения (критерий G, p>0,05).

Таким образом, в процессе анализа эпидемической ситуации вероятностными методами установлено, что факторами эпидемической вспышки послеродовых эндометритов В ГПЦ равнозначно по отношению друг к другу выступали неадекватное ведение третьего периода родов и нарушение санитарно-эпидемического режима в родильном отделении и в операционной.

Отсюда следуют основные направления противоэпидемических мероприятий:

А.Тренировка врачами ГПЦ на симуляторе выжидательной и активной тактики ведения третьего периода родов.

Б.Сдача зачёта медицинским персоналом по санитарно-эпидемическому режиму родильного отделения и операционной.

В первом помещении операционной, оборудованным душем, санузлом и дозатором с раствором антисептика, приходящий персонал снимает спецодежду, в которой работал в отделении, принимает душ и производит

гигиеническую обработку рук.

Во втором помещении персонал надевает чистые хирургические костюмы, разложенные в ячейках по размерам, специальную обувь, бахилы и выходит из санпропускника в коридор операционного блока,

далее в предоперационную.

После проведения операций персонал возвращается в

санпропускник через третье помещение, в котором устанавливаются контейнеры для сбора использованного белья (халатов, хирургических костюмов, масок, шапочек, бахил). Далее персонал проходит в первое помещение, где, при необходимости, принимает душ, надевает спецодежду для работы в отделении и выходит из операционного блока.

Обработку рук проводят все, участвующие в проведении оперативных вмешательств, родов, катетеризации магистральных сосудов.

Обработка проводится в два этапа:

I этап - мытье рук мылом и водой в течение двух минут, а затем высушивание стерильным полотенцем (салфеткой);

II этап - обработка антисептиком кистей рук, запястий и предплечий.

Количество антисептика, необходимое для обработки, кратность обработки и её продолжительность определяются рекомендациями, изложен-

ными в методических указаниях/инструкциях по применению конкретного средства. Непременным условием эффективного обеззараживания рук является поддержание их во влажном состоянии в течение рекомендуемого времени обработки. Стерильные перчатки надевают сразу после полного высыхания антисептика на коже рук.

В.Организовать микробиологический мониторинг в ГПЦ и усилить контроль по выполнению ьребований санитарно-эпидемического режима.

Задача. В одном из родовспомогательных учереждений в течение 1 мес в детском отделении было зарегистрировано увеличение числа гнойносептических инфекций (ГСИ) новорожденных. Рост ГСИ отмечается с конца апреля, когда среди 15 новорожденных детского отделения с 24 по 28 апреля у 5 развился омфалит, у 2 – гнойный конъюнктивит, у 1 ребенка – пиодермия. В последующем (с 6 по 30 мая) было зарегистрировано 4 случая омфалита, причем 3 из них - среди детей, находящихся в отделении для недоношенных; 8 случаев конъюнктивита, все у недоношенных детей, 3 случая пневмонии, 2 из них – среди недоношенных детей. В отделении для недоношенных новорожденных 30 мая был зарегистрирован летальный случай – сепсис у ребенка. В ходе разбора летального случая установлено, что ребенок рожден от второй беременности. Родильница инфицирована ВИЧ. Масса тела новорожденного 825 г. При рождении выявлены признаки гипоксии, ателектазы в легких. Посев крови от 30 мая дал положительный результат: выделена К. pneumoniae. При эпидемиологическом исследовании родовспомогательного учереждения и проведении эпидемиологического расследования было установлено, что материал для бактериологического исследования у новорожденных брали из 5 локусов: конъюнктивы глаз, слизистой носа, ротоглотки, пуповинного остатка, прямой кишки. Забор материала проводили в 1-е и на 4-е сутки жизни ребенка. В результате проведенных микробиологических исследований выделили: S. aureus, E. coli, K. pneumoniae, причем при фаготипировании S. aureus были определены 3 фаговара: 52, 52A и 80. У всех детей с омфалитом в пробе с пупочной культи высеян S. aureus фаговара 52 А. У 10 детей с конъюнктивитом при микробиологическом исследовании гнойного отделяемого выделена E. coli биоваров 14 и 1, а также S. aureus фаговара 85, причем у 8 недоношенных детей причиной конъюнктивита была E. coli биовара 14. Пиодермию вызвал S. aureus фаговара 3А. Посев слизи из носоглотки и мокроты у детей с пневмонией позволил выделить К. pneumoniae. Бактериологическое обследование (нос, ротоглотка) 35 сотрудников роддома было проведено 2 июня. Среди медицинского персонала родильного блока выявлены 3 носителя S. aureus фаговара 52A, у 1 медицинского работника выделена К. pneumoniae, у пятерых в смывах с рук выделены S. aureus фаговаров 52, 52A и 80. Из 7 обследованных сотрудников детского отделения в 2 случаях высеяны штаммы S. aureus фаговаров 85 и 47; у 3 – S. aureus фаговаров 52 и 52A, у одного – E. coli биовара 1. В отделении недоношенных детей у 3 из 10 сотрудников выделены штаммы S. Aureus фаговаров 52A и 80, а у одного определено носительство E. coli биовара 14. В смывах с рук персонала детского отделения и отделения недоношенных в 16% случаев выделены штаммы S. aureus 52, 52A, 80 фаговаров.

Задание. Используя Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы (СанПиН) 2.1.3.2630-10, Постановление Главного государственного санитарного врача Российской

Федерации от 9 декабря 2010 г. N 163 "Об утверждении СанПиН 2.1.7.2790-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами", Санитарно-эпидемиологические требования к организации и осуществлению дезинфекционной деятельности СП 3.5.1378-03, дайте характеристику сложившейся в родовспомогательном учереждении эпидемической ситуации и составьте план профилактических и противоэпидемических мероприятий в отделении для доношенных и недоношенных детей.

Ответ.

У детей и медицинского персонала обнаружено совпадение патогенной микролоры. Источником эпидемической вспышки внутрибольничных инфекций у новорождённых стал медицинский персонал.

Осмотр больного новорождённого ребенка проводят в специально выделенном боксе, оснащенном всем необходимым для проведения осмотра и оказания помощи.

После осмотра новорождённого использованные разовые инструменты утилизируют в соответствии с СанПиН 2.1.7.2790-10. Термометры целиком погружают в дезинфицирующий раствор.

Осмотр новорожденных и недоношенных детей выполняют на пеленальном столе. После окончания осмотра каждого ребенка поверхность пеленального стола орошают из ручного распылителя или двукратно протирают ветошью, смоченной в одном из дезинфицирующих растворов в соответствии с СП 3.5.1378-03. Дезинфицирующий раствор и ветошь хранят в закрытой емкости из темного стекла, раствор меняют 1 раз в сутки.

Перед осмотром ребенка и после него врач (медицинская сестра) моют руки туалетным мылом: открывают кран, намыливают руки мылом и обмывают кран, затем моют руки, дважды намыливая их мылом, ополаскивают руки водой, просушивая электросушилкой.

После осмотра новорожденного с инфекционной патологией и заболеваниями кожных покровов, ведущих к загрязнению рук, их обработку проводят антисептиком в течение 2 минут.

По окончании осмотра ребенка пеленают и переводят его в соответствующее отделение. Использованные пеленки обрабатывают по СанПиН 2.1.3.2630 -10.

Пеленальный стол, детские весы, сантиметр и другой инвентарь, с которыми контактировал новорожденный, протирают или орошают (ручным распылителем) дезинфицирующим раствором.

По окончании смены пол помещения протирают дезинфицирующим раствором и на 60 мин включают бактерицидные лампы. Затем помещение убирают и повторно включают на 30 мин бактерицидные лампы и проветривают помещение.

Уборку с использованием дезинфицирующего раствора проводят 1 раз в день. При этом протирают поверхности стен, оборудование, пол и т.п. После окончания обработки включают бактерицидные лампы (см.выше). Протирание пола проводят способом "двух ведер". С этой целью выделяют две емкости (ведра), которые маркируют "1" и "2". В емкость "1" наливают необходимое количество (3-4 л) дезинфицирующего раствора; в емкость "2" - чистую водопроводную воду. Уборочную ветошь смачивают в растворе емкости "1" и тщательно протирают обрабатываемую поверхность. Затем ветошь прополаскивают в емкости "2", отжимают и вновь смачивают в растворе емкости "1" и моют необработанные поверхности

пола. Раствор в емкости "1" меняют после обеззараживания 60 кв. м, во-

ду емкости "2" - по мере ее загрязнения.

Уборочный инвентарь после дезинфекции помещения обеззараживают, прополаскивают, ветошь высушивают и хранят в специальном шкафу или выделенном месте.

Душевую кабину после мытья матери обеззараживают, протирая или орошая стены, пол, резиновый коврик и другие объекты.

Разрешается использование матерью домашних тапочек (из нетканого материала), чистого белья и халата. Тапочки ежедневно протирают дезинфицирующим раствором. Бюстгальтер кормящие матери меняют ежедневно.

Боксы для новорожденных и недоношенных детей заполняются по 1-2 ребенка с одной патологией.

Боксы, коридор, помещение для разборки грязного белья и т.п. должны быть оснащены настенными или потолочными бактерицидными излучателями. Облучение палат неэкранированными бактерицидными лампами проводят в случае надежного загораживания детей от лучей ультрафиолетового излучения и обязательно последующего проветривания.

В коридорах и манипуляционных показана установка воздухоочистителей.

Поверхность пола, стен, мебели, других объектов должны иметь легко обрабатываемую поверхность.

Перед началом пеленания детей медицинская сестра моет руки, дважды намыливая их туалетным мылом, и одевает клеенчатый фартук, в кроватке обрабатывает глаза, кожу лица, носовые ходы, уши ребенка. Далее в кроватке освобождает ребенка от грязных пеленок, после чего подмывают его под проточной теплой водой и укладывает его на приготовленные пеленки. Помыв вторично руки, медицинская сестра обрабатывает пупочную ранку ребенка и пеленает его.

Новорожденных детей подмывают над раковиной под проточной теплой водой так, чтобы ножки ребенка (или другие части тела) не соприкасались с поверхностью раковины. В случае отсутствия централизованного снабжения горячей водой новорожденных подмывают над тазом, поливая воду из кружки или используя бачок, который устанавливается на высокой тумбочке над раковиной или тазом.

Для подмывания каждому ребенку выделяется отдельный кусочек туалетного мыла.

После пеленания каждого ребенка медицинская сестра протирает дезинфицирующим раствором фартук, моет руки мылом.

Перед взвешиванием новорожденного на весы подстилают чистую пеленку, которую для пеленания ребенка не используют. После взвешивания детей весы обеззараживают.

Для купания используют ванночки. После купания каждого ребенка ванночку обеззараживают и промывают проточной водой.

Использованные пеленки собирают в клеенчатый, полиэтиленовый мешок, вложенный в закрывающийся крышкой бак. После окончания пеленания всех детей мешки с использованным бельем переносят в комнату сбора и хранения грязного белья. Бак протирают ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором. Разовые пелёнки, пипетки, баллончики, катетеры, шпатели, ложки, клизмы утилизируют в соответствии с Сан-ПиН 2.1.7.2790-10.

Обеззараженные предметы ухода за новорожденными необходимо хранить в отдельной маркированной таре в специальном помещении.

При проведении манипуляций используют стерильные ватные тампоны, которые хранят в биксе (стерилизационной коробке).

Ватные тампоны стерилизуют завернутыми по 20-25 штук в хлопчатобумажную ткань (ветошь). Тампоны используют только для выполнения в данный момент работы. Вновь помещать укладку в бикс не разрешается. Неиспользованные тампоны возвращают для повторной стерилизации. В зависимости от типа (объема) стерилизационных коробок ватные тампоны (по весу в граммах) рекомендуется загружать в следующих соотношениях: при объеме коробки (бикса) 3 л загружать 65 г, 6 л - 130 г, 9 л - 195 г, 12 л - 260 г, 16 л - 350 г, 18 л - 390 г.

Пинцет (корнцанг), используемый для забора обеззараженных изделий медицинского назначения, хранят в простерилизованной емкости и меняют перед каждым пеленанием детей.

В палатах, в которых располагаются дети с инфекционной патологией, обеззараживание объектов и пола помещений выполняют с использованием дезинфицирующего раствора не реже 2 раз в сутки способом "двух ведер". После их выписки проводят уборку бокса по типу заключительной дезинфекции. Обеззараживание проводят способом орошения с помощью дезинфицирующих растворов, или двукратно протирая поверхности этими же растворами (пол обрабатывают способом "двух ведер"). Сразу после обеззараживания включают бактерицидные лампы на 60 мин. После этого можно проводить уборку помещения, используя обеззараженную ветошь и водопроводную воду. Затем вновь включают бактерицидные лампы на 30 мин и проветривают помещение. Матрацы в бокс вносят только после их дезинфекции. Кормление детей проводят в боксе. Перед кормлением ребенка мать моет руки, дважды намыливая их мылом, затем с мылом моет грудные железы и насухо вытирает их специально выделенным полотенцем или пеленкой. При кормлении под новорожденного подкладывают пеленку. Для сцеживания молока матери выдают обеззараженную емкость, накрытую обеззараженной салфеткой или марлей. После окончания сцеживания молоко собирает медицинская сестра для пастеризации. После выписки детей из бокса постельные принадлежности подвергают камерной дезинфекции. В боксе проводят генеральную уборку, обеззараживая все объекты помещения и стены на высоту 1,5 метра.

передачи ВИЧ (вируса иммунодефицита человека) инфекции плоду - 86 человек, вторая группа с неполной вертикальной профилактикой передачи ВИЧ – инфекции плоду 72 человека, третья группа - 57 человек, не получавшие вертикальную профилактику ВИЧ – инфекции плоду. У каждой женщины имеются показатели гемоглобина. Из исследуемых групп исключены женщины с заболеванием почек и желудочно-кишечного тракта. Повторные роды в первой группе женщин у 47 человек, во второй группе у 55 и в третьей у 52. Средний возраст женщин достоверно не отличался (Р≥0,01) и составил в первой группе беременных (средняя величина и ошибка средней величины): 26,4±1,3 лет, во второй 27,3±1,4 лет и в третьей 26,8±1,8 лет. Преждевременные роды в первой группе женщин имели место в 18 случаях, во второй у 10 и в третьей у 14 беременных. Оперативное родоразрешение (кесарево сечение) произведено в первой группе женщин у 18 человек, во второй у 10 и в третьей так же у 10. Перинатальных потерь в первых двух группах женщин не было. Все дети родились в удовлетворительном состоянии. В третьей группе женщин в 4 случаях отмечена антенатальная гибель плода. В первой группе женщин профилактика вертикальной передачи ВИЧ инфекции проводилась трехкомпонентной APBT (антиретровирусной терпией) с применением калетры, эпивира и зерита, а в родах женщины получали ретровир.. Во второй

Для анализа даны первая группа с полной профилактикой вертикальной

85, 87, 88, 83, 85, 87 г/л Во второй группе гемоглобин колебался от 74 до 128 г/л

Анемия 1 степени у 50 человек, второй степени у 9 и третьей у 3. Гемоглобин (случайная выборка 9 показателей): 74, 76, 78, 81, 82, 83, 86, 84, 84 г/л.

группе женщин 20 человек получали ретровир, вирамун и ламивудин, остальные 52 только ретровир. В первой группе женщин гемоглобин колебался от 78 до 134 г/л. Анемия 1 степени у 38, второй степени у 6 и третьей у 3. Гемоглобин (случаная выборка 9 показателей): 78, 79, 78,5,

В третьей группе женщин гемоглобин колебался от 75 до 123 г/л. Анемия 1 степени имела место у 32 человек и второй степени у 8 беременных. Гемоглобин (случайная выборка 9 показателей): 87, 89, 84, 86, 84, 86, 89, 82. 84 г/л.

При подготовке ответа используйте Протокол профилактики вертикальной передачи ВИЧ инфекции от беременной женщины к плоду (приказ МЗ № 636) и клиничекие рекомендации Минздрава России «Применение антиретровирусных препаратов в комплексе мер, направленных на профилактику передачи ВИЧ от матери к ребёнку». Для обработки данных целесообразно применить программу «Биостат».

Задание 1. Влияет ли на кроветворение у матери применение у неё APBT?

По завершению анализа и сделанных выводов необходимо дать рекомендации по ведению ВИЧ инфицированных беременных с анемией различной степени тяжести и профилактике послеродовых кровотечений.

Ответ 1.

А. На первом этапе анализа проводится сопоставимость групп по возрасту, паритету родов, частоте преждевременных родов, оперативного родоразрешения и перинатальных потерь.

Для этого в ячейки рабочего окна программы «Биостат» вводим значения средних величин и ошибок средней величины, заранее расчитанные и представленных в условиях задачи.

Возраст беременных в исследуемых группах

	N	Среднее	COC
Группа 1	86	26.4	1.3
Группа 2	72	27.3	1.4
Группа 3	57	26.8	1.8

Оцените показатели работы акушерско-гинекологической службы Иркутской области.

А. Акушерские койки для в динамике 2016 и 2017 гг в Иркутской области: МО (медицинские организации) 1 уровня – для рожениц и родильниц – 86 и 82, для женщин с патологией беременности – 87 и 71.

МО 2 уровня – для рожениц и родильниц – 321 и 313, для женщин с патологией беременности – 161 и 151.

МО 3 уровня – для рожениц и родильниц – 182 и 100, для женщин с патологией беременности – 168 и 100.

Б. Кровотечения в связи с отслойкой нормально раположенной плаценты и предлежанием плаценты (на 1000 родов): 2015г. – 10,5, 2016 г – 13,8, 2017г. – 26,8.

Разрывы матки (на 1000 родов): 2015 – 0,33, 2016г – 0,2, 2017г – 0,22 Аномалии родовой деятельности (на 1000 родов): 2015г – 64,3, 2016г – 68,8, 2017 – 55,9.

Сепсис (на 1000): $2015\Gamma - 0.6$, $2016\Gamma - 0.87$, 2017 - 0.55.

В.Перинатальная смертность (на 1000 родившихся живыми и мёртвыми): 2015r - 6.8, 2016r - 6.7, 2017r - 6.4. МО 1 уровня: 2015r - 8.1, 2016r - 7.4, 2017r - 13.0.

МО 2 уровня: $2015\Gamma - 6.4$, $2016\Gamma - 6.04$, $2017\Gamma - 4.4$. $2015\Gamma - 6.8$, $2016\Gamma - 9.1$, $2017\Gamma - 7.7$.

- Г. Материнская смертность (число умерших беременных (с начала беременности), рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности*100 000 / число живорожденных). в 2016 г 5,6, в 2017 6.2.
- Д. Родов всего: 2015г 36743, 2016г 35176, 2017г 32016. Из них в родовспомогательных учереждениях 1 уровня 2015г 3000, 2016г 2916, 2017г 2330; 2 уровня -2015г 18589, 2016г 17316, 2017г 16725; 3 уровня -2015г 15154, 2016г 14144, 2017г 12961.

Е.Частота кесарева сечения: в 2016г – 8691, в 2017г. – 8284 при общем числе акушерских операций в 2016г – 22778, в 2017г - 22569.

Е. В динамике 2016 – 2017 гг выявлены экстрагенитальная патология 65,5-63,0 невынашивание беременности 27,8-26,1, патологические состояния плода 10,6-10,3, изоиммунизация 2,1-0,37.

Задание. Проведите анализ индикаторных показателей работы акушерско-гинекологической службы Иркутской области по данным публичного отчёта о проделанной работе главного акушера — гинеколога региона. Определите дефекты в работе службы в целом, выделив основную тенденцию. Определите прогноз развития акушерско — гинекологической службы области на 2018 год и основное направление ликвидации выявленных недостатков.

Ответ.

І.Оценка распределения числа родов по МО Иркутской области Составим 6-польную таблицу

Число родов

MO*	2015 г.	2016 г.	2017 г.
1 уровень	3000(8%)	2916(8,9%	2330 (7,9%)
	, ,)	, ,
2 уровень	18589(51%)	17316(49	16725
	, ,	%)	(52%)
3 уровень	15154(41%)	14944(42	12961(40%)
	,	%)	, ,

Итого	36743(100	35176(100	32016(100
	%)	%)	%)

*МО – медицинская организация

При попарном сравнении удельного веса родов раличного класса МО в 2015 и 2016 гг, 2016 и 2017 ггс помощью углового преобразования Фишера, статистически значимых различий не найдено. Это значит, что на протяжении трёх лет с 2015г. по 2017г. структура распределение числа родов по МО 1,2,3 уровня оставалась относительно постоянной. Причём выявляется неслучайный сдвиг частоты родов в сторону МО более высокого уровня (критерий знаков G, p<0,01, 3тыс и 15 тыс в 2015г, 2016г, 2 тыс и 13 тыс в 2017 при округлении значений таблицы до тысяч). Это указывает на то, что основной поток родов имеет место в областном центре в МО 3 уровня.

II.Оценка динамики числа родов в течение 2016г и 2017г.

Динамику числа родов целесообразно оценивать в относительных величинах, приняв за 100% их число в предыдущем году. Тогда в 2016г. число родов составило 35174/36743*100=95% от такового в 2015г. (уменьшилось на 5%), в 2017г число родов составило 32016/35174*100=91% от такового в 2016г. (уменьшилось ещё на 9%).

По сравнению с 2015 годом число родов в 2017 году составило 32016/36743*100=87% (в течение 2016-2017гг уменьшилось на 13%).

Темп уменьшения числа родов в течение одного года или двух лет становится эталоном, с которым соспоставляется динамика остальных показателей.

III. Сопоставление темпа и направления изменений перинатальной и материнской смертности относительно темпа уменьшения числа родов.

Применяя использованный для оценки динамики числа родов принцип расчёта, получаем: перинатальная смертность в 2016г уменьшилась по сравнению с таковой в 2015г на 2%, перинатальная смертность в 2017г уменьшилась по сравнению с таковой в 2016г на 5%, перинатальная смертность в 2017г уменьшилась по сравнению с таковой в 2015г на 5% Сопоставим темп снижения числа родов и темп снижения перинатальной сертности: в 2016г темп снижения числа родов опережал таковой перинатальной смертности в 2,5 раза (5%/2%=2,5), в 2017г темп снижения числа родов опережал таковой перинатальной смертности в 1,8 раза (9%/5%=1,8), на протяжении 2016-2017гг темп снижения числа родов опережал таковой перинатальной смертности в 2,2 раза (13%/5,9%=2,2). На протяжении 2016г и 217г замедление темпа снижения перинатальных потерь относительно такового числа родов было примерно двукратным дважды (было устойчивым).

Отсюда следует, что представленное в докладе снижение перинатальной сертности в 2017г по сравнению с таковым в 2016г и 2015г было иллюзорным. В действительности, снижение числа родов замаскировало реальную тенденцию сохранения уровня перинатальных потерь, связанного с более высоким значением числа родов. Другими словами, проявилась тенденция к сохранению более высокого уровня перинатальной смертности по сравнению с ожидаемым при уменьшении числа родов.

Динамика материнской смертности в 2017г относительно таковой в 2016г составила 5,6/6,2*100=90% (уменьшилась на 10%), что сопоставимо с уменьшением числа родов (9%). То есть, уменьшение материнской смертности протекало синхронно с уменьшением числа родов. Другими

словами, вероятность гибели женщин в общем потоке родов осталась прежней.

IV. Сопоставление динамики числа кесаревых сечений и динамики числа родов. Частота кесарева сечения в 2017г по сравнению с таковой в 2016г составила 8284/8691*100=95% (уменьшилась на 5%), хотя число родов снизилось на 9%. То есть, вероятность попасть на кесарево сечение у беременной в потоке родов увеличилась на 4%.

Кровотечения при отслойке нормально расположенной плаценты и предлежание плаценты в 2017г относительно таковых в 2016г: 26,8/13,8*100=194% (увеличились практически в два раза, на 94%) при снижении числа родов на 9%.

Разрывы матки в 2017г относительно таковых в 2016г: 0,22/0,2*100=110% (увеличились на 10%) при уменьшении числа родов на 9%.

Аномалии родовой деятельности в 2017г относительно таковых в 2016г: 55,9/68,8*100=81%; уменьшились на 19% при снижении числа родов на 9%.

Сепсис в 2017г относительно такового в 2016г: 0,55/0,87*100=63%; уменьшился на 37% при снижении числа родов на 9%.

В общем потоке родов уменьшилась вероятность развития сепсиса и аномалий родовой деятельности, но увеличилась частота развития разрыва матки и кровотечений при отслойке и предлежании плаценты (несвоевременное и / или неадекватное родоразрешение).

При этом уровень материнской смертности остался на прежнем уровне, а в перинатальной смерности проявилась тенденция сохраняться на более высоком уровне по сравнению с ожидаемым уровнем при уменьшенном числе родов (несмотря на то, что вероятность быть прооперированной в общем потоке родов у женщин увеличилась).

Таким образом, на протяжении последних двух лет уже четко обозначилось влияние на индикаторные показатели работы акушерской службы ятрогенного фактора.

Частота патологического течения беременности в 2017г относительно такового в 2016г. при снижении числа родов на 9%: невынашивание беременности 26,1/27,8*100= 93% (уменьшилось на 7%), изоиммунизация 0,37/2,1*100=17% (умеьшилась на 83%), патологические состояния плода 10,3/10,6*100=97% (уменьшились на 3%), экстрагенитальная патология 63/65,5*100=96% (уменьшилась на 4%). Темп снижения частоты изоиммунизации намного опережает таковой числа родов, темп снижения невынашивания беременности сопоставим с ним (7% и 9%). Темп снижения патологического состояния плода и экстрагенитальной патологии опаздывают относительно темпа снижения числа родов, соответственно, в 3 и в 2,5 раза. Последние показатели согласуются с запаздывание уровня перинатальной смертности в 1,8 раза и сохранением уровня материнской смертности без изменений.

Другими словами, в общем потоке родов увеличилась вероятность встретить больную беременную с патологическим состоянием плода и зарегистрировать неадекватное или запоздалое родоразрешение, которая сопровождается увеличением возможности неблагоприятного исхода для матери и плода. Причём это имеет место в большей степени в МО 3 уровня, так именно они в области пропускают через себя основной поток родов.

Число коек для родильниц в Иркутской области в 2017г. составило относительно такового в 2016г (82+313+151)/ (86+321+182)*100=546/589*100=92%; то есть уменьшилось на 8% и было сопоставимо с уменьшением числа родов (на 9%).

Число коек дородовых отделений в Иркутской области в 2017г. составило относительно такового в 2016г: (71+151+100)/(87+161+168)*100=322/416*100=77% (уменьшилось на 23%). Темп снижения числа коек для женщин с патологическим течением беременности многократно превышает темп снижения числа родов, перинатальной смертности, невынашивания беременности, экстрагенитальной патологии, патологического состояния плода и противопоставлен сохранению материнской смертности на одном уровне и приросту акушерских кровотечений при отслойке и предлежании, замедлению снижения разрывов матки.

В таких условиях прогноз на 2018 год неутешительный: скрытая снижением числа родов неблагоприятная устойчивая направленность изменений в акушерско-гинекологической службе в течение 2016г и 2017г сохранится или может стать явной уже на уровне исходных индикаторных показателей в 2018 году. Основное направление по редукции влияния ятрогенного фактора на индикаторные показатели деятельности акушерскогинекологической службы Иркутской области — усиление контроля по выполнению порядков, протоколов лечения и стандартов первичной специализированной медико-санитарной помощи.

Повторнобеременная, повторнородящая, 26 лет, доставлена в Городской перинатальный центр (ГПЦ) машиной скорой медицинской помощи 16 октября с диагнозом: Беременность 29-30 недель. Ложные схватки. Гестационный сахарный диабет (ГСД) с жалобами на чувство дискомфорта в области паховой складки слева, возникающее 2-3 раза в течение 1 часа.

Из анамнеза: Из перенесённых заболеваний отмечает острые респираторные вирусные инфекции с периодичностью 1 раз в год. Соматические заболевания, хирургические вмешательства, травмы, аллергические реакции, гемотрансфузии отрицает. Семейный анамнез не отягощён. Менструации с 14 лет, установились сразу, через 28 дней, по 5 дней, регулярные, безболезненные. Половые контакты регулярные. Половой партнер здоров.

Беременность вторая, первая беременность в возрасте 24 года протекала без особенностей и закончилась срочными родами плодом мужского поля весом 3800 без асфиксии без осложнений в послеродовом периоде. Антропометрия. Рост 167 см. Вес 60 кг. При постановке на учёт в женской консультации в сроке беременности 7-8 недель вес 55 кг, индекс массы тела 19,78. Прибавка веса 15 кг. Размеры таза 25*28*31*20 см. Индекс Соловьева 15 см.

Молочные железы симметричные, безболезненные и без очаговых уплотнений при пальпации. Выделений из наружных половых органов не отмечает.

Общее состояние удовлетворительное. Со стороны органов сердечнососудистой, дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной систем патологии не выявлено. Артериальное давление 110/60 – 120/70, пульс 72 удара в минуту.

Течение настоящей беременности: в сроке 9-10 недель установлен ГСД (гликемия натощак 5,4). По данным пищевого дневника и дневника уровня гликемии, диету соблюдала, уровень глюкозы крови колебался в пределах 4,2 — 5,0 ммоль/л. В сроке 24 недели выявлена анемия 1 степени (принимала препраты железа), с контролем эффективности лечения в сроке 28 недель (Нь 112 г/л).

15 октября вечером после полового контакта появились однократно скудные кровянистые выделения из половых путей (пятно красного цвета на прокладке), нерегулярные тянущие боли внизу живота, продолжавшиеся ночью, перестали беспокоить к утру. Утром вызвала скорую медицинскую помощь и доставлена в ГПЦ.

Акушерский статус

Живот овоидной формы увеличен за счет беременности соответствующей сроку. Матка в нормотонусе, при осмотре легко возбудима. Положение плода продольное, предлежание головное, предлежащая часть над входом в малый таз, 1 позиция, передний вид. Сердцебиение 148 ударов в минуту слева ниже пупка.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей.

Шейка матки отклонена к крестцу, длина влагалищной части ш/м 2,0 см, консистенция ш/м размягчена по периферии. Наружный зев пропускает кончик пальца. Предлежит головка, над входом в малый таз. Экзостозов нет, мыс не достижим. Выделений из цервикального канала не выявлено. На перчатке – слизистые выделения.

При ультразвуковом исследовании 16 октября в 10:30 обнаружены плацента по задней стенке и в дне, 1 степени зрелости. Длина цервикального канала 39 мм, вн. зев сомкнут. Темп роста плода женского пола правильный, предполагаемая масса плода 1624г и 1503г (по Хэдлоку и Шепарду). Фетометрия: бипариетальный размер 79 мм, окружность живота 259 мм, длина бедра 56 мм.; патологии плода не выявлено. Индекс амниотической жидкости 17,7 см.

Задание 1. Поставьте диагноз при поступлении. Дайте клиническую характеристику ложных схваток. Проведите их дифференцировку от родовых схваток. Проанализируйте течение настоящей беременности. Оцените имеющиеся в вашем рапоряжении диагностические данные (клини-

ФИО больной: Б. О. Ю.

Возраст: 50 лет

Место жительства: г. Иркутск Дата поступления: 26 сентября. Дата выписки: 27 сентября.

Диагноз при поступлении: Аномальное маточное кровотечение в перименопаузальном периоде.

Жалобы: на обильные кровянистые выделения из половых путей.

Аллергический фон спокоен. Гемотрансфузии отрицает.

Перенесенные заболевания в детстве: ветряная оспа, OP3. Перенесенные заболевания взрослой: артериальная гипертензия 1 ст. Травмы, операции, туберкулез, ВИЧ-инфекцию, сифилис, курение, употребление алкоголя, наркотиков отрицает.

Гинекологический анамнез: Менархе с 13 лет, менструации установились сразу, через 28 дней по 4-5 дней, обильные, безболезненные, регулярные. Последняя менструация с 22 августа по настоящее время. Половая жизнь с 20 лет. Количество половых партнёров 1. Контрацепция — барьерная. Беременностей 2. Роды 1. Медицинский аборт 1. Гинекологические заболевания, в том числе инфекции, передающиеся половым путём отрицает.

Молочные железы обычной формы, симметричные, мягко-эластической консистенции без очаговых уплотнений; отделяемое из сосков нет.

Гинекологический статус: Наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Паховые лимфоузлы не увеличены.

Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища не гиперемирована, шейка матки визуально не изменена, наружный маточный зев щелевидный. Выделения из цервикального канала кровянистые, обильные.

Двуручный осмотр: Влагалище рожавшей. Своды выражены, безболезненные. Шейка матки подвижная, плотная, цилиндрическая. Движения за шейку безболезненные. Цервикальный канал закрыт. Тело матки кпереди, размеры увеличены до 6 недель беременности плотной консистенции с гладкой поверхностью и чёткими контурами, безболезненное. Область придатков матки без особенностей.

Анамнез заболевания: полгода назад – раздельное диагносттическое выскабливание слизистой цервикального канала и тела матки (РДВ); результатов патогистологического исследования на руках нет. 22 августа началось менструальное кровотечение, которое продолжается по настоящее время. Обратилась к врачу женской консультации и после обследования направлена в гинекологическое отделение ГПЦ.

В день поступления выполнено РДВ. Кровопотеря 80 мл.

Анализы на ВИЧ-инфекцию, сифилис, гепатит отрицательные. Общий анализ крови: гемоглобин-145 г/л, лейк 10,58*10(9)/л, эр 4,96*10(12)/л, гематокрит 46,9%, тр 280*10(9)/л, СОЭ 2 мм/ч. Общий анализ мочи: светло-жёлтая, прозрачная, уд. вес 1025, рН 5,5, белок отр, лейк ++, эрит +++. Биохимический анализ крови: глюкоза 5,5 ммоль/л, общ. белок 68 г/л, креатинин 104,47 ммоль/л, мочевина 4,87 ммоль/л, билирубин 13,6 ммоль/л. Мазок на флору: м/ф смешанная скудная, лейк 10-15 п/з, gn — отриц, trich — отриц. Посев из цервикального канала: со среды обогащения Staph/ Epidermidis. УЗИ: Матка увеличена до 6 недель за счет аденомиоза, полость сомкнута, мЭХО 4,2. В правом яичнике — один фолликул d=8 мм. В левом — d=7 мм и 9 мм фолликулы. Свободной жидкости в малом тазу нет.

Задание 1. Поставьте и обоснуйте диагноз, в том числе по классификации FIGO. Дайте сравнительную характеристику методам медицинской визуализации и биопсии, которые могут быть использованы в данном случае. Сделайте обоснованный выбор среди них применительно к данному случаю.

Ответ 1. Дигноз по FIGO (PALM-COEIN).

Первая часть аббревиатуры - PALM - образована от названий следующих заболеваний:

- * полип (Polyp P);
- * аденомиоз (Adenomyosis A);
- * лейомиома матки (Leiomyoma L);
- * злокачественная опухоль и гиперплазия (Malignancy and hyperplasia M).

Вторую ее часть - COEIN - образуют:

- * коагулопатия (Coagulopathy C);
- * нарушение овуляции (Ovulatory dysfunction O);
- * патология эндометрия (Endometrial causes E);
- * ятрогенные причины (latrogenic causes -1);
- * неклассифицируемые причины (Not yet classified N).

Заболевания, соответствующие PALM, проявляются структурными изменениями и могут быть диагностированы с помощью методов визуализации и патогистологического исследования, в то время как COEIN объединяет неструктурные (функциональные) изменения.

Диагноз у данной пациентки при поступлении:

Аномальное маточное кровотечение в перименопаузе. P0A1L0M0-C0O1E0I0N0.

Аденомиоз матки (АМК-А): раньше аденомиоз диагностировали только на основании результатов гистологического исследования, поэтому для клинической классификации этот диагноз был недостаточно подходящим. Тем не менее сейчас для диагностики методами визуализации, в частности ультразвуковвым исследованием (УЗИ) и магнито-резонансной томографии (МРТ), разработаны вполне определенные критерии.

Нарушение овуляции (АМК-О): перименопауза.

Учитывая то, что в данном случае АМК - у пациентки в возрасте 50 лет (старше 40 лет), следует исключить у неё рак эндометрия, поэтому у неё показана диагностика методами медицинской визуализации. Среди последних при АМК используются...

- -ТВ УЗИ позволяет оценить анатомические аномалии матки и эндометрия, а также позволяет выявить патологию миометрия, шейки матки, маточных труб и яичников. Этот метод исследования может помочь в диагностике полипов эндометрия, аденомиоза, лейомиомы, аномалий матки, эндометрия и генерализированного утолщения эндометрия, связанного с гиперплазией и злокачественными новообразованиями.
- -Солевая инфузионная соногистерография (СИС) заключается в введении от 5 до 15 мл физиологического раствора в полость матки во время трансвагинального УЗИ и улучшает диагностику внутриматочной патологии. В случаях полипов и фибромиом матки этот метод исследования позволяет добиться более точной диагностики расположения патологического образования и его отношения к полости матки, что важно перед запланированным гистероскопическим или лапароскопическим вмешательством при миомах, полипах, аномалиях матки для обеспечения большей его безопасности. СИС может устранить необходимость проведения МРТ

с целью диагностики и лечения аномалий матки.

-MPT редко используется для оценки эндометрия у пациенток с меноррагиями. Этот метод может быть полезным для выявления точного расположения миомы при планировании операции, а также перед проведением терапевтической эмболизации сосудов миомы матки. МРТ также может быть полезной при оценке эндометрия, когда невозможно выполнить трансвагинальное УЗИ или инструментальное исследование матки (например, на предмет наличия врожденных аномалий).

-Гистероскопия при АМК является методом прямой визуализации полостной патологии и облегчает проведение прямой биопсии. Она может выполняться в амбулаторных условиях без или с анестезией или в операционной под местной или общей анестезией. Прямая биопсия под контролем зрения является основным преимуществом перед «слепой» дилатацией и выскабливанием полости матки. Риски гистероскопии включают перфорацию матки, инфицирование, рваные раны шейки матки, создание ложных ходов и перегрузку жидкостью.

Из перчисленных методов медицинской визуализации в данном случае следовало начитать с трансвагинального УЗИ (ТВ УЗИ), что и было сделано. При равномерном увеличении матки м-эхо 4,1 мм.

М-эхо в стадии пролиферации — 4-8мм, в стадии секреции — 8-14мм, но эти значения пока не стандаризированы. В постменопаузе при толщине эндометрия более 3-4 мм показана его биопсия.

С одной стороны, настоящее АМК – первый манифест нарушений менструального цикла у данной пациентки. С другой стороны, её возраст - 50 лет, что не позволяет отказаться от биопсии эндометрия.

Биопсия эндометрия может осуществляться несколькими способами:

-РДВ обычно легко выполняется пременопаузальным женщинам с вагинальными родами в прошлом. Такие рожавшие женщины имеют очень низкий риск развития рака эндометрия. Труднее осуществить биопсию женщинам с кесаревым сечением в анамнезе, нерожавшим и тем, которым были выполнены операции на шейке матки, такие как конусная биопсия. Биопсия посредством РДВ позволяет выявить более 90% случаев рака эндометрия. Поскольку биопсия является слепым методом диагностики, то можно пропустить очаговое поражение. Поэтому при обнаруженном на УЗИ очаговом поражении рекомендуется гистероскопически направленный выборочный отбор биоптата.

-Из-за простоты техники и относительно высокой чувствительности (99,6% в постменопаузе и 91% - в пременопаузе) во многих центрах для исключения рака эндометрия предпочитают вместо традиционного выскабливания полости матки выполнять аспирационную биопсию эндометрия с помощью специального катетера (Pipelle®). Информативность биопсии эндометрия особенно высока, когда раковая опухоль поражает более его половины. Офисная биопсия эндометрия является минимально инвазивным способом оценки эндометрия у женщин с риском его малигнизации. Частота выявления злокачественных образований выше у женщин в постменопаузе, нежели в пременопаузе.

Если остаются сомнения в адекватности результатов биопсии, их можно разрешить путем повторной аспирационной биопсии с гистологическим исследованием или, что лучше, гистероскопии с раз-дельным выскабливанием, например при персистирующем АМК, несмотря на «доброкачественную» природу изменений, выявленных при первом исследовании. К «доброкачественным» изменениям эндометрия относятся, например, ат-

рофия (связанная с отсутствием гормонального влияния), пролиферация (эффект эстрогенов), секреторная трансформация (эффект гестагенов), неравномерность изменений (диссинхрония эндометрия), а также эндометрит.

По разным данным, от 5 до 15% образцов эндометрия, полученных для исследования, оказываются неинформативными. В таких случаях или при продолжающемся кровотечении, а также когда планируют другую гинекологическую операцию либо уступают просьбе пациентки, следует выполнить классическое диагностическое выскабливание полости матки. Биопсию эндометрия следует по возможности выполнить до начала гормональной терапии, чтобы исключить гиперплазию или рак эндометрия, эндометрит, ановуляцию или овуляцию; следует стремиться выполнить исследование на 18-й день цикла и позже (при отрицательном тесте на беременность).

При исследовании эндометрия можно диагностировать рак эндометрия или определить вероятность рака будущем. Так, например, в недавнем исследовании было показано, что кумулятивный 20-летний риск прогрессирования рака среди женщин составляет менее 5% для неатипичной гиперплазии эндометрия и 28% для атипичной гиперплазии.

Из перечисленных методов биопсии эндометрия в данном случае целесообразно было провести офисную гистероскопию, а при недоступности последней – пайпель – биопсию. Офисная биопсия эндометрия должна заменить дилятацию шейки матки и выскабливание полости матки в качестве начальной оценки состояния эндометрия. Но в связи с тем, что при поступлении данной женщины гистероскопия была не доступна, проведено РДВ.

Продолжение задачи. Получен результат патогистологического исследования: в соскобе из цервикального канала и полости матки атипическая железистая гиперплазия эндометрия со структурами высокодифференцированной аденокарциномы.

Задание 2. Поставьте клинический диагноз и определите тактику лечения.

Ответ 2. Диагноз: Аденокарцинома эндометрия. С54.1.

Лечение в областном онкодиспансере.

П.В.Ю. 30 лет. Повторнобеременная, повторнородящая, служащая поступила 22 октября с диагнозом: Беременность 22-23 недели. Ложные схватки. Истмико-цервикальная недостаточность. Хронический пиелонефрит в стадии ремиссии.

І беременность закончилась 10 лет назад срочными родами плодом мужского пола 3350г. без осложнений. ІІ беременность закончилась пять лет назад срочными родами плодом женского пола 3540г. без осложнений (после родов «ничего не ушивали»). ІІІ беременность — настоящая. На учете в ЖК с 9 недель, врача посещала регулярно. Течение беременности: в сроке 13 недель угрожающий выкидыш, принимала утрожестан, транексам. АД 110/60 — 120/70 мм.рт.ст., Прибавка веса 6 кг. (начальный вес 54 кг при росте 162, ИМТ = 20,6). 21 октября стала ощущать тянущие боли внизу живота после полового контакта, обратилась в ЖК, направлена в ГПЦ. При поступлении в 12:00 22 октября общее состояние удовлетворительное. Соматической патологии не выявлено. ЧСС 74 уд/мин, АД 110/70 мм.рт.ст., отмечает периодические тянущие боли внизу живота.

Акушерский статус. Живот овоидной формы увеличен за счет беременности, высота дна матки 22 см. Окружность живота 96 см. Положение плода продольное, предлежит головка, над входом в малый таз. Матка в нормотонусе. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 150 в мин.

Влагалищное исследование: Влагалище рожавшей. Шейка матки по проводной оси таза, длина влагалищной части 2,5 см, размягчена по периферии, наружный зев пропускает кончик пальца. Через своды определяется головка, над входом в малый таз. Экзостозов нет, мыс не достижим. УЗИ от 22 октября: Беременность 22-23 недели, головное предлежание, плацента по передней стенке. Длина цервикального канала 29 мм, внутренний маточный зев расширен 17*12мм. Анализ мазка на флору от 22 октября: лейкоциты 10-15 в поле зрения, флора палочковая в умеренном количестве, gn- tr-. Candida +. Исследование на TORCH – инфекции от 23 октября: цитомегаловирус (CMV) Ig G 34,7, М отриц, токсоплазма (Тохо) Ig G, М отриц., вирус герпеса (ВГ) Ig М отр, Ig G 1:3200. Заключение терапевта от 24 октября: Хронический пиелонефрит в фазе ремиссии. Общий анализ мочи и общий анализ крови – без особенностей.

При осмотре на следующий день после поступления жалоб не предъявляла.

Задание 1. Какие данные вам ещё нужны для постановки диагноза.

Ответ 1. Развернутая характеристика болей в животе

Продолжение задачи 2. Из опроса дополнительно установлено, что тянуще-сжимающие ошушения внизу живота, появившееся после полового контакта, не иррадиировали в поясницу или в таз, не имели чёткого ритма, их частота была 2-4 в час, интенсивность уменьшилась к утру.

Задание 2. Поставьте диагноз.

Ответ 2. Диагноз: Беременность 22-23 недели. Ложные схватки. Хронический пиелонефрит в стадии ремиссии. Кандидозный вагинит.

Продолжение задачи 3.

Диагноз, зарегистрированный в истории стационарного больного: Беременность 22-23 недели. Ложные схватки. Истмико-цервикальная недостаточность. Хронический пиелонефрит в стадии ремиссии. Кандидозный вагинит.

Задание 3.

Проведите дифференциальный диагноз истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) и ложных схваток.

При ультросонографии (трансвагинальная методика) достоверными признаками ИЦН у повторно и первобеременных женщин являются укорочение шейки матки до 2,9 см в сроке гестации до 20 недель, пролабирование плодного пузыря в цервикальный канал, соотношение длины к диаметру шейки матки на уровне внутреннего зева менее 1,2, расширения цервикального канала до 1 см. и более.

В данном случае длина цервикального канала установлена не при 2-3 кратном мониторинге в сроке до 20 недель, а в сроке 22-23 недели, пролабирования плодного пузыря в цервикальный канал (ЦК) нет, соотноше-

Іервый год

Второй год

В родильное отделение 1 ноября по направлению врача женской консультации на родоразрешение поступила пациентка К.С.Т. 30 лет с диагнозом [цитата]: «Беременность 39 недель . Пиелонефрит ? Физиологический прелиминарный период». Жалобы на тошноту, колющие боли в правом подреберье, тяжесть в правом боку, слабость, сыпь на коже. Нерегулярные боли в нижних отделах живота. При беременности наблюдалась, врача посещала регулярно. Рост 160 см. Вес 70 кг. Беременность 2-я, роды 2-е. Размеры таза: D/SP 33 см, D/CR 28 см, D/TR 34см, C/EX 24см. Окружность живота 112 см. Высота дна матки 36 см. Живот увеличен овоидной формы за счёт матки. Положение плода в матке продольное, первая позиция, передний вид. Головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода выслушивается слева ниже пупка 148 уд / мин, ясное и ритмичное.

Из анамнеза: ВИЧ, гепатит, сифилис, туберкулёз отрицает, Гемотрансфузий нет, Аллергический фрн спокоен. Оперативные вмешательства и травмы отрицает. Муж 32 лет, здоров. Менструации с 13 лет по 3-4 дня, через 28-30 дней. Заболеваний гениталий не отмечает.

Первая беременность завершилась срочными родами плодом 3400 г без осложнений. В течение второй, настоящей беременности встала на учёт в сроке 8 недель, в 30 недель, стал беспокоить зуд, в том числе по ночам. По данным обменной карты и опроса, установлены холестаз и лейкоцитурия. Анализы мочи были сделаны повторно и проведена консультация уролога: данных за патологию мочевыделительной системы не выявлено. Дважы (по приказу 572н) обследовалась на гепатит: результаты отрицательные. Сывороточные аминотрансферазы: АЛТ 128 ед/л, АСТ 142 ед/л, билирубин 48 ммоль / л.(через месяц после лечения урсодезоксихолевой кислотой нормализовались) В коагулограмме отклонений не было обнаружено. Терапевтом выставлен диагноз: Внутрипечёночный холестаз беременных в сроке 30 недель. Общая прибавка веса - 10 кг. Срок беременности по менструации и УЗИ – 39 недель. Соматической патологии при осмотре не выявлено. АД 110/70 мм.рт.ст., Пульс 72 уд/мин. Ночью спала. При влагалищном исследовании: шейка матки отклонена к крестцу с длиной влагалищной части 1,5 см, размягчена по периферии, цервикальный канал проходим для 2 см за умеренно выраженный внутренний зев. Плодный пузырь цел. Мыс не достижим. Экзостоза

При поступлении проведено УЗИ плода и допплерометрия скорости кровотока в артерии пуповины: без особенностей, предполагаемый вес плода 3600 г.; КТГ: нормальная; взята венозная кровь для общего, биохимического исследования и оценки системы гемостаза, общий анализ мочи. Задание. Проанализируйте имеющиеся данные и поставьте диагноз, составьте план ведения родов.

Ответ. Диагноз: Беременность 39 недель. ВХБ.

План ведения родов: Роды - естественным путём с профилактикой аномалий родовой деятельности, внутриутробной гипоксии плода (непрерывный электронный контроль сердцебиения) и кровотечения (утеротоники в третьем периоде родов). Ответ.

С высокой вероятностью у пациентки в 30 недель имел место внутрипеченочный холестаз беременных (ВХБ): ВХБ обычно развивается в третьем триместре в сроке 28-30 недель, что имело место в данном случае; основной жалобой матери был зуд, в том числе ночью; повышение билирубина, АЛТ, АСТ было умеренным (наблюдается у каждой пятой с ВХБ). Против гепатита свидетельствуют его отрицательные маркёры, повышение АЛТ до уровня менее 500 ед/л, а против острого жирового гепатоза отсутствие изменений на коагулограмме. Критерии преэклампсии у матери не выполняются, что позволяет исключить поражение печени при гестозе. Прогноз при ВХБ благоприятный. Основную роль в медикаментозном лечении ВХБ играет урсодезоксихолевая кислота (УДХК), в немедикаментозном лечении - диетотерапия, заключающаяся в уменьшении содержания в пище животных жиров с заменой их среднецепочечными

В приёмный покой гинекологического отделения ГПЦ во время дежурства одновременно поступили двое больных.

Больная А. Л., 25 лет. Жалобы на боли внизу живота справа, температуру 37,1. Из анамнеза: Считает себя больной в течение 4 часов, когда поднялась температура и появились боли в эпигастральной области, которые затем переместились в нижний отдел живота справа. Менструации регулярные, безболещненные, умеренные. Последняя менструация две недели назад без особенностей. Беременностей не было. Половые контакты регулярные с презервативом. Общее состояние средней тяжести. Поза вынужденная, согнувшись. Кожные покровы телесной окраски. АД 110/70 мм.рт.ст. Пульс 92 уд/мин. Язык влажный, оболожен тонким налётом. Со стороны сердца и легких патологии не выявлено. Живот напряжён справа, ближе к повздошной области, симптом Щёткина и Воскресенского положительные. При гинекологическом осмотре патологии со стороны наружных половых органов, шейки матки и влагалища не выявлено, тело матки и придатки слева без особенностей, в области придатков справа пастозности нет, но есть некоторая чувствительность. Движения за шейку матки безболезненные.

Больная Б., 28 лет. Жалобы на периодически возникающие боли внизу живота, больше слева, запоры. Из анамнеза: менструальная функция не нарушена; двое срочных родов и два медицинских аборта без осложнений; хронический сальпигноофорит около 5 лет, с обострениями 1–2 раза в год с амбулаторным лечением при обострении. В зеркалах: влагалище свободное, слизистые

бледно-розовые, шейка матки не эрозирована, наружный зев щелевидный, выделения слизистые. Бимануально: матка в anteversio-flexio, не увеличена, безболезненная; справа придатки не определяются, слева пальпируется овоидной формы образование размером 8×10 см с гладкой поверхностью, тугоэластической консистенции, подвижное, безболезненное; своды глубокие.

Проведите сортировку поступивших больных по принципам таковой при ЧС. Определите направления медицинской помощи больным.

Больная А. С диагнозом: «Подозрение на острый аппендицит» отправлена на консультацию к хирургу.

Больная Б. Предварительный диагноз: Опухолевидное образование левого яичника. Проведено УЗИ: эндометриоз левого яичника. Рекомендовано провести раздельное диагностическое выскабливание слизистой тела матки и цервикального канала, цитологическое исследование аспирата дугласова кармана, эндоскопию желудка и прямой кишки, лабораторный контроль и при благоприятных результатах обследовнаия поступить на плановое оперативное лечение.

JK-7

При наличии единственного врача по дежурству в родильный зал одновременно поступили две беременных.

Задание. Проведите сортировку беременных. Какой вид сортировки вы будете использовать? На каких принципах проводится сортировка при ЧС?

В данных условиях целесообразно применить внутрипунктовую сортировку.

Внутрипунктовая сортировка - распределение родильниц в зависимости от нуждаемости в лечебно-профилактических мероприятиях и очередности их выполнения (т.е. где, в какую очередь и в каком объеме будет оказываться медицинская помощь).

Приципы проведения сортировки.

- -Сортировка проводится на основе экстренного установления диагноза и прогноза для жизни матери. Является конкретным, непрерывным, повторяющимся и преемственным процессом при оказании беременным всех видов медицинской помощи. Категории экстренности могут меняться быстро и неожиданно в связи с утяжелением состояния родильниц.
- -Непрерывность сортировки основана на обязательности ее проведения как в приёмно покое, так и в родильном отделении.
- -Повторяемость состоит в переоценке тяжести состояния матерей в динамике их наблюдения.
- -Преемственность метода в том, что сортировка проводится с учетом объема и предназначения следующего этапа оказания медицинской помощи, будь то дородовое отделение, родильное отделение, отделение реанимации, послеродовое отделение.
- -Конкретность предполагает, что сортировка проводится для каждой конкретной матери индивидуально с учетом имеющейся у него патологии. Продолжение задачи.

Беременная А. Возраст 21 год, беременность первая в сроке 39-40 недель. . Рост 164 см. Вес 68 кг. Размеры таза 26-39-32-21 см. Общее состояние матери тяжелое. Жалобы на головную боль, которая появилась вместе со схватками, слабость, периодические боли внизу живота в течение 1 часа. АД 160 / 100 мм.рт.ст. Отеки голеней. В течение беременности АД стало повышаться с 28 недель 130/80 мм.рт.ст., отёки появились с 30 недель. Принимала допегит, проводила разгрузочные дни. Последний раз на приёме была две недели назад АД 140/90 мм.рт.ст. Прибавка веса за беременность 18 кг. Окружность живота 102 см. Высота дна матки 36 см. Схватки через 10 минут по 30 секунд; при пальпации предлежащей части плода резкая болезненность нижнего сегмента мат-Выделений из наружных половых органов нет. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, 1 позиция, переднй вид. Сердцебиение плода 132, пригушенное монотонное, слева ниже пупка. Предполагаемый вес плода 3600 г. Оценка протеинурии с помощью тест-полосок +++. При влагалищном исследовании - шейка матки до 2,5 см., размягчена, цервикальный канал проходим для 2 см, внутренний зев отчётливо уплотняется в схватку. Плодный пузырь цел, в схватку не наливается. Предлежит головка, прижата ко входу таза. Таз ёмкий.

Диагноз: Беременность 39-40 недель. Первый период родов, латентная фаза. Тяжёлая преэклампсия. Дискоординация сокращений мышц матки. Внутриутробная гипоксия плода.

Беременная Б. Возраст 26 лет. Беременность первая в сроке 40 недель. Рост 162 см. Вес 64 кг. Размеры таза 26-39-32-21 см. Общее состояние матери удовлетворительное. Жалобы на периодические боли внизу живота в течение 6 часов. АД 120 / 70 мм.рт.ст. Отеков нет. В течение беременности Беременность протекала под контролем окулиста по поводу осложнённой миопии обоих глаз. После второго осмотра в сроке 30 недель в связи с нарастанием очаговых изменений на глазном дне рекомендована лазерная коагуляция сетчатки, которую провела в сроке 36 недель (задержка лечения - по семейным обстоятельствам). Перед родами к окулисту не обращалась. Прибавка веса за беременность 10 кг.

7K − 8

На амбулаторный приём к гинекологу пришла Г., 28 лет, после раздельного диагностического выскабливания слизистой послости матки и цервикального канала с заключением: хронический эндометрит, цервицит. Из анамнеза: страдает в течение 0,5 года нарушениями менструального цикла по типу периодических задержек. Обследована на комплекс возбудителей заболеваний, передающихся половым путём, с отрицательным результатом. Менструации с 15 лет, через 38 дней, по 3 дня, умеренные. Симптомов предменструального напряжения не испытывает. Роды одни преждевременные, причём беременность наступила после выкидыша.Половые контакты регулярные. Рост 172 см. Вес 66 кг. Соматической патологии не выявлено. Молочные железы небольшие, соски маленькие. При гинекологическом осмотре обнаружены следующие особенности: сладчатость влагалища и своды умеренно выражены, тело матки чувствительное при пальпации.

Задание.

Дайте характеристику известным методам реабилитации при хроническом эндометрите. Выберите из ни те, которые необходимы в данном случае.

Ответ.

При хроническом эндометрите известно применение следующих физиотерапевтических процедур:

- 1.Антиэкссудативный метод низкоинтенсивная УВЧ-терапия.
- 2.Репаративно-регенеративные методы: инфракрасная лазеротерапия, парафи- но-, пелоидо-, озокеритотерапия, радоновые, сероводородные ванны, йодо-бромные ванны.
- 3.Анальгетический метод: УФ-облучение в эритемных дозах по Желоховцему.
- 4.Имуностимулирующие методы: лазерное облучение крови, воздушные ванны, гелио-, талассотерапия.
- 5.Дефиброзирующие методы: ультразвуковая терапия, лекарственный электрофорез дефиброзирующих препаратов, ультрафонофорез дефиброзирующих препаратов.
- 6.Потенциирующая физиотерапия.

Санаторно-курортное лечение (не ранее чем через два месяца после обострения): климато- и бальнеокурорты с сероводородными водами (Бакирово, Горячий Ключ, Ейск, Красноусольск, Пятигорск, Талги, Усть-Качка), радоновыми (Белокуриха, Пятигорск), йодобромными (Уеть-Качка), хлориднонатриевыми (Калинин, Краинка) или азотно-кремнистыми водами (Горячинск), а также на грязелечебные курорты (Пятигорск, Анапа, Бакирово, Ейск, Саки, Старая Русса).

У данной больной при клиническом исследовании установлено, что болевой симптом, экссудативный компонент воспаления не выражен и имеются признаки гипоэстрогении. Поэтому из приведённого выше перечня остаются 4 (из 6) группы методов:

Репаративно-регенеративные методы: инфракрасная лазеротерапия, парафи-но-, пелоидо-, озокеритотерапия, сероводородные ванны.

Дефиброзирующие методы: ультразвуковая терапия, лекарственный электрофорез дефиброзирующих препаратов, ультрафонофорез дефиброзирующих препаратов.

Имуностимулирующие методы: лазерное облучение крови, воздушные ванны, гелио-, талассотерапия.

Потенциирующая физиотерапия.

При наличии гипоэстерогении пациенток направляют на бальнео-, грязелечебные курорты с сероводородными водами (Бакирово, Горячий Ключ, Ейск, Красноусольск, Пятигорск, Талги, Усть-Качка).

В данном лечебном учереждении доступны:

инфракрасная лазеротерапия, парафинотерапия; фонофорез с гидрокортизоном; лазерное облучение крови; потенциирующая терапия (Алмаг-2 и фонофорез с гидрокортизоном).

В течение 6 межменструальных промежутков времени планируется проведение следующих курсов физиотерапии:

На амбулаторный приём к гинекологу пришла Г., 26 лет, после раздельного диагностического выскабливания слизистой послости матки и цервикального канала с заключением: хронический эндометрит, цервицит. Из анамнеза: страдает в течение 1,0 года нарушениями менструального цикла по типу ановуляторных кровотечений, беспокоят боли в нижних отделах живота, бели. Обследована на комплекс возбудителей заболеваний, передающихся половым путём, с отрицательным результатом. Периодически проявляется пищевая аллергия по типу крапивницы. У невролога лечит мигрень. Менструации с 12 лет, через 32 дня, по 7 дня, умеренные. Симптомы предменструального напряжения начинает испытывать за 2 недели до менструации. Диффузная мастопатия в течение 2 лет. Родов двое в срок без особенностей. Половые контакты регулярные. Рост 158 см. Вес 64 кг. Соматической патологии не выявлено. Молочные железы хорошо развиты. При гинекологическом осмотре обнаружены следующие особенности: сладчатость влагалища и своды хорошо выражены, тело матки болезненное при пальпации. Задание.

Дайте характеристику известным методам реабилитации при хроническом эндометрите. Выберите из ни те, которые необходимы в данном случае.

Ответ.

При хроническом эндометрите известно применение следующих физиотерапевтических процедур:

- 1.Антиэкссудативный метод низкоинтенсивная УВЧ-терапия.
- 2.Репаративно-регенеративные методы: инфракрасная лазеротерапия, парафи- но-, пелоидо-, озокеритотерапия, радоновые, сероводородные ванны, йодо-бромные ванны.
- 3.Анальгетический метод: УФ-облучение в эритемных дозах по Желоховцему.
- 4.Имуностимулирующие методы: лазерное облучение крови, воздушные ванны, гелио-, талассотерапия.
- 5.Дефиброзирующие методы: ультразвуковая терапия, лекарственный электрофорез дефиброзирующих препаратов, ультрафонофорез дефиброзирующих препаратов.
- 6.Потенциирующая физиотерапия.

Санаторно-курортное лечение (не ранее чем через два месяца после обострения): климато- и бальнеокурорты с сероводородными водами (Бакирово, Горячий Ключ, Ейск, Красноусольск, Пятигорск, Талги, Усть-Качка), радоновыми (Белокуриха, Пятигорск), йодобромными (Уеть-Качка), хлориднонатриевыми (Калинин, Краинка) или азотно-кремнистыми водами (Горячинск), а также на грязелечебные курорты (Пятигорск, Анапа, Бакирово, Ейск, Саки, Старая Русса).

У данной больной при клиническом исследовании установлены болевой симптом, экссудативный компонент воспаления, имеются признаки гиперэстрогении. Поэтому из приведённого выше перечня остаются все 6 групп методов:

При наличии гиперэстерогении пациенток направляют на бальнео-, грязелечебные курорты с радоновыми и йодобромными водами.

В данном лечебном учереждении доступны:

УФО, УВЧ, инфракрасная лазеротерапия, парафинотерапия; фонофорез с гидрокортизоном; лазерное облучение крови; потенциирующая терапия (Алмаг-2 и электрофорез с сульфатом циенка).

В течение 6 межменструальных промежутков времени планируется проведение следующих курсов физиотерапии:

Первый и четвёртый – потенциирующая физиотерапия (бегущее магнитное поле и электрофорез с сульфатом циека), второй и пятый - парафинотерапия и инфракрасная физиотерапия, третий и шестой – лазерное облучение крови.

Ежемесячно синхронно с физиопроцедурами – курсы лонгидазы местно. После 6-месячной физиотерапии – санаторно-курортное лечение с радоновыми и йодобромными водами и пиелоидотерапией.

Год

К гинекологу пришла пациентка О., 14 лет, на профилактический осмотр. Рост 158 см. Вес 48 кг. Из перенесённых заболеваний отмечает ветряную оспу в детстве, острые респираторные вирусные инфекции с периодичностью около 1-2 раз в год. Травмы, операции, гемотрансфузии, аллергические реакции, заболевания, передающиеся половым путём, отрицает. Семейный анамнез не отягощён. Курит нерегулярно. Алкоголь употребляла несколько раз. Менархе 0,5 года назад, менструации установились сразу, через 28 дней, умеренные, безболезненные, регулярные. Последние месячные начались неделю назад, без особенностей. Половые контакты в течение трёх месяцев с одним партёром, в среднем, 1 раз в неделю или в две недели. Выделений из наружных половых органов не отмечает.

При осмотре установлены следующие конституциональные особенности: вытянутое лицо с высоким лбом, длинные конечности, узкая грудная клетка и живот. Мышцы и подкожная клетчатка развиты слабо. Молочные железы развиты, контур между тканью молочной железы и ареолой сглажен.

При гинекологическом осмотре наружные половые органы развиты правильно, оволосенение лобка развито по женскому типу. Половое развитие по Таннеру соответствет паспортному возрасту. При осмотре слизистой влагалища и шейки матки в зеркалах — небольшая эктопия слизистой цервикального канала на шейке матки, наружный маточный зев округлый. Взяты мазки на флору. При бимануальном исследовании длина тела матки болше таковой шейки матки, тело матки подвижное, плотно-эластической консистенции, с гладкой поверхностью, не увеличено, безболезненное. Области придатков матки без особенностей. Вопросы.

1.Поставьте диагноз.

- 2.Оцените по центильным таблицам антропометрические данные девочки. По таннеру выделите уровень полового развития. Определите и дайте характеристику конституционального типа пациентки по Шелдону. На основании характеристик темперамента сделайте прогноз вероятности беременности.
- 3.Выделите опорные пункты беседы с пациенткой, направленной на формирование мотивации по сохранению своего здровья, в том числе полового здоровья и предупреждения ранней беременности, которая на нём негативно сказывается.

Ответы.

- 1.Диагноз: Практически здорова.
- 2.Рост и вес девочки находятся в пределах 25-75 центиля. Половое развитие соответствует возрасту. Пациентка принадлежит к эндоморфам (мозговому типу, церебротоникам) по Шелдону. Для таких лиц характерна склонность к уединению, к рассуждениям, социофобия, тихий голос и нестандартное поведение. Многие из этих черт отражают сверхчувствительный характер данного темперамента (физиологическую сверхреактивность, сверхвнимательность, тревожность, сопротивление привычкам и непредсказуемость установки), в то время как другие связаны с торможением и стремлением отгородиться от людей такими способами, как сдержанность в движениях, скрытность, социофобия, подавление способности к общению. Вероятность ранней беременности высока.
- 3.Опорные пункты беседы-тренинга, направленной на создание мотивации по сохранению полового здоровья и предупреждению ранней беременности.
- 3.1. Выяснение характера социальных связей подростка со сверстниками в школе и вне школы, в семье.
- 3.2. Установление её жизненных ценностей и целевых установок.
- 3.3.Руководствуясь полученной информацией представить ей позитивные возможности собственного развития.
- 3.4.В структуре её возможностей социализации дать информацию о безопасных для здоровья способах контрацепции, которые для неё были бы удобны в использовании (календарный и барьерный метод).

На амбулаторный приём к гинекологу пришла пациентка 24 лет с жалобами на бели. Рост 164 см, вес 62 кг, индекс массы тела 23,1. Из перенесённых заболеваний отмечает ветряную оспу в детстве, острые респираторные вирусные инфекции с периодичностью около 1-2 раз в год. Травмы, операции, гемотрансфузии, аллергические реакции, заболевания, передающиеся половым путём, отрицает. Семейный анамнез не отягощён. Курит по 10 – 15 сигарет в день. Алкоголь употребляет нерегулярно, в основном, вино. Менструации с 14 лет, установились сразу, через 28 дней, умеренные, безболезненные, регулярные. Последние месячные начались неделю назад, без особенностей. Половые контакты регулярные с несколькими партнёрами; в браке не состоит. Роды 2 года назад плодом мужского пола весом 3200 г., закричал сразу; беременность, роды и послеродовый период протекали без осложнений. Абортов нет. Контрацепция: ВМС. Выделения слизисто-гнойного характера с запахом появились после менструации и продолжаются в течение 2 дней. Соматически здорова. При гинекологическом осмотре выявлены следующие патологические признаки: шейка матки гиперемирована, при контакте кровоточит; из наружного маточного зева – слизисто-гнойные выделения, нити ВМС; при пальпации тела матки и придатков матки – без особенностей. Задания.

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Определите направления обследования и лечения.
- 3.В рамках эпидемиологических данных о заболевании пациентки сформируйте у ней мотивацию на сохранение и укрепление своего здоровья, в том числе здоровья половой системы.
- 4.Обоснуйте необходимость проведения исследования на ВИЧ-инфекцию и других заболеваний, передающихся половым путём (ЗППП).
- 5.Обозначьте основные задачи и этапы дотестового консультирования.
- 6.Обозначьте диашностические и лечебные мероприятия на 1 этапе оказания медицинской помощи больной.
 Ответы.
- 1.Диагноз: Острый цервицит
- 2.Согласно эпидемиологическим данным Американской коллегии акушеров и гинекологов, на первом и втором месте в этиологической структуре цервицитов стоят хламидии и гонококки. Поэтому в США широко распространена эмпирическая антибактериальная терапия без идентификации возбудителя заболевания. Затем дать кратко панораму осложнений гонореи и хламидиоза, их развития в составе микси-инфекции, снижения качества жизни женщины, финансовых расходов, возможность разрушения репродуктивных планов. После этого дать характеристику способов, которые позволяют избежать проблем со здоровьем: здоровый образ жизни, планирование беременности. В заключение этой части беседы с пациенткой предложить комплексно решить возникшую у неё проблему, в том числе проойти дополнительное обследование на ВИЧ-инфекцию и других ЗППП.
- 3.При получении согласия обследования на ВИЧ-инфекцию провести дотестовое консультирование.

При этом нужно помнить, чтобы способствовать изменению поведения людей в отношении ВИЧ-инфекции, необходимо привлечь внимание к проблеме ВИЧ-инфекции, сделать ее значимой для конкретных людей, вызвать эмоциональный отклик на проблему ВИЧ-инфекции, улучшить знания о ВИЧ-инфекции, помочь оценить индивидуальный риск этого заболевания, показать способы менее опасного поведения, стимулировать принятие решения об изменении поведения, предоставить социальную поддержку.

Пациентка должна дать информированное согласие на проведение тестирования. Это означает, что ей предоставлено достаточное количество информации; она осознает положительные и отрицательные последствия определения своего ВИЧ-статуса; дала свое согласие в обстановке, исключающей принуждение.

При положительном результате тестирования на ВИЧ-инфекцию паци-

Больная С.А.К., 27 лет, поступила 28.09 с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей. Аллергические реакции и гемотрансфузии отрицает. Перенесенные заболевания и операции: в детстве: ветряная оспа, ОРЗ, 8 лет назад – аппендэктомия, 3 года назад - удаление полипа цервикального канала. ИППП, туберкулез, ВИЧ, курение, употребление алкоголя, наркотиков отрицает. Гинекологический анамнез: менархе с 10 лет, менструации установились сразу, через 24 дня по 5 дней, умеренные, безболезненные, регулярные. После родов менструаций не было. Половая жизнь с 17 лет. Количество половых партнёров 4. Контрацепция – КОК. Беременностей 1. Роды 1. Гинекологические заболевания: эктопия шейки матки в течение 4 лет. Роды 23.09 плодом женского пола 3430 гр, 53 см. с разрывом промежности 1 степени; выписана на 3 сутки с ребенком в удовлетворительном состоянии. С 27.09 отмечает усиление кровянистых выделений со сгустками из половых путей (за 1 час сменила 3 подкладки).

Молочные железы обычной формы, консистенции. Отделяемое из сосков есть (молоко). Гинекологический статус: Наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Паховые лимфоузлы не увеличены. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища не гиперемирована, своды выражены, шейка матки цилиндрической формы, цервикальный канал щелевидный. Характер выделений кровянистые, умеренные. Двуручный осмотр: влагалище рожавшей. Своды выражены, безболезненные. Шейка матки размягчена. Движения за шейку безболезненные. Цервикальный канал: пропускает исследуемый палец. Тело матки кпереди, размеры увеличены до 13 недель. Консистенция мягковатая, гладкая. Контуры четкие. Пальпация матки болезненная. Придатки не увеличены с обеих сторон, безболезненные.

УЗИ при поступлении 28.09 тело матки увеличено до 12-13 недель беременности. Выявлены остатки хориона с трофобластическим кровотоком по передней стенке. Полость расширена гематометрой до 2 см. Задание 1.

Поставить диагноз. Определить комплекс диагностических и лечебных мероприятий по приказу №572н., клиническим рекомендациям МЗ РФ и приказом № 203н.

Диагноз: Эндометрит после родов.

При послеродовом эндометрите по приказу №203н должны быть выполнены общий (клинический) анализ крови развернутый, анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, мочевина, креатинин, калий, натрий, кальций) не менее 2 раз за период госпитализации, коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза), исследование уровня С-реактивного белка и/или прокальцитонина в крови, анализ мочи общий, ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) и ультразвуковое исследование матки и придатков трансабдоминальное и/или магнитно-резонансная томография брюшной полости и органов малого таза, бактериологическое исследование отделяемого из полости матки с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам, терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний), инфузионная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний).

По приказу №572н должны быть выполнены следующие мероприятия (послеродовые лихорадка, эндометрит, сепсис, О85):

Консультации врачей-специалистов: а) врача-анестезиологареаниматолога;

б) врача-хирурга; в) врача-инфекциониста; г) врача-трансфузиолога; д) врача-клинического фармаколога; е) врача-терапевта. УЗИ органов малого таза. УЗИ органов брюшной полости. Другие методы визуализации по назначению врачей- специалистов. Бактериологическое исследование крови, мочи, ликвора (по показаниям) + чувствительность к антибиотикам.

Лечение: При тяжелом состоянии - немедленная госпитализация в отде-

ФИО: М. О. А., 33 года, служащая поступила 18.10 в 8:15 в плановом порядке.

Диагноз при поступлении: Миома матки больших размеров. Аллергические оеакции, гемотрансфузии, травмы, операции, вредные привычки, ИППП, туберкулез отрицает. Перенесенные заболевания: в детстве ветряная оспа. Менструации с 14 лет, установились сразу, через 28 по 6 дней, обильные, безболезненные. Последняя менструация с 11.10 по 16.10 в срок. Половая жизнь с 19 лет. Количество половых партнеров:2. Беременностей:1. Роды:1.

Гинекологические заболевания: эктопия шейки матки 2000 г. с диатермоэксцизией 17 лет назад. Анамнез заболевания: Миома матки малых размеров была установлена 9 лет назад, по поводу которой принимала в течение 3 лет КОК, затем 5 лет использовала ВМС с гестагенами «Мирена». В течение последнего года (после удаления ВМС с гестагенами) отмечались прирост размеров матки до 12-13 недель и частые позывы к мочеиспусканию малыми порциями. Пайпель - биопсия: секреторный эндометрий. Репродуктивный план не рассматривала, так как тревожится за своё здоровье из-за бльшой миомы. Объектитвно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Температура тела 36.6. Пульс 72уд/мин. АД 110/70мм.рт.ст. Периферические лимфоузлы и щитовидная железа не увеличены. Варикозного расширения вен нет. Нормостеник. ИМТ=24.17. ЧДД 16 в минуту. В легких дыхание везикулярное. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Язык влажный, чистый. Состояние зубов: здоровы. Живот мягкий, безболезненный. Вздутия живота и симптомов раздражения брюшины нет. Печени не увеличена. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. Стул оформленный. Мочеиспускание безболезненное, учащенное малыми порциями. Молочные железы обычной формы, консистенции. Отделяемого из сосков нет. Гинекологический статус:

Наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Паховые лимфоузлы не увеличены. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища не гиперемирована. Шейка матки визуально не изменена (по данным ЖК, кольпоскопия удовлетворительная, многослойный плоский эпителий; при онкоцитоконтроле атипических клеток нет). Наружный маточный зев щелевидный. Выделения слизистые скудные. Влагалищное исследование: Влагалище рожавшей. Своды выражены. Шейка матки подвижная, плотная; движения за шейку безболезненные, цервикальный канал закрыт. Бимануально: тело матки кпереди, смещено вправо, увеличено до 12-13 недель беременности плотной консистенции, безболезненное с бугристой поверхностью и чёткими контурами, ограниченно подвижно. В области придатков матки с обеих сторон — без особенностей.

Задание 1.

Сформулируйте клинический диагноз. Определите влрачебную тактику в соответствии с протоколом лечения миомы матки МЗ РФ. Ответ 1.

Клинический диагноз: Множественная миома матки больших размеров с давлением на мочевой пузырь.

В связи с неясностью репродуктивного плана, возрастом пациентки 33 года, одними родами в анамнезе в свете основной органсохраняющей стратегии хирургического лечения провести миомэктомию с реконструкцией матки.

Альтернативой этому способу может выступить метод лечения фокусированным ультразвуком под контролем магнитно-резонансной томографии ФУЗ – МРТ (наибольший узел – по передней стенке с диаметром меньше 10 см.) амбулаторно при сохранении репродуктивного плана. Примечание: при размере узла более 10 см предварительно вводятся агонисты ГРГ с последующей реализацией метода.

Но по протоколу лечения миомы матки МЗ РФ допускается проведение экстирпации матки.

Продолжение задачи.

Г., 33 лет, поступила 11.09 с жалобами на боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей. Диагноз при поступлении: Неполный самопроизвольный выкидыш, кровотечение. Аллергические оеакции, гемотрансфузии, травмы, операции, вредные привычки, ИППП, туберкулез отрицает. Перенесенные заболевания: в детстве - ветряная оспа. Менструации с 14 лет, установились сразу, через 29 по 4 дня, обильные, безболезненные. Последняя менструация 28.07. Половая жизнь с 19 лет. Количество половых партнеров:2. Беременностей:3, родов 2 (кесарево сечение). После задержки меснтруации на две недели появились обильные кровянистые выжедения из наружных половых органов. Тест на беременность был положительный. Молочные железы обычной формы, консистенции; отделяемое из сосков нет. Гинекологический статус: Наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, наличия патологических процессов нет. Паховые лимфоузлы не увеличены. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища не гиперемирована, шейка матки с наружным маточным зевом щелевидной формы; выделения кровянистые. Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, своды выражены, шека матки цилиндрической формы, подвижная, плотная; движения за шейку безболезненные. Тело матки кпереди, не увеличена, плотная, гладкая, с чёткими контурами, безболезненная. Придатки не увеличены.

При поступлении проведено УЗИ: выше рубца и слева в миометрии патологический кровоток как при врастании плаценты / трофобластической болезни / артериовенозной мальформации.

Задание 1.

Поставить диагноз. Определите врачебную тактику. Оцените качество медицинской помощи при поступлении пациентки в соответствии с приказом МЗ РФ №203н.

Ответ 1.

Диагноз: Неполный самопроизвольный выкидыш в сроке 5 недель беременности, кровотечение.

Необходимо провести хирургический гемостаз – выскабливание слизистой оболочки полости матки и отправить соскоб на патогистологичекое исследование.

В соответствии с приказом №203н при поступлении должны быть выполнены осмотр врачом-акушером-гинекологом не позднее 15 минут от момента поступления в стационар, ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное (при удовлетворительном состоянии), исследование уровня хорионического гонадотропина человека (бетасубъединица) в крови, общий (клинический) анализ крови развернутый, основных групп крови (A, B, 0) и определение резус-принадлежности. Из указанного перечня мероприятий выполнены только первые два.

Продолжение задачи.

Через 2 часа после выскабливания кровянистые выделения из наружных половых органов скудные.

Исследования крови на ВИЧ, сифилис, гепатати отрицательные. Общий аналтз крови: гемоглобин 125 г/л, лейкоциты 8,52*10(9) /л, эр 4,74*10(12) /л, тромбоциты 300*10(9) /л, СОЭ 2 мм/ч. Общий анализ мочи: соломенно-жёлтая, прозрачная, 1025, лейкоциты и эритроциты отсутствуют. При патогистологическом исследовании в соскобе из полости матки эндометрий с признаками обратного развития смешанной воспалительной инфильтрацией, бессосудистые ворсины хориона с частично склерозированной стромой, некротизированная децидуальная ткань. Проведено лечение: кетонал 2,0 в/м, ципрофлоксацин 2 раза в день внутрь, флуконазол 150 мг однократно, окситоцин 5 ед в/м 1 раз в день. Задание 2.

Определите качество медицинской помощи после хирургического гемостаза по приказу МЗ РФ №203н и адекватность проведённого медикаментозного лечения по приказу МЗ РФ №572н и протоколу лечения МЗ РФ.

Ответ 2.

Больная В., 43 лет, поступила 10.09 с диагнозом: Опухоль правого яични-ка.

Жалобы на тянущие боли в подвздошной области справа. Аллергические оеакции, гемотрансфузии, травмы, операции, вредные привычки, ИППП, туберкулез отрицает. Перенесенные заболевания: в детстве ветряная оспа. Менструации с 14 лет, установились сразу, через 28 по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация 28.07. Половая жизнь с 18 лет с одним половым партнёром. Беременностей 2, родов 2. В начале текущего года при плановом медосмотре была обнаружена опухоль правого яичника (по данным УЗИ); направлена на оперативное лечение.

Молочные железы обычной формы, консистенции; отделяемого из сосков нет. Наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, наличия патологических процессов нет. Паховые лимфоузлы не увеличены. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища не гиперемирована, наружный маточный зев щелевидный. Выделений нет. Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, своды выражены, шейка матки подвижная, плотная; движения шейки матки безболезненные. Бимануально: тело матки кпереди, не увеличено, плотное, с гладкой поверхностью, четкими контурами, безболезненная. Придатки не увеличены.

В соответствии с приказом №572н проведено обследование больной перед плановым оперативным лечением: патологических отклонений не выявлено.

Задание 1.

Сформулировать диагноз по действующей МКБ.

Ответ 1. Доброкачественное новообразование яичника справа Продолжение задачи.

Операция 11.09: лапароскопия, удаление опухоли правого яичника, тубэктомия справа и слева.

Общий анализ крови: гемоглобин 100 г/л, лейкоциты 9,07*10(9)/л, эритроциты 4,46*10(12) /л, тромбоциты 189*10(9)/л, СОЭ 12 мм/ч.

Общий анализ мочи: с/ж, прозрачная, уд. Вес 1025, в мочевом осадке – без особенностей.

Результат патогистологического исследования: 1) Правая маточная труба с явлениями склероза и легкой мононуклеарной инфильтрации в стенке. В правом яичнике фолликулярная киста «белое тело», немногочисленные примордиальные фолликулы. 2) Левая маточная труба с отеком, расширенными полнокровными сосудами в стенке.

В послеоперационном периоде: УЗИ от 15.09: патологических образований и свободной жидкости в малом тазу нет; кетонал 2,0 в/м, обработка швов, клексан 0,2 п/к №3, прозерин 1,0 п/к №2, очистительная клизма, клизма по Гасэ, гентамицин 160 мг в/м однократно, флуконазол 150 мг однократно.

Задание 2.

Оформите заключительный диагноз. Сопоставьте указанные мероприятия с требумыми по приказам 572н, 203н. Оцените результаты обследования после операции и дайте характеристику траматичности проведённого хирургического лечения. Сделайте заключение о качестве медицинской помощи, оказанной больной.

Ответ 2.

Заключительный жиагноз: Фолликулярная киста правого яичника. Хронический сальпингит справа. При сопоставлении с требованиями приказа №572н установлено, что в послеоперационном периоде не были проведены повторно анализ крови биохимический, исследование системы гемостаза.

При сопоставлении с критериями качества медицинской помощи по приказу №203н 8 из 9 пунктов выполнены.

Снижение гемоглобина на 20 г/л и парез кишечника, потребовавший медикаментозной коррекции, в послеоперационном периоде после лапаросокрпической операции указывают на повышенную кровопотерю и травматичность оперативного пособия. Правомерность удаления маточной

К., 30 лет, поступила 29.10 в 20-30 с диагнозом: Трубная беременность слева.

Жалобы: на боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей.

Аллергические оеакции, гемотрансфузии, травмы, операции, вредные привычки, ИППП, туберкулез отрицает. Менструации с 14 лет, установились сразу, через 32 по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация 20.09. Половая жизнь с 18 лет с одним половым партнёром. Беременностей 4, родов 1, медицинских абортов 3. Перенесенные заболевания в детстве: ветряная оспа, ОРЗ. Тест на беременность положительный

Анамнез заболевания: Беременность незапланированная. Последняя менструация с 20.09. Тест на беременность положительный. 28.10 появились кровянистые выделения из половых путей, а 29.10 – боли в животе; вызвала СМП.

Молочные железы обычной формы, консистенции. Отделяемое из сосков нет. Наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, наличия патологических процессов нет. Паховые лимфоузлы не увеличены.

Слизистая влагалища не гиперемирована, шейка матки с щелевидным зевом. Характер выделений кровянистые, умеренные.Влагалище рожавшей. Своды выражены, безболезненные. Шейка матки размягчена. Движения за шейку безболезненные. Цервикальный канал закрыт. Тело матки кпереди, размеры увеличены до 5 недель. Консистенция мягковатая. Контуры четкие. Пальпация матки болезненная. В области придатков слева - резкая болезненность.

Диагноз при поступлении: Трубная беременность слева.

Д., 26 лет, поступила 29.10 в 20-30 с диагнозом: острый сальпингоофорит слева.

Жалобы: на боли внизу живота, повышение температуры до 38,2.

Аллергические оеакции, гемотрансфузии, травмы, операции, вредные привычки, ИППП, туберкулез отрицает. Менструации с 14 лет, установились сразу, через 32 по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация 20.09. Половая жизнь с 18 лет с одним половым партнёром. Беременностей 2, родов 1, медицинских абортов 1. Перенесенные заболевания в детстве: ветряная оспа, OP3.

Анамнез заболевания: Последняя менструация с 24.10, по окнчании которой 29.10 появились боли внизу жвота и повышение температуры до 38.2: вызвала СМП.

Молочные железы обычной формы, консистенции. Отделяемое из сосков нет. Наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, наличия патологических процессов нет. Паховые лимфоузлы не увеличены.

Слизистая влагалища не гиперемирована, шейка матки с щелевидным зевом. Характер выделений: слизистые.Влагалище рожавшей. Своды выражены, безболезненные. Шейка матки размягчена. Движения за шейку безболезненные. Цервикальный канал закрыт. Тело матки кпереди, не увеличено. Консистенция мягковатая. Контуры четкие. Пальпация матки безболезненная. В области придатков слева - резкая болезненность.

Диагноз при поступлении: Острый сальпингоофорит слева.

Задание.

Организовать медицинскую сортировку в приемном покое гинекологической больницы.

Ответ.

Оказание специальзированной медицинской помощи в первую очередь требует больная К. После взятия крови и мочи для лабораторного исследования больная переведена в операционную, вызван анестезиолог и врач по эндоскопии для проведения лапароскопическим доступом хирургического лечения.

Во вторую очередь специальзированная медицинская помощь оказана больной Д.: после взятия кровия и мочи для лабораторного исследования

В приёмное отделение родовспомогательного учреждения, где дежурит один врач, поступило одновременно четверо беременных. После осмотра им выставлены следующие диагнозы: Беременная A. DS: Беременность 39-40 недель. 1 период родов, активная фаза. Прэкламсия умеренно выраженная. Беременная Б. DS: Беременность 40 недель. Отягощённый акушерский анамнез. 2 период родов. Беременная В. DS: Беременность 39 недель. Патологический прелиминарный период. Беремнная Г. DS: Беременность 39-40 недель. Подозрение на внутриутробную гипоксию плода. Задание 1. Проведите медицинскую сортировку и организуйте оказание специализированной медицинской помощи беременнным. Ответ. Очерёдность оказания специализированной медицинской помощи беременнным: 1 - Б, 2 - A, $3 - \Gamma$, 4 - B. Б. Перевод на каталке в родильный зал обсервационного отделения и оказание акушерского пособия. А.Перевод в родильное отделение, вызов внестезиолога, терапевта, окулиста, налаживание непрерывного электронного контроля фетального сердцебиения, выработка колегиально согласованных назначений (интенсивная, гипотензивная терапия, обезболивание родов). Г.Налаживание кардиомониторного контроля сердцебиения плода у беременной в приемном покое или в дородовом отделении. В.Перевод в родильный зал с проведением кардиомониторного контроля, обезболивания и седации.

6.2.3. Примеры заданий, проверяющих практическую подготовку ординатора

6.2.3. Примеры задании, проверяющих практическую подготовку ординатора			
Индекс		Индексы верямых	про- ком-
	Наименование дисциплин (модулей), тем, элементов и т.д.	петенций	
Б2.Б.2. 1	Акушерство и гинекология		
Б2.Б.2.1.1	Методы обследования плода, беременной, роженицы,		
	родильницы и гинекологической больной.	ПК –5	
	Дайте характеристику фетальной пульсоксиметрии.		
	Фетальная пульсоксиметрия была развита в 1990-ых,		
	но коммерциализация электродов была впоследствии		
	прекращена. Систематический обзор четырех рандо-		
	мизированных исследований, сравнивающих использо-		
	вание кардиотокографии в комплексе с фетальной		
	пульсоксиметрией и без неё, не показал отличий в час-		
	тоте родоразрешения путем кесарева сечения (ОР		
	0.99; 95%-ый ДИ 0.86-1.13), в то время как неблагопри-		
	ятные исходы для плода были редкими в обеих груп-		
	пах.		
Б2.Б.2.1.2	Определение физиологического и патологического те-		
	чения беременности, родов и послеродового периода	ПК – 5	
Б2.Б.2.1.2.1	Определение изменений в организме женщины и при-		
	знаков физиологического течения беременности, родов		
	и послеродового периода.		
	Как можно охарактеризовать профессиональную дея-	ПК – 2	

1		1
	тельность врача акушера – гинеколога по наблюдению	
	беременных?	
	-Как проведение меропиятий вторичной профилактики	
	осложнений беременности и ухудшения в течении экс-	
	трагенитальной патологии, нацеленной на раннее вы-	
	явление заболевания, предупреждение рецидивов,	
	прогрессирования болезненного процесса и возможных	
	его осложнений.	
	-Как диспансерное наблюдение. Диспасеризация как	
	система работы лечебно-профилактических учережде-	
	ний страны, заключающаяся в активном наблюдении за	
	здоровьем матерей, в изучении условий их труда и бы-	
	та, в обеспечении их правильного физического разви-	
	тия и сохранения здоровья, а также в предупреждении	
	заболеваний путем проведения соответствующих ле-	
	чебно-профилактических, санитарно-гигиенических и	
	социальных мероприятий.	
	Ответ. Основу диспансеризации беременных состав-	
	ляет диспансерный метод, который заключается в по-	
	стоянном медицинском наблюдении за лицами, со-	
	стоящими на учете, осуществлении по отношению к	
	ним мер индивидуальной и общественной профилакти-	
	ки, а также в оздоровлении условий труда и быта. Врач	
	акушер – гинеколог не может оздоравливать условия	
	труда и быта матери и не имеет административного	
	ресурса для реализации мер общественной профилак-	
	тики нарушений здоровья. Он обязан лишь своевре-	
	менно выявлять нарушения здоровья женщины, возни-	
	кающие при беременности, проводить профилактику	
	нежелательной беременности, поздней беременности,	
	медицинского аборта. Поэтому характеризовать на-	
	блюдение беременных как диспансерное наблюдение	
	нет оснований, но правомерно признать его вторичный	
	профилактический характер.	
Б2.Б.2.1.2.2	Оценка патологических состояний и заболеваний при	
DZ.D.Z.1.Z.Z	беременности, родах и послеродовом периоде.	ПК – 5
	Выделите критерии преэклампсии:	TIK 5
	*Артериальная гипертензия, установленная после 20	
	недель беременности.	
	*Протеинурия 0,3 г/л и более в суточной моче	
	-Отёчный синдром	
	Правильный выбор отмечен «*»	
Б2.Б.2.1.2.3	Оценка течения экстрагенитальных заболеваний при	
52.0.2.1.2.0	беременности, родах и в послеродовом периоде.	ПК – 5
	При подозрении на острый аппендицит у беременной	
	срок постановки клинического диагноза составляет	
	1 час	
	*2часа	
	3yaca	
	4yaca	
	Правильный выбор отмечен «*»	
Б2.Б.2.1.3	Оценка физиологического и патологического течение	ПК – 5
<i>DZ.D.</i> Z.1.0	1 Oderwe Anonomia i cokoro i matomonimacokoro reacinie	1 IIX U

	периода новорожденности	
	О чём свидетельствует низкая оценка по шкале Апгар	
	(менее 7 баллов) на 1-й минуте жизни новорождённо-	
	го?	
	Ответ. Низкая оценка по шкале Апгар (менее 7 баллов)	
	на 1-й минуте жизни новорождённого указывает на не-	
	обходимость проведения реанимации.	
Б2.Б.2.1.4	Оценка физиологических и патологических процессов в	
DZ.D.Z.1. T	женской половой системе вне беременности	
Б2.Б.2.1.4.1	Оценка развития менструальной, сексуальной, секре-	
02.0.2.1.7.1	торной и детородной функций женской половой систе-	
	МЫ.	ПК – 5
	Предусмотрено ли для врача акушера – гинеколога	1111 – 3
	женской консультации проведение первичной профилактики гинекологических заболеваний?	
	-Да *!.!	ПКО
	*Нет	ПК – 2
	Ответ. Правильный выбор отмечен «*» Акушер-	
	гинеколог не может обеспечить реализацию в совокуп-	
	ности социальных, медицинских, гигиенических и вос-	
	питательных мер, направленных на предотвращение	
	заболеваний путем устранения причин и условий их	
	возникновения и развития, а также на повышение ус-	
	тойчивости организма к воздействию неблагоприятных	
	факторов окружающей природной, производственной и	
	бытовой среды.	
	Оценка факторов риска, причин, механизмов развития,	
Б2.Б.2.1.4.2	признаков гинекологических заболеваний.	ПК – 7
	Из группы симптомов, характерных для внематочной	
	беременности, выберите те из них, которые указывают	
	на разрыв маточной трубы:	
	*симптом Данфорта;	
	— симптом Куштелова;	
	— симптом Кюллена;	
	— симптом Лаффона;	
	— симптом Голдена;	
	*симптом Болта;	
	— симптом Дугласа.	
	Правильный выбор отмечен «*»	
Б2.Б.2.1.5	Ведение физиологической и патологической беремен-	
	ности, родов и послеродового периода	ПК – 5
Б2.Б.2.1.5.1	Врачебная тактика при физиологическом течении бе-	
	ременности, родов и послеродового периода	
	Каким нормативным документом предусмотрена такти-	
	ка ведения физиологической беременности?	ПК – 10
	Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября	
	2012 г. № 572н "Об утверждении Порядка оказания ме-	
	дицинской помощи по профилю «акушерство и гинеко-	
	логия (за исключением использования вспомогатель-	
	ных репродуктивных технологий)»"	
Б2.Б.2.1.5.2	Врачебная тактика, лечение патологических состояний	
	и заболеваний при беременности, родах и послеродо-	ПК –

	вом периоде.	
Б2.Б.2.1.5.2. 1	Лечение заболеваний и патологических состояний, ин-	
	дуцированных беременностью	ПК —
	Каким способом достигается восстановление сердеч-	
	ного ритма плода на патологической кардиотокограмме	
	при тахисистолии матки?	
	Восстановление сердечного ритма плода на патологи-	
	ческой кардиотокограмме при тахисистолии матки дос-	
	тигается прекращением введения утеротоников и ост-	
	рым токолизом (например, тербуталин 250 мкг под ко-	
50504500	жу).	
Б2.Б.2.1.5.2.2	Лечение хирургических и гинекологических болезней у беременных	ПК – 6
	В течение какого промежутка времени должен быть	TIIC
	уточнён диагноз при «остром животе» у беременных?	
	В течение 2 часов	
Б.1.Б.1.1.5.2.3	Ведение физиологических и патологических родов	
5.1.5.1.1.0.2.0	Tegerine questions location in hardrant location podos	ПК – 6
	Какая скорость окрытия маточного зева соответствует	
	нормальному течению родов у первородящих?	
	Скорость окрытия маточного зева 1,2 см/час соответст-	
	вует нормальному течению родов у первородящих	
Б.1.Б.1.1.5.2.4	Врачебная тактика, лечение экстрагенитальных забо-	
	леваний при беременности, родах и послеродовом пе-	
	риоде.	ПК – 6
	Является ли миопия высокой степени единственного	
	глаза у матери с доношенной беременностью абсолют-	
	ным показанием к кесареву сечению?	
	Миопия высокой степени единственного глаза у матери	
	с доношенной беременностью является абсолютным	
F 4 F 4 4 C	показанием к кесареву сечению.	
Б.1.Б.1.16	Лечение заболеваний и патологических состояний пло-	пи с
	да и новорождённого	ПК – 6
	Когда происходит максимальная убыль веса ребёнка	
	при физиологическом течении периода новрождённо-	
	Максимальная убыль веса ребёнка при физиологиче-	
	ском течении периода новрождённости имет место на	
	3-5 день жизни.	
Б.1.Б.1.1.7	Акушерские пособия и операции.	ПК – 6
	Что целесообразно сделать при плоском плодном пу-	
	зыре у матери в срочных родах при открытии маточно-	
	го зева 4 см?	
	При плоском плодном пузыре у матери в срочных ро-	
	дах при открытии маточного зева 4 см целесообразна	
	амниотомия.	
	Лечение заболеваний и патологических состояний в ги-	
Б.1.Б.1.1.8	некологии.	ПК – 6
	Укажите меры первичной профилактики нарушений ре-	
	продуктивного здоровья женщин (санитарно-	
	гигиенические	ПК – 1

		Г
	мероприятия), которые врачу акушеру – гинекологу можно проводить во внерабочее время.	
	Ответ. Меры первичной профилактики нарушений ре-	
	продуктивного здоровья женщин (санитарно-	
	гигиенические	
	мероприятия), которые врачу акушеру – гинекологу	
	можно проводить во внерабочее время:	
	формирование здорового образа жизни молодежи,	
	половое и гигиеническое воспитание детей и подрост-	
	ков,	
	воспитание нравственного, репродуктивного, брачного	
	и сексуального поведения, рекомендации по трудоуст-	
	ройству,	
	волонтерство среди лиц с неадекватным половым по-	
	ведением.	
	Укажите параметры, которые необходимо учитывать	
	при индивидуализации лечения физическими факто-	
	рами	ПК – 8
	Ответ. Параметры, которые необходимо учитывать при	
	индивидуализации лечения физическими факторами:	
	*возраст, пол и конституцию больного; *наличие сопутствующих заболеваний;	
	наличие сопутствующих заоолевании, *наличие индивидуальных противопоказаний для при-	
	менения конкретного физического фактора;	
	*реактивность организма и степень тренировки адапта-	
	ционно-компенсаторных механизмов;	
	*биоритмическая активность основных функций орга-	
	низма (утро – послеполуденное время, фаза менстру-	
	ального цикла).	
	*использование биодозиметрии для определения ин-	
	тенсивность ультрафиолетового облучения, электро-	
	диагностики для определения параметров электрости-	
	муляции, соотношения и продолжительности фаз сек-	
	реции желудка для определения методики питьевого	
	использования минеральных вод;	
	*применение аппаратов для биологической обратной	
	СВЯЗИ;	
	*создание положительного психоэмоционального на-	
	строя у больных.	
	*курсовое лечение,	
Б.1.Б.1.1.8.1	-личное отношение врача. Лечение врождённых аномалий половых органов и на-	
ו.ס.ו.ט.ו.ו.ס.ו	рушений полового развития.	ПК – 6
	Что необходимо сделать при гематометре и гемато-	1110
	кольпосе у девочки с атрезией девственной плевы?	
	При гематометре и гематокольпосе у девочки с атрези-	
	ей девственной плевы целесообразна гименотомия.	
Б.1.Б.1.1.8.2	Лечение нарушений менструального цикла	
	Какова медикаментозная терапия первой линии при	
	обильном межменструальном кровотечении по клас-	
	сификации FIGO?	
	КОК с 35 мг этинилэстрадиола по контрацептивной	

противовоспалительные препараты (ибупрофен 400 мг 3 раза до прекращения кровотечения) Б.1.Б.1.1.8.3 Лечение воспалительных заболеваний половых органов Из перечня выберите методы реабилитации больных с хроническим эндометритом. "Никракрасная лазеротерапия "Парафинотерапия "Кимато – и бальнеотерапия с сероводородными, йодобромными, азотно-кремнистыми водами. Правильный выбор отмечен «"» Б.1.Б.1.1.8.4 Лечение эндометриоза Женщина, 36 лет, обратилась с жалобами на периодические кровомазания из половых путей, которые появляются за 2—3 дня до начала менструации и продолжаются в течении 2-3х дней после менструации, шоколадного цвета. Считает себя больной около 6 мес., после искусственного аборта. Менструальный цикл регулярный, через 28 дней, менструация болезненные всю жизнь, в последнее время боли во время менструаций усилилась. Очередная менструация облезненные всю жизнь, в последнее время боли во время менструаций усилилась. Очередная менструация облезненные со тоявненный. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища не изменена. На влагалищной части шейки матки, безболезненный. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища не изменена. На влагалищной части шейки матки, соответственно 7 часам циферблата, имеется участок сине-багрового цвета 1х1,5 см., легко кровоточащий при приксоновении к нему. Р.V.: матка увеличена до 6 недель беременности, плотная мало подвижная, чувствительная при пальпации, округлой формы. Придатики не определяются, своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы печения можно применить? 3. Какие методы печения можно применить? 3. Какие методы печения в форм СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ, кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклера.		04/7 04/0	
Б.1.Б.1.1.8.3 Печение воспалительных заболеваний половых органов Из перечня выберите методы реабилитации больных с хроническим эндометритом. *Инакоинтенсивная ультравысокочастотная терапия. *Инфракрасная лазеротерапия *Упьтрафиолетовое облучение в эритемных дозах по Желоховцеву *Климато – и бальнеотерапия с сероводородными, йодобромными, азотно-кремнистыми водами. Правильный выбор отмечен «*» Б.1.Б.1.1.8.4 Лечение эндометриоза Женщина, 36 лет, обратилась с жалобами на периодические кровомазания из половых путей, которые появляются за 2—3 дня до начала менетруации и продолжаются в течении 2-3х дней после менструации, шоколадного цвета. Считает себя больной около 6 мес. после искусственного аборта. Менструальный цикл регулярный, через 28 дней, менструация облезненные всю жизнь, в последнее время боли во время менструаций усилилась. Очередная менструация окмидается через 4—5 дней. В анамнеза 3 беременности, закончившиеся родами и 2 аборта хирургическим методом. Общее состояние удовлетворительное. Живот мягкий, безболезненный. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалищы не изменена. На влагалищной части шейки матки, соответственно 7 часам циферблата, имеется участок сине-багрового цвета 1х1,5 см., легко кровоточащий при прикосновении к нему. Р. У.: матка увеличена до 6 недель беременности, плотная мало подвижная, чувствительная при пальпации, округлой формы Придатки не определяются, своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3. Какие методы лечения можно применить? 3. Начение учитывая отсутствие репродуктивных планов Диеногест 2 мг		схеме 21/7, ВМС с левоноргестелом, нестероидные	
Б.1.Б.1.1.8.3 Печение воспалительных заболеваний половых органов Из перечня выберите методы реабилитации больных с хроническим эндометритом. *Инфракрасная лазеротерапия *Парафинотерапия *Парафинотерапия *Пепоидотерапия *ТПелоидотерапия *ТПелоидотерапия *ТОВ общеней выбор отмечен «*» Б.1.Б.1.1.8.4 Печение эндометриоза Женцина, 36 лет, обратилась с жалобами на периодические кровомазания из половых путей, которые появляются в течении 2-3х дней после менструации, шоколадного цвета. Считает себя больной около 6 мес., после менструации, шоколадного цвета. Считает себя больной около 6 мес., после мексусственного аборта. Менструацный шоколадного цвета. Очитает себя больный регулярный, через 28 дней, менструации болезненные всю жизнь, в последнее время боли во время менструаций усилилась. Очередная менструация очидается через 4—5 дней. В анамнезе 3 беременности, закончившиеся родами и 2 аборта хирургическим методом. Общее состояние удовлетворительное. Живот мягкий, безболезненный. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалищы не изменена. На влагалищной части шейки матки, соответственно 7 часам циферблата, имеется участок сине-багрового цвета 1х1,5 см., легко кровоточащий при прикосновении к нему. Р.У.: матка увеличена до 6 недель беременности, плотная мало подвижная, чувствительная при пальпации, округлой формы Придатки не определяются, своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы лечения можно применить? 3талон ответа: 1.3: Аденомиоз. Эндометриоз шейки матки. Диагностика: определение в крови СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ , кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена») Б.1.Б.1.1.8.5 Вечение отущения и выпадения женских толовых орга-		противовоспалительные препараты (ибупрофен 400 мг	
из перечня выберите методы реабилитации больных с хроническим эндометритом. *Низкоинтенсивная ультравысокочастотная терапия. *Инфракрасная лазеротерапия *Парафинотерапия *Пелоидотерапия *Пелоидотерапия *Ультрафиолетовое облучение в эритемных дозах по Желоховцеву *Климато – и бальнеотерапия с сероводородными, йодобромными, азотно-кремнистыми водами. Правильный выбор оттмечен «*» Б.1.Б.1.1.8.4 Лечение эндометриоза Женщина, 36 лет, обратилась с жалобами на периодические кровомазания из половых путей, которые появляются за 2—3 дня до начала менструации и продолжаются в течении 2-3х дней после менструации, шоколадного цвета. Считает себя больной около 6 мес., после искусственного аборта. Менструальный цикт регулярный, через 28 дней, менструация облезненные всю жизнь. в последнее время боль во время менструаций усилилась. Очередная менструация ожидается через 4—5 дней. В анамнезе 3 беременности, закончившиеся родами и 2 аборта хирургическим методом. Общее состояние удовлетворительное. Живот мягкий, безболезненный. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища не изменена. На влагалищной части шейки матки, соответственно 7 часам циферблата, имеется участок сине-багрового цвета 1х1,5 см., легко кровоточащий при прикосновении к нему. Р.У.: матка увеличена до 6 недель беременности, плотная мало подвижная, чувствительная при пальпации, округлой формы. Придатки не определяются, своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3. Какие методы лечения можно п		3 раза до прекращения кровотечения)	
из перечня выберите методы реабилитации больных с хроническим эндометритом. *Низкоинтенсивная ультравысокочастотная терапия. *Инфракрасная лазеротерапия *Парафинотерапия *Парафинотерапия *Ультратонотерапия *Ультрафиолетовое облучение в эритемных дозах по Желоховцеву *Климато — и бальнеотерапия с сероводородными, йодобромными, азотно-кремнистыми водами. Правильный выбор оттмечен «*» Б.1.Б.1.1.8.4 Лечение эндометриоза Женщина, 36 лет, обратилась с жалобами на периодические кровомазания из половых путей, которые появляются за 2—3 дня до начала менструации и продолжаются в течении 2-3х дней после менструации, шоколадного цвета. Считает себя больной около 6 мес., после искусственного аборта. Менструальный цикп регулярный, через 28 дней, менструации болеэненные всю жизнь, в последнее время боль во время менструаций усилилась. Очередная менструация ожидается через 4—5 дней. В анамнезе 3 беременности, закончившиеся родами и 2 аборта хирургическим методом. Общее состояние удовлетворительное. Живот мягкий, безболезненный. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища не изменена. На влагалищной части шейки матки, соответственно 7 часам циферблата, имеется участок сине-багрового цента 1х1,5 см., легко кровоточащий при прикосновении к нему. Р.У.: матка увеличена до 6 недель беременности, плотная мало подвижная, чувствительная при пальпации, округлой формы. Придатки не определяются, своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3. Какие методы лечения можно бметом рабичения и выпадения женских половых орга-	Б.1.Б.1.1.8.3	Лечение воспалительных заболеваний половых орга-	
Из перечня выберите методы реабилитации больных с хроническии эндометритом. *Никомитенсивная ультравысокочастотная терапия. *Инфракрасная лазеротерапия *Парафинотерапия *Пепоидотерапия *Пепоидотерапия *Телоидотерапия *Ультрафиолетовое облучение в эритемных дозах по Желоховцеву *Климато – и бальнеотерапия с сероводородными, йодобромными, азотно-кремнистыми водами. Правильный выбор отмечен «*> Б.1.5.1.1.8.4 Вечение эндометриоза Женщина, 36 лет, обратилась с жалобами на периодические кровомазания из половых путей, которые появляются за 2—3 дня до начала менструации и продолжаются в течении 2-3х дней после менструации, имоколадного цвета. Считает себя больной около 6 мес., после искусственного аборта. Менструальный цикл регулярный, через 28 дней, менструация ожидается через улярный, через 28 дней, менструация ожидается через 4—5 дней. В анамиеза 3 беременности, закончившиеся родами и 2 аборта хирургическим методом. Общее состояние удовлетворительное. Живот мягкий, безболезненный. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища не изменена. На влагалищной части шейки матки, соответственно 7 часам циферблата, имеется участок сине-багрового цвета 1х1,5 см., легко кровоточащий при прикосновении к нему. Р. V.: матка увеличена до 6 недель беременности, плотная мало подвижная, чувствительная при пальпации, округлой формы. Придатки не определяются, своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3. Какие методы дополнительного исследования необходимо примените? 3. Какие методы дополным менских половых орга-		·	ПК — 8
хроническим эндометритом. *Низкоинтенсивная ультравысокочастотная терапия. *Информрасная лазеротерапия *Парафинотерапия *Парафинотерапия *Ультрафиолетовое облучение в эритемных дозах по Желоховцеву *Климато — и бальнеотерапия с сероводородными, йодобромными, азотно-кремнистыми водами. Б.1.Б.1.1.8.4 Лечение эндометриоза Женщина, 36 лет, обратилась с жалобами на периодические кровомазания из половых путей, которые появляются за 2—3 дня до начала менструации и продолжаются в течении 2-3х дней после менструации усилилась. Очередная менструация обмадается через 4—5 дней. В анамнезе 3 беременности, закончившиеся родами и 2 аборта хирургическим методом. Общее состояние удовлетворительное. Живот мягкий, безболезненный. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища не изменена. На влагалищной части шейки матки, соответственно 7 часам циферблата, имеется участок сине-багрового цвета 1x1,5 см., легко кровоточащий при прикосновении к нему. Р.У.: матка увеличена до 6 недель беременности, плотная мало подвижная, чувствительная при пальпации, округлой формы. Придатки не определяются, своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы лечения можно применить? 3талон ответа: Дз: Аденомиоз. Эндометриоз шейки матки. Диагностика: определение в крови СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ, кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ - спираль («Мирена») Б.1.Б.1.1.8.5 Лечение опущения и выпадения женских половых орга-			
*Низкоинтенсивная ультравысокочастотная терапия. *Инфракрасная лазеротерапия *Парафинотерапия *Парафинотерапия *Пелоидотерапия *Пелоидотерапия *Пелоидотерапия *Климато – и бальнеотерапия с сероводородными, йодобромными, азотно-кремнистыми водами. Правильный выбор отмечен «*» Б.1.5.1.1.8.4 Лечение эндометриоза Женщина, 36 лет, обратилась с жалобами на периодические кровомазания из половых путей, которые появляются за 2—3 дня до начала менструации и продолжаются в течении 2-3х дней после менструации, шоколадного цвета. Считает себя больной около 6 мес., после искусственного аборта. Менструальный цикл регулярный, через 28 дней, менструации облезненные всю жизнь, в последнее время боли во время менструаций усилилась. Очередная менструация ожидается через 4—5 дней. В анамнезе 3 беременности, закончившиеся родами и 2 аборта хирургическим методом. Общее состояние удовлетворительное. Живот мягкий, безболезненный. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища не изменена. На влагалищной части шейки матки, соответственно 7 часам циферблата, имеется участок сине-багрового цвета 1х1,5 см., легко кровоточащий при прикосновении к нему. Р.У.: матка увеличена до 6 недель беременности, плотная мало подвижная, чувствительная при пальпации, округлой формы. Придатки не определяются, своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? Этапон ответа: ДЗ: Аденомиоз. Эндометриоз шейки матки. Диагностика: определение в крови СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ, кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена») Б.1.Б.1.1.8.5		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
*Инфракрасная лазеротерапия -Ультратонотерапия "Парафинотерапия "Пелоидотерапия "Пелоидотерапия "Ультрафиолетовое облучение в эритемных дозах по Желоховцеву "Климато — и бальнеотерапия с сероводородными, йодобромными, азотно-кремнистыми водами. Правильный выбор отмечен «"» Б.1.Б.1.1.8.4 Лечение эндометриоза Женщина, 36 лет, обратилась с жалобами на периодические кровомазания из половых путей, которые появляются за 2—3 дня до начала менструации и продолжаются в течении 2-3х дней после менструации, шоколадного цвета. Считает себя больной около 6 мес, после искусственного аборта. Менструации божоль бнес, после искусственного аборта. Менструации ожидается через изыв, в последнее время боли во время менструаций усипилась. Очередная менструация ожидается через 4—5 дней. В анамнезе 3 беременности, закончившиеся родами и 2 аборта хирургическим методом. Общее состояние удовлетворительное. Живот мягкий, безболезненный. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища не изменена. На влагалищной части шейки матки, соответственно 7 часам циферблата, имеется участок сине-багрового цвета 1х1,5 см., легко кровоточащий при прикосновении к нему. Р. V.: матка увеличена до 6 недель беременности, плотная мало подвижная, чувствительная при пальпации, округлой формы. Придатки не определяются, своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3. Какие методы лечения можно применить? 3. Какие методы лечения меже 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена») Б.1.Б.1.1.8.5 Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивыых планов диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена»)			
-Ультратонотерапия		, ,	
*Парафинотерапия *Пелоидотерапия *Пелоидотерапия *Ультрафиолетовое облучение в эритемных дозах по Желоховцеву *Климато – и бальнеотерапия с сероводородными, йо- добромными, азотно-кремнистыми водами. Правильный выбор отмечен «*» Б.1.Б.1.1.8.4 Лечение эндометриоза Женщина, 36 лет, обратилась с жалобами на периодические кровомазания из половых путей, которые появ- ляются за 2—3 дня до начала менструации и продол- жаются в течении 2-3х дней после менструации, шоко- ладного цвета. Считает себя больной около 6 мес., по- сле искусственного аборта. Менструальный цикп регу- лярный, через 28 дней, менструации болезненные всю жизнь, в последнее время боли во время менструаций усилилась. Очередная менструация ожидается через 4—5 дней. В анамнезе 3 беременности, закончившие- ся родами и 2 аборта хирургическим методом. Общее состояние удовлетворительное. Живот мяткий, безбо- лезненный. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища не изменена. На влагалищной части шейки матки, со- ответственно 7 часам циферблата, имеется участок сине-багрового цвета 1х1,5 см., легко кровоточащий при прикосновении к нему. Р.V.: матка увеличена до 6 недель беременности, плотная мало подвижная, чувствительная при пальпа- ции, округлой формы. Придатки не определяются, своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы дополнительного исследования необ- ходимо применить? 3талон ответа: Д3: Аденомиоз. Эндометриоз шейки матки. Диагностика: определение в крови СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ , кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструаль- ных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена») Б.1.Б.1.1.8.5 Лечение опущения и выпадения женских половых орга-			
*Пелоидотерапия *Ультрафиолетовое облучение в эритемных дозах по Желоховцеву *Климато – и бальнеотерапия с сероводородными, йодобромными, азотно-кремнистыми водами. Правильный выбор отмечен «*» Б.1.Б.1.1.8.4 Лечение эндометриоза Женщина, 36 лет, обратилась с жалобами на периодические кровомазания из половых путей, которые появляются за 2—3 дня до начала менструации и продолжаются в течении 2-3х дней после менструации, шоколадного цвета. Считает себя больной около 6 мес., после искусственного аборта. Менструальный цикл регулярный, через 28 дней, менструации болезненные всю жизнь, в последнее время боли во время менструаций усилилась. Очередная менструация ожидается через 4—5 дней. В анамнезе 3 беременности, закончившиеся родами и 2 аборта хирургическим методом. Общее состояние удовлетворительное. Живот мягкий, безболезненный. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища не изменена. На влагалищной части шейки матки, соответственно 7 часам циферблата, имеется участок сине-багрового цвета 1х1,5 см., легко кровоточащий при прикосновении к нему. Р.У.: матка увеличена до 6 недель беременности, плотная мало подвижная, чувствительная при пальпации, округлой формы Придатки не определяются, своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3талон ответа: ДЗ: Аденомиоз. Эндометриоз шейки матки. Диагностика: определение в крови СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ , кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена») Б.1.Б.1.1.8.5 Лечение опущения и выпадения женских половых орга-		-Ультратонотерапия	
*Ультрафиолетовое облучение в эритемных дозах по Желоховцеву *Климато – и бальнеотерапия с сероводородными, йодобромными, азотно-кремнистыми водами. Правильный выбор отмечен «*» Лечение эндометриоза Женщина, 36 лет, обратилась с жалобами на периодические кровомазания из половых путей, которые появляются за 2—3 дня до начала менструации и продолжаются в течении 2-3х дней после менструации, шоколадного цвета. Считает себя больной около 6 мес., после искусственного аборта. Менструальный цикп регулярный, через 28 дней, менструации болезненные всю жизнь, в последнее время боли во время менструаций усилилась. Очередная менструация ожидается через 4—5 дней. В анамнезе 3 беременности, закончившиеся родами и 2 аборта хирургическим методом. Общее состояние удовлетворительное. Живот мягкий, безболезненный. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища не изменена. На влагалищной части шейки матки, соответственно 7 часам циферблата, имеется участок сине-багрового цвета 1х1,5 см., легко кровоточащий при прикосновении к нему. Р. V.: матка увеличена до 6 недель беременности, плотная мало подвижная, чувствительная при пальпации, округлой формы. Придатки не определяются, своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3. Какие методы дополнительного исследования пеобходимо применить? 3. Ка		*Парафинотерапия	
*Ультрафиолетовое облучение в эритемных дозах по Желоховцеву *Климато – и бальнеотерапия с сероводородными, йодобромными, азотно-кремнистыми водами. Правильный выбор отмечен «*» Лечение эндометриоза Женщина, 36 лет, обратилась с жалобами на периодические кровомазания из половых путей, которые появляются за 2—3 дня до начала менструации и продолжаются в течении 2-3х дней после менструации, шоколадного цвета. Считает себя больной около 6 мес., после искусственного аборта. Менструальный цикп регулярный, через 28 дней, менструации болезненные всю жизнь, в последнее время боли во время менструаций усилилась. Очередная менструация ожидается через 4—5 дней. В анамнезе 3 беременности, закончившиеся родами и 2 аборта хирургическим методом. Общее состояние удовлетворительное. Живот мягкий, безболезненный. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища не изменена. На влагалищной части шейки матки, соответственно 7 часам циферблата, имеется участок сине-багрового цвета 1х1,5 см., легко кровоточащий при прикосновении к нему. Р. V.: матка увеличена до 6 недель беременности, плотная мало подвижная, чувствительная при пальпации, округлой формы. Придатки не определяются, своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3. Какие методы дополнительного исследования пеобходимо применить? 3. Ка		*Пелоидотерапия	
Желоховцеву *Климато – и бальнеотерапия с сероводородными, йодобромными, азотно-кремнистыми водами. Правильный выбор отмечен «*» Б.1.Б.1.1.8.4 Лечение эндометриоза Женщина, 36 лет, обратилась с жалобами на периодические кровомазания из половых путей, которые появляются за 2—3 дня до начала менструации и продолжаются в течении 2-3х дней после менструации и продолжаются в течении 2-3х дней после менструации, шоколадного цвета. Считает себя больной около 6 мес., после искусственного аборта. Менструальный цикл регулярный, через 28 дней, менструации болезненные всю жизнь, в последнее время боли во время менструаций усилилась. Очередная менструация ожидается через 4—5 дней. В анамнезе 3 беременности, закончившиеся родами и 2 аборта хирургическим методом. Общее состояние удовлетворительное. Живот мягкий, безболезненный. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища не изменена. На влагалищной части шейки матки, соответственно 7 часам циферблата, имеется участок сине-багрового цвета 1х1,5 см., легко кровоточащий при прикосновении к нему. Р.У.: матка увеличена до 6 недель беременности, плотная мало подвижная, чувствительная при пальпации, округлой формы Придатки не определяются, своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3. Какие методы лечения можно применить? 3. Какие методы лечения можно применить? 3. Какие методы лечения в крови СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ, кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена») Б.1.Б.1.1.8.5 Лечение опущения и выпадения женских половых орга-			
Климато – и бальнеотерапия с сероводородными, йодобромными, азотно-кремнистыми водами. Правильный выбор отмечен «» Лечение эндометриоза Женщина, 36 лет, обратилась с жалобами на периодические кровомазания из половых путей, которые появляются за 2—3 дня до начала менструации и продолжаются за течении 2-3х дней после менструации, шоколадного цвета. Считает себя больной около 6 мес., после искусственного аборта. Менструации болезненные всю жизнь, в последнее время боли во время менструаций усилилась. Очередная менструация ожидается через 4—5 дней. В анамнезе 3 беременности, закончившиеся родами и 2 аборта хирургическим методом. Общее состояние удовлетворительное. Живот мягкий, безболезненный. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища не изменена. На влагалищной части шейки матки, соответственно 7 часам циферблата, имеется участок сине-багрового цвета 1х1,5 см., легко кровоточащий при прикосновении к нему. Р.У.: матка увеличена до 6 недель беременности, плотная мало подвижная, чувствительная при пальпации, округлой формы Придатки не определяются, своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3. Какие методы лечения можно применить?			
Добромными, азотно-кремнистыми водами. Правильный выбор отмечен «*» Лечение эндометриоза Женщина, 36 лет, обратилась с жалобами на периодические кровомазания из половых путей, которые появляются за 2—3 дня до начала менструации и продолжаются в течении 2-3х дней после менструации и продолжаются в течении 2-3х дней после менструации, шоколадного цвета. Считает себя больной около 6 мес., после искусственного аборта. Менструацыный цикл регулярный, через 28 дней, менструации болезненные всю жизянь, в последнее время боли во время менструаций усилилась. Очередная менструация ожидается через 4—5 дней. В анамневз 3 беременности, закончившиеся родами и 2 аборта хирургическим методом. Общее состояние удовлетворительное. Живот мяткий, безболезненный. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища не изменена. На влагалищной части шейки матки, соответственно 7 часам циферблата, имеется участок сине-багрового цвета 1х1,5 см., легко кровоточащий при прикосновении к нему. Р. V.: матка увеличена до 6 недель беременности, плотная мало подвижная, чувствительная при пальпации, округлой формы Придатки не определяются, своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3. Какие методы лечения можно применить? 3. Какие методы лечения можно применить? 3. Какие методы лечения в крови СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ, кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена»)		· ·	
Правильный выбор отмечен «*» Б.1.Б.1.1.8.4 Лечение эндометриоза Женщина, 36 лет, обратилась с жалобами на периодические кровомазания из половых путей, которые появляются за 2—3 дня до начала менструации и продолжаются в течении 2-3х дней после менструации, шоколадного цвета. Считает себя больной около 6 мес., после искусственного аборта. Менструальный цикп регулярный, через 28 дней, менструации болезненные всю жизнь, в последнее время боли во время менструаций усилилась. Очередная менструация ожидается через 4—5 дней. В анамнезе 3 беременности, закончившиеся родами и 2 аборта хирургическим методом. Общее состояние удовлетворительное. Живот мягкий, безболезненный. Осмотр в зеркалах: спизистая влагалища не изменена. На влагалищной части шейки матки, соответственно 7 часам циферблата, имеется участок сине-багрового цвета 1х1,5 см., легко кровоточащий при прикосновении к нему. Р. V.: матка увеличена до 6 недель беременности, плотная мало подвижная, чувствительная при пальпации, округлой формы. Придатки не определяются, своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3. Какие методы лечения можно применить? Эталон ответа: ДЗ: Аденомиоз. Эндометриоз шейки матки. Диагностика: определение в крови СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ , кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена») Б.1.Б.1.1.8.5			
 Б.1.Б.1.1.8.4 Лечение эндометриоза Женщина, 36 лет, обратилась с жалобами на периодические кровомазания из половых путей, которые появляются за 2—3 дня до начала менструации и продолжаются в течении 2-3х дней после менструации, шоколадного цвета. Считает себя больной около 6 мес., после искусственного аборта. Менструации болезненные всю жизнь, в последнее время боли во время менструаций усилилась. Очередная менструация ожидается через 4—5 дней. В анамнезе 3 беременности, закончившиеся родами и 2 аборта хирургическим методом. Общее состояние удовлетворительное. Живот мягкий, безболезненный. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища не изменена. На влагалищной части шейки матки, соответственно 7 часам циферблата, имеется участок сине-багрового цвета 1х1,5 см., легко кровоточащий при прикосновении к нему. Р.V.: матка увеличена до 6 недель беременности, плотная мало подвижная, чувствительная при пальпации, округлой формы. Придатки не определяются, своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3 талон ответа: ДЗ: Аденомиоз. Эндометриоз шейки матки. Диагностика: определение в крови СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ , кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена») Б.1.Б.1.1.8.5 Лечение опущения и выпадения женских половых орга- 			
Женщина, 36 лет, обратилась с жалобами на периодические кровомазания из половых путей, которые появляются за 2—3 дня до начала менструации и продолжаются в течении 2-3х дней после менструации, шоколадного цвета. Считает себя больной около 6 мес., после искусственного аборта. Менструальный цикл регулярный, через 28 дней, менструации болезненные всю жизнь, в последнее время боли во время менструаций усилилась. Очередная менструация ожидается через 4—5 дней. В анамнезе 3 беременности, закончившиеся родами и 2 аборта хирургическим методом. Общее состояние удовлетворительное. Живот мягкий, безболезненный. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища не изменена. На влагалищной части шейки матки, соответственно 7 часам циферблата, имеется участок сине-багрового цвета 1х1,5 см., легко кровоточащий при прикосновении к нему. Р.У.: матка увеличена до 6 недель беременности, плотная мало подвижная, чувствительная при пальпации, округлой формы Придатки не определяются, своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3. Какие методы лечения можно применить? Эталон ответа: Д3: Аденомиоз. Эндометриоз шейки матки. Диагностика: определение в крови СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ , кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена») Б.1.Б.1.1.8.5		Правильный выбор отмечен «*»	
ческие кровомазания из половых путей, которые появляются за 2—3 дня до начала менструации и продолжаются в течении 2-3х дней после менструации, шоколадного цвета. Считает себя больной около 6 мес., после искусственного аборта. Менструальный цикл регулярный, через 28 дней, менструации болезненные всю жизнь, в последнее время боли во время менструаций усилилась. Очередная менструация ожидается через 4—5 дней. В анамнезе 3 беременности, закончившиеся родами и 2 аборта хирургическим методом. Общее состояние удовлетворительное. Живот мягкий, безболезненный. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища не изменена. На влагалищной части шейки матки, соответственно 7 часам циферблата, имеется участок сине-багрового цвета 1х1,5 см., легко кровоточащий при прикосновении к нему. Р.V.: матка увеличена до 6 недель беременности, плотная мало подвижная, чувствительная при пальпации, округлой формы Придатки не определяются, своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3. Какие методы дечения можно применить? 3. Какие методы лечения можно применить? 3. Какие методы дереление в крови СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ, кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена»)	Б.1.Б.1.1.8.4	Лечение эндометриоза	ПК – 6
ческие кровомазания из половых путей, которые появляются за 2—3 дня до начала менструации и продолжаются в течении 2-3х дней после менструации, шоколадного цвета. Считает себя больной около 6 мес., после искусственного аборта. Менструальный цикл регулярный, через 28 дней, менструации болезненные всю жизнь, в последнее время боли во время менструаций усилилась. Очередная менструация ожидается через 4—5 дней. В анамнезе 3 беременности, закончившиеся родами и 2 аборта хирургическим методом. Общее состояние удовлетворительное. Живот мягкий, безболезненный. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища не изменена. На влагалищной части шейки матки, соответственно 7 часам циферблата, имеется участок сине-багрового цвета 1х1,5 см., легко кровоточащий при прикосновении к нему. Р.V.: матка увеличена до 6 недель беременности, плотная мало подвижная, чувствительная при пальпации, округлой формы Придатки не определяются, своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3. Какие методы дечения можно применить? 3. Какие методы лечения можно применить? 3. Какие методы дереление в крови СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ, кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена»)		Женщина, 36 лет, обратилась с жалобами на периоди-	
ляются за 2—3 дня до начала менструации и продолжаются в течении 2-3х дней после менструации, шоколадного цвета. Считает себя больной около 6 мес., после искусственного аборта. Менструальный цикл регулярный, через 28 дней, менструации болезненные всю жизнь, в последнее время боли во время менструаций усилилась. Очередная менструация ожидается через 4—5 дней. В анамнезе 3 беременности, закончившиеся родами и 2 аборта хирургическим методом. Общее состояние удовлетворительное. Живот мягкий, безболезненный. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища не изменена. На влагалищной части шейки матки, соответственно 7 часам циферблата, имеется участок сине-багрового цвета 1х1,5 см., легко кровоточащий при прикосновении к нему. Р. V.: матка увеличена до 6 недель беременности, плотная мало подвижная, чувствительная при пальпации, округлой формы. Придатки не определяются, своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3. Какие методы лечения можно применить? 3. Какие методы лечения можно применить? 3. Какие методы лечение в крови СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ, кольпоскопия. Диагностика: определение в крови СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ, кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена»)		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
жаются в течении 2-3х дней после менструаций, шоколадного цвета. Считает себя больной около 6 мес., после искусственного аборта. Менструальный цикл регулярный, через 28 дней, менструации болезненные всю жизнь, в последнее время боли во время менструаций усилилась. Очередная менструация ожидается через 4—5 дней. В анамнезе 3 беременности, закончившиеся родами и 2 аборта хирургическим методом. Общее состояние удовлетворительное. Живот мягкий, безболезненный. Осмотр в зеркалах: спизистая влагалища не изменена. На влагалищной части шейки матки, соответственно 7 часам циферблата, имеется участок сине-багрового цвета 1х1,5 см., легко кровоточащий при прикосновении к нему. Р. V.: матка увеличена до 6 недель беременности, плотная мало подвижная, чувствительная при пальпации, округлой формы Придатки не определяются, своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3. Какие методы лечения можно применить? 3. Какие методы лечения можно применить? 3. Какие отрадь лечения можно применить? 3. Какие отрадь лечение в крови СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ, кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена») 5.1.Б.1.1.8.5		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
ладного цвета. Считает себя больной около 6 мес., после искусственного аборта. Менструальный цикл регулярный, через 28 дней, менструации болезненные всю жизнь, в последнее время боли во время менструаций усилилась. Очередная менструация ожидается через 4—5 дней. В анамнезе 3 беременности, закончившиеся родами и 2 аборта хирургическим методом. Общее состояние удовлетворительное. Живот мягкий, безболезненный. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища не изменена. На влагалищной части шейки матки, соответственно 7 часам циферблата, имеется участок сине-багрового цвета 1х1,5 см., легко кровоточащий при прикосновении к нему. Р. У.: матка увеличена до 6 недель беременности, плотная мало подвижная, чувствительная при пальпации, округлой формы. Придатки не определяются, своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3. Какие методы лечения можно применить? 3. Какие методы лечения можно применить? 3. Какие методы лечения можно применить? 3. Аденомиоз. Эндометриоз шейки матки. Диагностика: определение в крови СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ, кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена») Б.1.Б.1.1.8.5			
сле искусственного аборта. Менструальный цикл регулярный, через 28 дней, менструации болезненные всю жизнь, в последнее время боли во время менструаций усилилась. Очередная менструация ожидается через 4—5 дней. В анамнезе 3 беременности, закончившиеся родами и 2 аборта хирургическим методом. Общее состояние удовлетворительное. Живот мягкий, безболезненный. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища не изменена. На влагалищной части шейки матки, соответственно 7 часам циферблата, имеется участок сине-багрового цвета 1х1,5 см., легко кровоточащий при прикосновении к нему. Р.V.: матка увеличена до 6 недель беременности, плотная мало подвижная, чувствительная при пальпации, округлой формы. Придатки не определяются, своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3. Какие методы лечения можно применить? 3талон ответа: ДЗ: Аденомиоз. Эндометриоз шейки матки. Диагностика: определение в крови СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ, кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена»)			
лярный, через 28 дней, менструации болезненные всю жизнь, в последнее время боли во время менструаций усилилась. Очередная менструация ожидается через 4—5 дней. В анамнезе 3 беременности, закончившиеся родами и 2 аборта хирургическим методом. Общее состояние удовлетворительное. Живот мягкий, безболезненный. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища не изменена. На влагалищной части шейки матки, соответственно 7 часам циферблата, имеется участок сине-багрового цвета 1х1,5 см., легко кровоточащий при прикосновении к нему. Р.У.: матка увеличена до 6 недель беременности, плотная мало подвижная, чувствительная при пальпации, округлой формы Придатки не определяются, своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3. Какие методы лечения можно применить? Эталон ответа: ДЗ: Аденомиоз. Эндометриоз шейки матки. Диагностика: определение в крови СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ, кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена»)			
жизнь, в последнее время боли во время менструаций усилилась. Очередная менструация ожидается через 4—5 дней. В анамнезе 3 беременности, закончившиеся родами и 2 аборта хирургическим методом. Общее состояние удовлетворительное. Живот мягкий, безболезненный. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища не изменена. На влагалищной части шейки матки, соответственно 7 часам циферблата, имеется участок сине-багрового цвета 1х1,5 см., легко кровоточащий при прикосновении к нему. Р.V.: матка увеличена до 6 недель беременности, плотная мало подвижная, чувствительная при пальпации, округлой формы Придатки не определяются, своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3. Какие методы лечения можно применить? Эталон ответа: ДЗ: Аденомиоз. Эндометриоз шейки матки. Диагностика: определение в крови СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ , кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена») Б.1.Б.1.1.8.5 Лечение опущения и выпадения женских половых орга-			
усилилась. Очередная менструация ожидается через 4—5 дней. В анамнезе 3 беременности, закончившиеся родами и 2 аборта хирургическим методом. Общее состояние удовлетворительное. Живот мягкий, безболезненный. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища не изменена. На влагалищной части шейки матки, соответственно 7 часам циферблата, имеется участок сине-багрового цвета 1х1,5 см., легко кровоточащий при прикосновении к нему. Р.У.: матка увеличена до 6 недель беременности, плотная мало подвижная, чувствительная при пальпации, округлой формы. Придатки не определяются, своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3. Какие методы лечения можно применить? Эталон ответа: Д3: Аденомиоз. Эндометриоз шейки матки. Диагностика: определение в крови СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ , кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена»)		i i i i i i i i i i i i i i i i i i i	
4—5 дней. В анамнезе 3 беременности, закончившие- ся родами и 2 аборта хирургическим методом. Общее состояние удовлетворительное. Живот мягкий, безбо- лезненный. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища не изменена. На влагалищной части шейки матки, со- ответственно 7 часам циферблата, имеется участок сине-багрового цвета 1х1,5 см., легко кровоточащий при прикосновении к нему. Р.У.: матка увеличена до 6 недель беременности, плотная мало подвижная, чувствительная при пальпа- ции, округлой формы Придатки не определяются, своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы дополнительного исследования необ- ходимо применить? 3. Какие методы лечения можно применить? Эталон ответа: ДЗ: Аденомиоз. Эндометриоз шейки матки. Диагностика: определение в крови СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ , кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструаль- ных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена») Б.1.Б.1.1.8.5		жизнь, в последнее время боли во время менструаций	
ся родами и 2 аборта хирургическим методом. Общее состояние удовлетворительное. Живот мягкий, безболезненный. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища не изменена. На влагалищной части шейки матки, соответственно 7 часам циферблата, имеется участок сине-багрового цвета 1х1,5 см., легко кровоточащий при прикосновении к нему. Р.V.: матка увеличена до 6 недель беременности, плотная мало подвижная, чувствительная при пальпации, округлой формы Придатки не определяются, своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3. Какие методы лечения можно применить? Эталон ответа: Д3: Аденомиоз. Эндометриоз шейки матки. Диагностика: определение в крови СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ , кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена»)		усилилась. Очередная менструация ожидается через	
состояние удовлетворительное. Живот мягкий, безболезненный. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища не изменена. На влагалищной части шейки матки, соответственно 7 часам циферблата, имеется участок сине-багрового цвета 1х1,5 см., легко кровоточащий при прикосновении к нему. Р. V.: матка увеличена до 6 недель беременности, плотная мало подвижная, чувствительная при пальпации, округлой формы Придатки не определяются, своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3. Какие методы лечения можно применить? Эталон ответа: ДЗ: Аденомиоз. Эндометриоз шейки матки. Диагностика: определение в крови СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ, кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена»)		4—5 дней. В анамнезе 3 беременности, закончившие-	
состояние удовлетворительное. Живот мягкий, безболезненный. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища не изменена. На влагалищной части шейки матки, соответственно 7 часам циферблата, имеется участок сине-багрового цвета 1х1,5 см., легко кровоточащий при прикосновении к нему. Р. V.: матка увеличена до 6 недель беременности, плотная мало подвижная, чувствительная при пальпации, округлой формы Придатки не определяются, своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3. Какие методы лечения можно применить? Эталон ответа: ДЗ: Аденомиоз. Эндометриоз шейки матки. Диагностика: определение в крови СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ, кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена»)		ся родами и 2 аборта хирургическим методом. Общее	
лезненный. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища не изменена. На влагалищной части шейки матки, соответственно 7 часам циферблата, имеется участок сине-багрового цвета 1х1,5 см., легко кровоточащий при прикосновении к нему. Р.У.: матка увеличена до 6 недель беременности, плотная мало подвижная, чувствительная при пальпации, округлой формы Придатки не определяются, своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3. Какие методы лечения можно применить? Эталон ответа: ДЗ: Аденомиоз. Эндометриоз шейки матки. Диагностика: определение в крови СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ, кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена»)			
не изменена. На влагалищной части шейки матки, соответственно 7 часам циферблата, имеется участок сине-багрового цвета 1х1,5 см., легко кровоточащий при прикосновении к нему. Р. V.: матка увеличена до 6 недель беременности, плотная мало подвижная, чувствительная при пальпации, округлой формы Придатки не определяются, своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3. Какие методы лечения можно применить? Эталон ответа: Д3: Аденомиоз. Эндометриоз шейки матки. Диагностика: определение в крови СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ, кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена») Б.1.Б.1.1.8.5			
ответственно 7 часам циферблата, имеется участок сине-багрового цвета 1х1,5 см., легко кровоточащий при прикосновении к нему. Р.V.: матка увеличена до 6 недель беременности, плотная мало подвижная, чувствительная при пальпации, округлой формы Придатки не определяются, своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3. Какие методы лечения можно применить? Эталон ответа: Д3: Аденомиоз. Эндометриоз шейки матки. Диагностика: определение в крови СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ, кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена»)		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
сине-багрового цвета 1х1,5 см., легко кровоточащий при прикосновении к нему. P.V.: матка увеличена до 6 недель беременности, плотная мало подвижная, чувствительная при пальпации, округлой формы Придатки не определяются, своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3. Какие методы лечения можно применить? Эталон ответа: Д3: Аденомиоз. Эндометриоз шейки матки. Диагностика: определение в крови CA 125, PЭA; УЗИ ОМТ, кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена») Б.1.Б.1.1.8.5			
при прикосновении к нему. Р.V.: матка увеличена до 6 недель беременности, плотная мало подвижная, чувствительная при пальпации, округлой формы. Придатки не определяются, своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3. Какие методы лечения можно применить? Эталон ответа: Д3: Аденомиоз. Эндометриоз шейки матки. Диагностика: определение в крови СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ, кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена») Б.1.Б.1.1.8.5			
Р.V.: матка увеличена до 6 недель беременности, плотная мало подвижная, чувствительная при пальпации, округлой формы Придатки не определяются, своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3. Какие методы лечения можно применить? Эталон ответа: ДЗ: Аденомиоз. Эндометриоз шейки матки. Диагностика: определение в крови СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ, кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена») Б.1.Б.1.1.8.5			
плотная мало подвижная, чувствительная при пальпации, округлой формы Придатки не определяются, своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3. Какие методы лечения можно применить? Эталон ответа: Д3: Аденомиоз. Эндометриоз шейки матки. Диагностика: определение в крови СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ, кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена») Б.1.Б.1.1.8.5 Лечение опущения и выпадения женских половых орга-		ļ · · ·	
ции, округлой формы Придатки не определяются, своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3. Какие методы лечения можно применить? Эталон ответа: Д3: Аденомиоз. Эндометриоз шейки матки. Диагностика: определение в крови СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ, кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена») Б.1.Б.1.1.8.5 Лечение опущения и выпадения женских половых орга-		P.V.: матка увеличена до 6 недель беременности,	
ции, округлой формы Придатки не определяются, своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3. Какие методы лечения можно применить? Эталон ответа: Д3: Аденомиоз. Эндометриоз шейки матки. Диагностика: определение в крови СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ, кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена») Б.1.Б.1.1.8.5 Лечение опущения и выпадения женских половых орга-		плотная мало подвижная, чувствительная при пальпа-	
своды свободные. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3. Какие методы лечения можно применить? Эталон ответа: Д3: Аденомиоз. Эндометриоз шейки матки. Диагностика: определение в крови СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ, кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена») Б.1.Б.1.1.8.5 Лечение опущения и выпадения женских половых орга-			
1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3. Какие методы лечения можно применить? Эталон ответа: Д3: Аденомиоз. Эндометриоз шейки матки. Диагностика: определение в крови СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ, кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена») Б.1.Б.1.1.8.5 Лечение опущения и выпадения женских половых орга-			
2. Какие методы дополнительного исследования необходимо применить? 3. Какие методы лечения можно применить? Эталон ответа: Д3: Аденомиоз. Эндометриоз шейки матки. Диагностика: определение в крови СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ, кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена») Б.1.Б.1.1.8.5 Лечение опущения и выпадения женских половых орга-			
ходимо применить? 3. Какие методы лечения можно применить? Эталон ответа: Д3: Аденомиоз. Эндометриоз шейки матки. Диагностика: определение в крови СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ, кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена») Б.1.Б.1.1.8.5 Лечение опущения и выпадения женских половых орга-		• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	
3. Какие методы лечения можно применить? Эталон ответа: Д3: Аденомиоз. Эндометриоз шейки матки. Диагностика: определение в крови СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ, кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена») Б.1.Б.1.1.8.5 Лечение опущения и выпадения женских половых орга-			
Эталон ответа: Д3: Аденомиоз. Эндометриоз шейки матки. Диагностика: определение в крови СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ, кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена») Б.1.Б.1.1.8.5 Лечение опущения и выпадения женских половых орга-		·	
Д3: Аденомиоз. Эндометриоз шейки матки. Диагностика: определение в крови СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ, кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена») Б.1.Б.1.1.8.5 Лечение опущения и выпадения женских половых орга-		•	
Диагностика: определение в крови СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ, кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена») Б.1.Б.1.1.8.5 Лечение опущения и выпадения женских половых орга-			
ОМТ, кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена») Б.1.Б.1.1.8.5 Лечение опущения и выпадения женских половых орга-			
ОМТ, кольпоскопия. Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена») Б.1.Б.1.1.8.5 Лечение опущения и выпадения женских половых орга-		Диагностика: определение в крови СА 125, РЭА; УЗИ	
Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных планов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена») Б.1.Б.1.1.8.5 Лечение опущения и выпадения женских половых орга-			
Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менструальных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена») Б.1.Б.1.1.8.5 Лечение опущения и выпадения женских половых орга-		· ·	
ных циклов, затем ЛНГ- спираль («Мирена») Б.1.Б.1.1.8.5 Лечение опущения и выпадения женских половых орга-			
Б.1.Б.1.1.8.5 Лечение опущения и выпадения женских половых орга-			
	F 1 F 1 1 0 F	, , , , ,	
\mid HOB	D. 1.D. 1. 1.8.5	•	
1111 – 0		НОВ	ПК – 6

	п-×	
	Дайте характеристику методов хирургической коррек- ции пролапса гениталий.	
	Ответ. Способы хирургической коррекции пролапса ге-	
	ниталий	
	делят по грыжевому принципу, взяв за основу анатоми-	
	ческое	
	образование, которое укрепляется для исправления	
	неправильного положения половых органов:	
	1-я группа операций — укрепление тазового дна —	
	кольпоперинео-леваторопластика;	
	2-я группа — применение различных модификаций	
	укорочения и укрепления круглых связок матки. Наибо- лее часто используют укорочение круглых связок с	
	фиксацией к передней	
	поверхности матки;	
	3-я группа— укрепление фиксирующего аппарата матки	
	(кардинальных, крестцово-маточных связок) за счет	
	сшивания	
	их между собой, траспозиции;	
	4-я группа — жесткая фиксация выпавших органов к	
	стенкам таза — к лобковым костям, крестцовой кости;	
	5-я группа — использование аллопластического мате-	
	риала	
	для укрепления связок матки и ее фиксации;	
	6-я группа— частичная облитерация влагалища (срединная	
	диппая кольпоррафия, влагалищно-промежностный клейзис).	
Б.1.Б.1.1.8.6	Лечение доброкачественных и злокачественных ново-	
	образований половых органов.	ПК – 6
	Какова основная стратегия хирургического лечения па-	
	циенток с миомой матки в репродуктивном возрасте?	
	Основная стратегия хирургического лечения пациенток	
	с миомой матки в репродуктивном возрасте – сохра-	
5 4 5 4 4 0 7	нить детородный орган.	
Б.1.Б.1.1.8.7	Лечение нейроэндокринных и метаболического син-	
	дрома в гинекологии Какой препарат выбора у женщин с предменструаль-	
	ным синдромом, желающих предохраняться от бере-	
	менности?	
	Препарат выбора у женщин с предменструальным син-	
	дромом, желающих предохраняться от беременности –	
	комбинированный оральный контрацептив, содержа-	
	щий 20 мкг этинилэстрадиола и 3 мг дроспиренона	
Б2.Б.2.1.8.8	Лечение постменопаузального остеопороза.	ПК – 6
	Какая группа медикаментозных средств считается ос-	
	новной при лечении постменопаузального остеопороза?	
	за <i>?</i> Бисфосфонаты считаются основными при лечении по-	
	стменопаузального остеопороза	
Б2.Б.2.1.8.9	Лечение доброкачественных и злокачественных забо-	
	1.5 15 Hoopona lootbollilbix il olloka lootbollilbix dado-	1
	леваний молочных желёз	ПК – 6

	ной лисппэзии молочных желез?	
	ной дисплазии молочных желез?	
	Методы базовой терапии при доброкачественной дис-	
	плазии молочных желез:	
	-Коррекция диеты (исключить продукты, содержащие	
	метилксантины), употребление пищи, богатой клетчат-	
	кой, и адекватное употребление жидкости (не менее	
	1,5–2 л в день)	
	-Правильный выбор бюстгальтера	
	-Седативные препараты	
	- Микройодтерапия	
	- Нестероидные противовоспалительные средства	
	- Мочегонные	
	- Мастодинон, циклодинон	
	- Энзимотерапия	
E0 E 0 4 0 40	- Диметилсульфоксид местно	
Б2.Б.2.1.8.10	Лечение половой дисфункции у женщин	ПК – 6
	Какие гормональные препараты применяются при сни-	
	жении полового влечения в постменопаузе?	
	При снижении полового влечения в постменопаузе	
	применяют трансдермальные эстроген-гестагеновые и	
E0 E 0 4 0 44	тестостероновые терапевтические системы, тиболон.	TI(0
Б2.Б.2.1.8.11	Лечение бесплодия в браке	ПК – 6
	Какой метод физиотерапии можно использовать при	
	воспалительном генезе бесплодия без выраженного	
	экссудативного компонента?	
	При воспалительном генезе бесплодия без выраженно-	
	го экссудативного компонента целесообразно назна-	
	чить бегущее магнитное поле в комбинации с фонофо-	
F0 F 0 4 0 40	резом.	
Б2.Б.2.1.8.12	Лечение гинекологических заболеваний, требующих	
	оказания неотложной медицинской помощи.	
	Какое основное хирургическое мероприятие проводит-	
	ся у пациенток с перекрутом ножки опухоли яичника?	
	В настоящее время лапароскопия — основное диагно-	
	стическое мероприятие при подозрении на перекрут	
	ножки опухоли яичника, т.к. от результатов эндоскопи-	
	ческого исследования и морфологического характера	
	образования зависят объём и доступ оперативного	
	вмешательства. Так как при лапароскопии не пред-	
	ставляется возможным оценить внутреннюю структуру	
	новообразования, не нарушая его целостности, реко-	
	мендовано использовать интраоперационное УЗИ. При	
	малейшем подозрении на малигнизацию — перейти на	
	лапаротомию. Во время лапароскопии с помощью	
	атравматических щипцов возможно выполнение детор-	
	сии (раскручивания ножки кисты и восстановление то-	
	пографии яичника). Манипуляцию производят при на-	
	полнении малого таза и брюшной полости тёплым (40–	
	42 °C) изотоническим раствором натрия хлорида, опу-	
	холь всплывает и часто самостоятельно или с помо-	
	щью атравматических щипцов раскручивается. Если	
	через 10–20 мин происходит изменение цвета (исчез-	

	,	
	новение цианоза, нормализация цвета мезовария), т.е.	
	кровоснабжение в маточной трубе и яичнике восста-	
	навливается, целесообразно выполнение органосохра-	
	няющей операции. При ретенционном яичниковом об-	
	разовании производят аспирацию содержимого кисты,	
	биопсию её стенки. При истинном характере опухоли	
	яичника выполняют резекцию яичника, при параовари-	
	альной кисте проводят её энуклеацию. После прове-	
	дённой операции больная находится под тщательным	
	контролем (измерение температуры тела, количества	
	лейкоцитов в крови, коагулограммы, оценка болевого	
	синдрома). При отрицательной динамике течения по-	
	слеоперационного периода производят повторную ла-	
	пароскопию с аднексэктомией. Следует отметить, что	
	во время лапароскопии органосохраняющие операции	
	(деторсия придатков и резекция яичников) проводят в	
	80% случаев, в то время как при лапаротомии придатки	
	матки удаляют в 3 раза чаще по сравнению с лапаро-	
	скопическим доступом. Становятся очевидными пре-	
	имущества эндоскопических операций при данной па-	
	тологии. При подозрении на малигнизацию опухоли ин-	
	траоперационно показано цитологическое исследова-	
	ние мазковотпечатков для решения вопроса об объёме	
F0 F 0 4 0	оперативного вмешательства.	
Б2.Б.2.1.9	Гинекологические манипуляции, операции и пособия.	
	Когда проводится раздельное диагностическое вы-	
	скабливание слизистой тела матки и цервикального ка-	
	нала?	
	Раздельное диагностическое выскабливание слизистой тела матки и цервикального канала показано 1) для	
	выяснения состояния слизистой при различных добро-	
	качественных и злокачественных процессах (гиперпла-	
	стические пролокачественных процессах (гиперпласти-	
	ческие цессы, предраковые изменения, рак), 2) при по-	
	дозрении на остатки плодного яйца, 3) при подозрении	
	на туберкулез эндометрия, полипоз слизистой оболоч-	
	ки, 4) при расстройствах менструального цикла	
Б2.Б.2.1.10	Планирование семьи и контрацепция	ПК – 6
	Какой котрацептив целесообразно назначить при син-	1110
	дроме поликистоза яичников и гирсутизме?	
	При синдроме поликистоза яичников целесообразно	
	использовать КОК с антиандрогенаими	
Б2.Б.2.1.11	Организация акушерско-гинекологической помощи в	
	Российской Федерации	
	Какими основными нормативными документами регла-	
	ментируется деятельность врача акушера – гинеколога	
	в РФ?	ПК — 10
	Деятельность врача акушера – гинеколога в РФ регла-	
	ментируется приказами, стандартами, клиническими	
	рекомендациями МЗ РФ.	
	Число женщин с впервые зарегистрированными злока-	
	чественными образованиями органов половой системы	ПК – 11
<u>l</u>	1.55.2571115111111 Copacobarrin/IIIII11 Optariob Horiobon Gnotoliibi	

в динамі	ике 2005 – 2016 гг. на территории России	
*растёт,	• • •	
-уменьш	ается,	
-существ	венно не изменяется	
Ответ. Г	Іравильный выбор отмечен «*»	
Какой об	бъем диагностического обследования преду-	
смотрен сроке ро	при анафилактическом шоке у беременной в	
1	льное обследование,	
1 .	торное обследование (общий анализ крови,	
1	нализ мочи, коагулограмма, биохимический	
анализ к	крови),	
-инструм	иентальное обследование (ультразвуковое об-	
следова	ние плода).	ПК – 12
Ответ. Г	Іравильный выбор отмечен «*»	

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИ-ЧЕСКОЙ) ПРАКТИКИ

7.1. Учебно-методическая документация и материалы:

Отдельный файл «Материально-техническое обеспечение»

7.2. Литература

Основная литература

- ➤ Гинекология: национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского, И. Б. Манухина. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 1008 с. (Серия "Национальные руководства") Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970467961.html (дата обращения: 10.01.2022).
- ➤ Акушерство: национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 1080 с. (Серия "Национальные руководства"). Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970466322.html (дата обращения: 10.01.2022).
- ➤ Дубровина, С. О. Неотложная помощь в гинекологии / Дубровина С. О. , Новиков Е. И. , Лапшин В. Н. , Василенко Л. В. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 144 с. Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453056.html (дата обращения: 10.01.2022).
- ➤ Каприна, А. Д. Маммология / под ред. А. Д. Каприна, Н. И. Рожковой М.: ГЭО-ТАР-Медиа, 2019. 496 с. (Серия "Национальные руководства"). Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450703.html (дата обращения: 10.01.2022).
- ▶ Серов, В. Н. Схемы лечения. Акушерство и гинекология / под ред. В. Н. Серова;
 ред. сост. И. И. Баранов. 3-е изд., испр. и доп. М. : Литтерра, 2021. 368 с. (Серия "Схемы лечения"). Текст: электронный // URL:
 https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423503659.html (дата обращения: 10.01.2022).
- ➤ Каган, И. И. Клиническая анатомия женского таза: иллюстрированный авторский цикл лекций / И. И. Каган; под ред. Г. Т. Сухих. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 152 с. Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970459317.html (дата обращения: 10.01.2022).
- ▶ Манухин, И. Б. Гинекологическая эндокринология. Клинические лекции / И. Б. Манухин, Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян, Е. И. Манухина. 4-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 304 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") Текст:

электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970466742.html (дата обращения: 10.01.2022).

- ▶ Радзинский, В. Е. Клиническая фармакология. Акушерство. Гинекология. Бесплодный брак / под ред. В. Е. Радзинского, Е. В. Ших. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 432 с. Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460313.html (дата обращения: 10.01.2022).
- ➤ Шмаков, Р. Г. Анемия беременных / Р. Г. Шмаков, Г. Н. Каримова. М. : ГЭО-ТАР-Медиа, 2020. 160 с. Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455951.html (дата обращения: 10.01.2022).
- ▶ Крамарский, В.А. Послеродовые инфекционно-токсические осложнения: учеб. пособия/ В.А. Крамарский, Ю.В. Трусов, Т.В. Подкаменева; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. Иркутск, 2022. 72 с.
- ➤ Сверкунова, Н.Л. Подготовка организма беременной женщин к родам и родовозбуждение: учеб. пособие/ Н.Л. Сверкунова, В.А. Крамарский, В.Н. Дудакова; ИГ-МАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. Иркутск, 2022. 44 с.
- ➤ Крамарский, В.А. Перинатальный подход в медицине как фактор сохранения здоровья и интеллектуального потенциала общества: учеб. пособие/ В.А. Крамарский, Т.В. Подкаменева, Ю.В. Трусов; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. Иркутск, 2022. 60 с.
- ➤ Дудакова, В.Н. Заболевания молочных желез: учеб. пособие/ В.Н. Дудакова, Н.В. Протопопова, Е.Б. Дружинина; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. 2-е изд., перераб. и доп.. Иркутск, 2022. 88 с.
- ▶ Крамарский, В.А. Принципы деонтологии в современном акушерстве и гинекологии: учеб. пособие/ В.А. Крамарский, Ю.В. Трусов; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. Иркутск, 2021. 52 с.
- ▶ Протопопова, Н.В. Пренатальная диагностика и оценка состояния плода у беременных группы высокого риска: учеб. пособ./ Н.В. Протопопова, В.Н. Дудакова, Н.Н. Бондаренко; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. Иркутск, 2020. 68 с.
- ▶ Крамарский, В.А. Почечно-печеночный синдром как осложнение беременности: учеб. пособ./ В.А. Крамарский, Н.И. Файзуллина; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. Иркутск, 2020. 64 с.

Дополнительная литература

- ▶ Стандарты медицинской помощи. Репродуктивная эндокринология/ Сост. А.С. Дементьев, Сост. Н.И. Журавлева, Сост. С.Ю. Кочетков, Сост. Е.Ю. Чепанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 336 с. (Стандарты медицинской помощи).
- ▶ Стандарты медицинской помощи. Акушерство и гинекология/ Сост. А.С. Дементьев, Сост. И.Ю. Дементьева, Сост. С.Ю. Кочетков, Сост. Е.Ю. Чепанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 992 с. (Стандарты медицинской помощи).
- **Руководство по амбулаторно-поликлинической** помощи в акушерстве и гинекологии/ Ред. В.Н. Серов, Ред. Г.Т. Сухих, Ред. В.Н. Прилепская, Ред. В.Е. Радзинский. 3-е изд., перераб. и доп.. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 1136 с.
- ➤ **Петрос**, **П**. Женское тазовое дно. Функции, дисфункции и их лечение в соответствии с Интегральной теорией: [практ. рук.]/ П. Петрос; пер. с англ. М.: МЕДпрессинформ, 2016. 400 с.: ил
- ▶ Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии. Диагностика и лечение: пер. с англ./ Ред. М. Пирлман, Ред. Дж. Тинтиналли, Ред. П. Дин, Ред. М.А. Курцер. М.: Бином. Лаборатория знаний, 2018. 499 с.: ил. (Неотложная медицина)

- **≻ Национальное руководство. Маммология**/ Ред. А.Д. Каприн, Ред. Н.И. Рожкова. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 496 с. (Национальные руководства)
- **Клинические лекции по** акушерству/ Ред. Ю.Э. Доброхотова, Ред. О.В. Макаров. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР Медицина, 2017. 544 с.: ил
- ▶ Древаль, А.В. Репродуктивная эндокринология: рук. для врачей/ А.В. Древаль.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 240 с.: ил
- **≻ Доброхотова, Ю.Э.** Миома матки: [рук.]/ Ю.Э. Доброхотова, Д.М. Ибрагимова, Л.В. Сапрыкина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 96 с.: ил
- **> Анестезия, интенсивная терапия** и реанимация в акушерстве и гинекологии: клинические рекомендации. Протоколы лечения / Ред. А.В. Куликов, Ред. Е.М. Шифман. М.: Медицина, 2016. 472 с.
- ▶ Дикке, Г. Б. Медикаментозный аборт в амбулаторной практике / Г. Б. Дикке. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 384 с.: ил. 384 с. Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457627.html (дата обращения: 10.01.2022).
- ▶ Доброхотова, Ю. Э. Плацентарная недостаточность. Современный взгляд / Доброхотова Ю. Э. , Джохадзе Л. С. , Кузнецов П. А. , Козлов П. В. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 64 с. Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970449493.html (дата обращения: 10.01.2022).
- ➤ Каприн, А. Д. Мастопатии / под ред. Каприна А. Д., Рожковой Н. И. М.: ГЭО-ТАР-Медиа, 2019. 320 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста"). Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448649.html (дата обращения: 10.01.2022).
- ➤ Мравян, С. Р. Заболевания сердца у беременных / С. Р. Мравян, В. А. Петрухин, С. И. Федорова, В. П. Пронина. 2-е изд. , перераб. и доп. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. 416 с. Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457161.html (дата обращения: 10.01.2022).
- ➤ Озолиня, Л. А. Венозные тромбоэмболические осложнения в акушерстве и гинекологии / Л. А. Озолиня, С. Б. Керчелаева, И. А. Лапина, О. В. Макаров. 2-е изд., испр. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 288 с. Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456514.html (дата обращения: 10.01.2022).
- Ультразвуковая дифференциальная диагностика в акушерстве и гинекологии: пер. с англ./ Р. Биссет, Д.-э- Саббих, Н.Б. Томас, А.Н. Хан; Ред. А.Н. Сенч. М.: МЕДпресс-информ, 2018. 344 с.: ил
- **Холин А.В.** Тазовые боли у женщин. Дифференциальная диагностика лучевыми методами/ А.В. Холин. М.: МЕДпресс-информ, 2018. 56 с.: ил.
- ➤ Трусов, Ю.В. Диагностика и лечение доброкачественной дисплазии молочной железы: учеб. пособ./ Ю.В. Трусов; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. Иркутск, 2020. 96 с.
- ▶ Трусов, Ю.В. Инфицирование околоплодных вод: учеб. пособие/ Ю.В. Трусов, В.А. Крамарский; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. Иркутск, 2021. 44 с.
- ➤ Трусов, Ю.В. Пассаж мекония в амниотическую жидкость. Эмболия околоплодными водами: учеб. пособие/ Ю.В. Трусов, В.А. Крамарский; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. Иркутск, 2021. 48 с.
- ➤ Трусов, Ю.В. Патология объема околоплодной среды: практ. пособие/ Ю.В. Трусов, В.А. Крамарский; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. Иркутск, 2021. 44 с.
- ▶ Трусов, Ю.В. Регуляция и измерение объёма околоплодных вод: учеб. пособие/ Ю.В. Трусов, В.А. Крамарский; ИГМАПО - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. - Иркутск, 2021. - 48 с.

- ➤ Ультразвуковой мониторинг беременных и рожениц: учеб. пособие/ Т.В. Толстикова, Ю.В. Трусов, С.Г. Ковальчук, Е.Н. Усольцева; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. Иркутск, 2021. 52 с.: ил.
- ▶ Файзуллина, Н.И. Современные представления о микробиоте влагалища: учеб. пособие/ Н.И. Файзуллина, В.А. Крамарский, Ю.В. Трусов; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. Иркутск, 2021. 56 с.
- ➤ Трусов, Ю.В. Морфологические изменения плаценты при уточнении акушерского диагноза: монография/ Ю.В. Трусов, В.А. Крамарский; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. Иркутск, 2020. 100 с.
- ➤ Крамарский, В.А. Особенности проявления преэклампсии и состояния новорожденных в северных районах Восточной Сибири: монография/ В.А. Крамарский, А.А. Петухов; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. Иркутск, 2019. 128 с.
- ▶ Бесплодие: учеб. пособ./ В.Н. Дудакова, Н.В. Протопопова, Е.Б. Дружинина, К.В. Крылова; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. Иркутск, 2019. 80 с.
- ➤ Алгоритм действия при акушерских кровотечениях (по протоколу) и органосохраняющие технологии персонифицированного подхода при массивных послеродовых кровотечениях: учеб. пособие/ Н.Л. Сверкунова, В.А. Крамарский, Л.В. Хышиктуев, Н.И. Файзуллина; Иркут. гос. мед. акад. последипл. образов. Иркутск, 2018. 52 с.
- ▶ Дудакова, В.Н. Заболевания молочных желез: учеб. пособие/ В.Н. Дудакова, Н.В. Протопопова, Е.Б. Дружинина; Иркут. гос. мед. акад. последипл. образов. - Иркутск, 2018. - 84 с.
- ➤ Крамарский, В.А. Особенности проявления преэклампсии и состояния новорожденных в северных районах Восточной Сибири: монография/ В.А. Крамарский, А.А. Петухов; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. Иркутск, 2019. 128 с.
- ▶ Апгар Б.С. Клиническая кольпоскопия: практ. рук.: пер. с англ/ Б.С. Апгар, Г.Л. Броцман, М. Шпицер. М.: Практ. медицина, 2015. 384 с.: ил
- ➤ Клинические лекции по акушерству/ Ред. Ю.Э. Доброхотова, Ред. О.В. Макаров.- 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР Медицина, 2017. 544 с.: ил
- ➤ Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология: протоколы лечения/ Сост. Л.В. Адамян, Сост. В.Н. Серов, Сост. Г.Т. Сухих, Сост. О.С. Филиппов. - М.: Медиа Сфера, 2016. - 472 с
- → Национальное руководство. Маммология/ Ред. А.Д. Каприн, Ред. Н.И. Рожкова.
 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 496 с. (Национальные руководства)
- ➤ Сахарный диабет и беременность. Гестационный сахарный диабет: практ. пособие/ М.В. Березина, Т.П. Бардымова, М.В. Мистяков, Г.П. Ягельская; Иркут. гос. мед. акад. последипл. образов. Иркутск, 2016. 44 с
- ➤ Стандарты медицинской помощи. Акушерство и гинекология/ Сост. А.С. Дементьев, Сост. И.Ю. Дементьева, Сост. С.Ю. Кочетков, Сост. Е.Ю. Чепанова. М.: ГЭО-ТАР-Медиа, 2016. 992 с. (Стандарты медицинской помощи)
- ➤ Баггиш Майкл С. Атлас анатомии таза и гинекологической хирургии: пер. с англ./ Майкл С. Баг-гиш, Микки М. Каррам. Лондон: Elsevier Ltd., 2009. 1184 с.: ил
- ▶ Бауэр Г. Цветной атлас по кольпоскопии: пер. с нем./ Г. Бауэр; Ред. С.И. Роговская. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 288 с.: ил
- ▶ Диагностика и лечение в гинекологии. Проблемный подход: пер. с англ./ М. Рис, С. Хоуп, М.К. Охлер и др; Ред. пер. В.Н. Прилепская. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 320 с

- ▶ 4.Атлас по ультразвуковой диагностике в акушерстве и гинекологии: пер. с англ./ Питер М. Дубиле, Кэрол Б. Бенсон; Ред. пер. В.Е. Гажонова. М.: МЕД-прессинформ, 2007. 328 с: ил
- > Жиляев Н.И. Акушерство: фантомный курс/ Н.И. Жиляев, Н.Н. Жиляев, В.В. Сопель. Киев: Книга плюс, 2002. 236 с
- ➤ Кокрановское руководство: Беременность и роды: пер. с англ./ Дж.Ю. Хофмейер, Дж.П. Нейлсон, З. Алфиревич, К.А. Кроутер; Ред. Г.Т. Сухих. М.: Ло-госфера, 2010. 440 с.: ил. Экземпляры: всего:2 ЧЗ(1), АБ(1)
- ▶ Национальное руководство. Акушерство/ Ред. Э.К. Айламазян, Ред. В.И. Кулаков, Ред. В.Е. Радзинский, Ред. Г.М. Савельева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 1200 с. (Национальные руководства)
- ▶ Национальное руководство. Гинекология/ Ред. В.И. Кулаков, Ред. И.Б. Манухин, Ред. Г.М. Савельева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 1072 с. (Национальные руководства)
- ▶ Национальное руководство. Маммология/ Ред. В.П. Харченко, Ред. Н.И. Рожкова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 328 с. (Национальные руководства)
 - Экземпляры: всего:5 ЧЗ(1), АБ(4)
- ▶ Рациональная фармакотерапия в акушерстве, гинекологии и неонатологии: рук. для практ. врачей. Т. 2. Гинекология/ Ред. В.Н. Серов, Ред. Г.Т. Сухих. 2-е изд., испр. и доп. М.: Литтерра, 2010. 736 с. (Рациональная фармакоте-рапия: серия рук. для практ. врачей. Т. IX).

Информационные ресурсы:

- ➤ Электронная полнотекстовая библиотека ИГМАПО http://lib.igmapo.ru/cgibin/irbis64r_15/cgiirbis_64.exe?LNG=&C21COM=F&I21DBN=DIGOU&P21DBN=DIGOU&S 21FMT=&S21ALL=&Z21ID=&S21CNR= (доступ с сайта ИГМАПО);
- ➤ Электронный каталог книг HMБ ИГМАПО (http://lib.igmapo.ru/cgi-bin/irbis64r 13/cgiirbis 64.exe?C21COM=F&I21DBN=IBIS EX&P21DBN=IBIS); (доступ с сайта ИГМАПО);
- ➤ Электронный каталог диссертаций и авторефератов диссертаций (http://lib.igmapo.ru/cgi-
- bin/irbis64r 13/cgiirbis 64.exe?C21COM=F&I21DBN=IBIS EX&P21DBN=IBIS); (доступ с сайта ИГМАПО);
- ➤ Собрание электронных изданий ИГМАПО (Информрегистр) (http://lib.igmapo.ru/cgi-
- bin/irbis64r 13/cgiirbis 64.exe?C21COM=F&I21DBN=IBIS EX&P21DBN=IBIS); (доступ с сайта ИГМАПО);
- База данных «Труды сотрудников ИГМАПО/ИГИУВ 1979-2018гг.» (http://lib.igmapo.ru/cgi-
- <u>bin/irbis64r 13/cgiirbis 64.exe?C21COM=F&I21DBN=IBIS EX&P21DBN=IBIS</u>); (доступ с сайта ИГМАПО);
- ➤ Доступ к ЭБС издательства ГЭОТАР-Медиа "Консультант врача" http://www.rosmedlib.ru;
 - Научная электронная библиотека e-library (https://elibrary.ru);
- ➤ Доступ к электронным ресурсам компании Elsevier и международного научного издательства Springer Nature в рамках договора с РФФИ(доступ через сайт РМАНПО);
- > Scopus крупнейшая в мире база данных рефератов и цитирования издательства Elsevier https://www.elsevier.com/ (доступ через сайт РМАНПО);
 - У Доступ к «Национальной электронной библиотеке» (НЭБ) ФГБУ РГБ;
 - ▶ Доступ к базе данных ООО «ПОЛПРЕД Справочники» (www.Polpred.com);
- ➤ Доступ к Электронному периодическому справочнику «Система ГАРАНТ» (ло-кальный доступ);

- ➤ Доступ к Электронному периодическому справочнику «КонсультантПлюс» (ло-кальный доступ);
 - Межбиблиотечный абонемент ЦНМБ МГМУ им. Сеченова;
- ➤ Межбиблиотечный абонемент Иркутской областной научной универсальной библиотеки им. Молчанова-Сибирского;
- ➤ Министерство образования и науки Российской Федерации (https://минобрнауки.pф);
- ▶ Федеральная служба по надзору в сфере образования и науки (<u>obrnadzor.gov.ru</u>);
 - Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru/);
- ➤ Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru):
- ➤ Федеральный центр информационно-образовательных ресурсов (http://fcior.edu.ru/);
 - ➤ Электронные библиотечные системы и ресурсы (tih.kubsu.ru);
- ▶ Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) (http://www.femb.ru);
- ➤ Профессиональный информационный ресурс для специалистов в области здравоохранения «Consilium Medicum» http://conmed.ru/magazines/consilium medicum/.

7.3. Кадровое обеспечение реализации рабочей программы ППС кафедры

Министерство здравоохранения Российской Федерации ИРКУТСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ — ФИЛИАЛ ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

УТВЕРЖДЕНО

Методическим советом — филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО 24 февраля 2022 г. протокол №2 Председатель совета Заместитель директора оучебной работе С.М. Горбачёва

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ПРАКТИКИ

основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология

Блок 2. ПРАКТИКИ

Вариативная часть (Б2.В.1)

Уровень образовательной программы: высшее образование. Подготовка кадров высшей квалификации

Форма обучения: очная

Иркутск 2022 Рабочая программа практики **Вариативная часть** (**Б2.В.1**) (далее – программа практики) разработана преподавателями кафедры акушерства и гинекологии в соответствии с учебным планом основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности **31.08.01 Акушерство и гинекология.**

Авторы программы практики:

	Авторы программы практики.				
№ ПП.	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, зва- ние	Занимаемая долж- ность	Место работы	
1.	Протопопова Наталья Владимировна	д.м.н., профессор	заведующая кафедрой акушерства и гинекологии	ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ	
2.	Крамарский Владимир Александрович	д.м.н.	профессор ка- федры акушерст- ва и гинекологии	ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ	
3.	Трусов Юрий Викто- рович	К.М.Н.	доцент кафедры акушерства и ги- некологии	ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ	
4.	Файзуллина Наталья Ильдусовна	K.M.H.	ассистент кафедры акушерства и гинекологии	ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ	
	По	методическим во	просам		
3.	Горбачева Светлана Михайловна	д.м.н., профессор	заместитель директора по учебной работе	ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ	
4.	Антипина Лариса Ген- надьевна	К.М.Н.	декан хирургиче- ского факультета	ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ	

Программа практики **Вариативная часть (Б2.В.1)** по специальности **31.08.01 Акушерство и гинекология** обновлена и одобрена на заседании кафедры 21.02.2022 г. протокол № 2.

ЛИСТ ОБНОВЛЕНИЙ И АКТУАЛИЗАЦИИ

Nº	Дата внесения изменений в программу	Характер изменений	Дата и номер прото- кола утверждения до- кумента на МС
1	10 мая 2017	Актуализация программы практики Ва-	28 июня 2017 г
	Γ	риативная часть (Б2.В.1)	протокол № 3
2	12 мая 2018	Обновление программы практики Ва-	28 июня 2018 г
	Γ	риативная часть (Б2.В.1)	протокол № 3
3	15.05.2019	Обновление рабочей программы прак-	28 июня 2019 г.
		тики Вариативная часть (Б2.В.1)	протокол № 3
4	10.02.2020	Обновление дополнительной литерату-	13 февраля 2020
		ры рабочей программы практики Ва-	г. протокол № 2
		риативная часть (Б2.В.1)	
5	08.02.2021	Обновление основной литературы ра-	10 февраля 2021
		бочей программы практики Вариатив-	г. протокол № 2
		ная часть (Б2.В.1)	
6	21.02.2022	Обновление ситуационных задач рабо-	24 февраля 2022
		чей программы практики Вариативная	г. протокол № 2
		часть (Б2.В.1)	
	ı	I.	1

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Место программы практики **Вариативная часть** (**Б2.В.1**) в структуре основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности **31.08.01 Акушерство и гинекология**.

Программа практики Вариативная часть (Б2.В.1) относится к Базовой части программы ординатуры и является обязательной для освоения обучающимися.

7.1. Цель программы практики — подготовка квалифицированного врача - акушера — гинеколога, способного и готового к самостоятельной профессиональной деятельности по охране здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения на основе сформированных универсальных и профессиональных компетенций.

7.2. Задачи программы практики: сформировать умения:

- выявлять и оценивать выраженность факторов риска развития и прогрессирования заболеваний, соответствующих профилю **«акушерство и гинекология»**;
- выявлять ранние симптомы заболеваний, выяснять семейный анамнез, соблюдать нормы санитарно-эпидемиологического режима;
- организовывать и проводить профилактику инфекционных заболеваний у взрослого населения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;
- проводить медицинские осмотры с учетом возраста, состояния здоровья, профессии в соответствии с действующими нормативными правовыми актами;
- проводить диспансеризацию взрослого населения с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний, основных факторов риска их развития;
- рассчитывать показатели диспансеризации;
- анализировать данные профилактических медицинских осмотров и формировать группы для углубленного обследования или наблюдения;
- обеспечивать безопасность пациентов при проведении обследовании и лечении;
- проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции;
- определять медицинские показания к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показания для направления к врачу специалисту;
- контролировать ведение текущей учетной и отчетной документации по установленным формам;
- анализировать данные официальной статистической отчетности, включая формы федерального и отраслевого статистического наблюдения;
- работать с персональными данными пациентов и сведениями, составляющими врачебную тайну;
- вести медицинскую документацию, в том числе и в электронном виде;
- проводить опрос, общее и специальное акушерское объективное обследование, оценку результатов лабораторно-инструментальных методов исследования плода, беременных, рожениц, родильниц и гинекологических больных;
- оценивать физиологическое и патологическое течение беременности, родов и послеродового периода;
- -оценивать физиологическое и патологическое течение периода новорожденности;

- оценивать физиологические и патологические процессы в женской половой системе вне беременности
- -определять врачебную тактику при физиологическом течении беременности, родов и послеродового периода;
- -определять врачебную тактику и лечение патологических состояний и заболеваний при беременности, родах и послеродовом периоде;
- -проводить лечение заболеваний и патологических состояний плода и новорождённого:
- -осуществлять акушерские пособия и операции при беременности, в родах и послеродовом периоде;
- осуществлять лечение заболеваний и патологических состояний в гинекологии;
- -проводить предоперационную подготовку и ведение послеоперационного периода у гинекологических больных, прерывать беременность, применять диагностические манипуляции в гинекологии и методы оперативного лечения гинекологических заболеваний;
- -применять гормональную, внутриматочную, барьерную, физиологическую, женскую хирургическую и мужскую контрацепцию;
- проводить сердечно-лёгочную реанимацию;
- определять медицинские показания и выполнять мероприятия по оказанию экстренной и неотложной медицинской помощи, в том числе при чрезвычайных ситуациях;
- -организовать медицинскую эвакуацию беременных, родильниц, гинекологических больных;
- назначать немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи по профилю **«акушерство и гинекология»**;
- контролировать выполнение и оценивать эффективность и безопасность реабилитационных мероприятий, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов, с учетом диагноза в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»;
- оценить реакцию пациента на проводимое лечение (в случае необходимости провести корригирующие мероприятия, в том числе оказать неотложную помощь);
- наблюдать за эмоциональной сферой пациенток и членов их семей по завершении рассказа на тему о здоровом образе жизни и применять различные дидактические приёмы (по уровню пересказа информации, по сохранению смысловых связей) при составлении индивидуального плана мероприятий по сохранению здоровья:
- анализировать целеполагание, мотивационную сферу и эмоциональный фон пациенток и членов их семей по сохранению и укреплению своего здоровья и здоровья окружающих: цели, мотивы, эмоции, функциональное состояние, готовность и способность вести здоровый образ жизни (виды, уровни, этапы, качества, проявления)
- определять очередность, объем, содержание диагностических и лечебных мероприятий;
- проводить клинико-диагностические исследования и лечение в соответствии со стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения), приказами Минздрава России, законами Российской Федерации;
- составлять план работы и отчет о своей работе;
- проводить анализ основных показателей эффективности акушерскогинекологической службы;
- обеспечивать внутренний контроль качества медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей;

- оценивать эффективность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания;
- организовать первичную и специализированную медицинскую помощь, в том числе медицинскую эвакуацию при чрезвычайных ситуациях.

сформировать навыки:

- оценки риска развития и прогрессирования заболеваний;
- снижения заболеваемости путем воздействия на факторы риска их развития методами ранней диагностики заболеваний, методами борьбы с вредными привычками, методами санитарно-просветительной работы;
- обучения пациентов способам контроля своего заболевания;
- оценки эффективности профилактических мероприятий.
- организации работы по индивидуализированной иммунопрофилактике;
- организации и проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации населения;
- оказания экстренной медицинской помощи при аллергических реакциях, при возникновении чрезвычайных ситуаций;
- противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях;
- анализа работы акушера гинеколога (стационара, участкового) и ведения отчетности о его работе в соответствии с установленными требованиями;
- -алгоритмы диагностики отдельных заболеваний и патологических состояний при беременности, родах и послеродовом периоде у матери, плода, новорождённого;
- -алгоритмы диагностики отдельных заболеваний и патологических состояний в гинекологии;
- -адекватность выбора и оптимальная реализация врачебной тактики и способов лечения отдельных акушерских осложнений, экстрагенитальных заболеваний при беременности, родах и послеродовом периоде, гинекологических заболеваний;
- оказание реанимационной и хирургической помощи при внезапном прекращении кровообращения, угрожающих жизни состояниях и заболеваниях по профилю **«акушерство и гинекология»**;
- эвакуации беременных, родильниц, гинекологических больных;
- определение индивидуальных методов и рекомендаций по реабилитации и санаторно-курортного лечению при различных патологических состояниях и заболеваниях;
- стимуляции возвращения к здоровому образу жизни, оптимального поведения в ситуациях разной степени обязательности, преодоления трудных жизненных ситуаций;
- включения пациенток и членов их семей в различные виды деятельности, при которых они получают навыки здорового образа жизни;
- применения стандартов и порядков оказания медицинской помощи,
- осуществления анализа своей работы, ведения отчетности по профилю **«акушерст-** во и гинекология»;
- реализации принципов доказательной медицины для оценки качества оказания медицинских услуг при использовании клинических рекомендаций, порядков и стандартов медицинской помощи.
- оценки эффективности мероприятий по снижению заболеваемости с временной утратой трудоспособности;
- выполнения аудита деятельности по профилю **«акушерство и гинекология»**;
- деятельности организатора первичной и специализированной медицинской помощи и медицинской эвакуации при чрезвычайных ситуациях.

обеспечить освоение опыта профессиональной деятельности:

- проведение профилактической деятельности;
- осуществление психолого-педагогической деятельности;
- осуществление организационно-управленческой деятельности;

- -осуществление диагностической деятельности (курация пациенток, симуляционные занятия, решение ситуационных задач, анализ историй родов и историй болезни);
- осуществление лечебной деятельности (курация пациенток, симуляционные занятия, решение ситуационных задач, анализ историй родов и историй болезни).
- **7.3. Трудоёмкость освоения программы практики**: 6 зачетных единиц, что составляет 216 академических часов.

8. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ПРАКТИКИ

8.1. Паспорт формируемых компетенций

0.1.	nachop	т формируемых компетенции		
		Умения, навыки, опыт деятельности	Количество	Форма
KC 1Ž	Период		запланирован-	контроля
Индекс компе тенций	ď		ных действий	
Ин ког те	Пе			
		Умения:	4	П/А
		- выявлять основные закономерности		
		изучаемых объектов;		
		- прогнозировать новые неизвестные		
		закономерности.		
		Навыки		
	Þ	- системного анализа;		
УК – 1 Второй год		- системного синтеза.		
	Ž	Опыт деятельности:		
7	ğ	- решение учебных и профессиональ-		
YK –	Ĭ	ных задач.		
\(\)	Ш	Умения	4	П/А
			4	I I/A
		- толерантно воспринимать социаль-		
		ные, этнические, конфессиональные и		
		культурные различия.		
		Навыки владения		
		- методикой подготовки и проведения		
	год	публичного выступления.		
		Опыт деятельности:		
2	Ŏ	- деловое взаимодействие с коллегами,		
1	Второй	младшим медицинским персоналом,		
X	ВŢ	пациентками.		

высшего медицинского образования, а также по дополнительным профессиональным программам. Навыки - владения способами анализа собственной деятельности. Опыт деятельности: - педагогическая деятельность по программам среднего и высшего медицинского образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образования. Умения - организовывать и проводить профилактику инфекционных заболеваний у взрослого населения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи Навыки - обучения пациентов способам контроля своего заболевания; - оценки эффективности профилактиче-	П/А	4	Умения - реализовывать педагогическую дея- тельность по программам среднего и	
ского образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образования. Умения - организовывать и проводить профилактику инфекционных заболеваний у взрослого населения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи Навыки - обучения пациентов способам контроля своего заболевания; - оценки эффективности профилактиче-			также по дополнительным профессиональным программам. Навыки - владения способами анализа собственной деятельности. Опыт деятельности: - педагогическая деятельность по про-	
Умения - организовывать и проводить профилактику инфекционных заболеваний у взрослого населения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи Навыки - обучения пациентов способам контроля своего заболевания; - оценки эффективности профилактиче-			ского образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образова-	Ж - 3
ских мероприятий организации работы по индивидуализированной иммунопрофилактике Опыт деятельности: - проведение профилактической деятельности; - осуществление психолого-педагогической деятельности.	П/А	4	Умения - организовывать и проводить профилактику инфекционных заболеваний у взрослого населения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи Навыки - обучения пациентов способам контроля своего заболевания; - оценки эффективности профилактических мероприятий организации работы по индивидуализированной иммунопрофилактике Опыт деятельности: - проведение профилактической деятельности;	

		Умения:	4	П/А
		- рассчитывать показатели диспансери-	7	1 1//
		•		
		зации;		
		- анализировать данные профилактиче-		
		ских медицинских осмотров и формиро-		
		вать группы для углубленного обследо-		
		вания или наблюдения.		
		Навыки		
		- организации и проведения профилак-		
	Второй год	тических медицинских осмотров и дис-		
	\Z □	пансеризации населения		
7	O O	Опыт деятельности:		
J	Ö	- Проведение профилактической дея-		
¥	<u>6</u>	тельности		
		Умения	4	П/А
		- определять медицинские показания к		
		введению ограничительных мероприя-		
		тий (карантина) и показания для на-		
		правления к врачу - специалисту.		
		Навыки		
		- противоэпидемических мероприятий,		
		организации защиты населения в оча-		
		гах особо опасных инфекций, при ухуд-		
	Д.	шении радиационной обстановки, сти-		
	Второй год	хийных бедствиях.		
က	Õ	Опыт деятельности:		
J	<u>0</u>	- осуществление организационно-		
Σ	Б	управленческой деятельности.		
		Умения	4	П/А
		- работать с персональными данными		
		пациентов и сведениями, составляю-		
		щими врачебную тайну;		
		- вести медицинскую документацию, в		
		том числе и в электронном виде.		
		Навыки		
		- анализа работы акушера - гинеколога		
		(стационара, участкового) и ведения от-		
	ро	четности о его работе в соответствиис		
	, T	установленными требованиями.		
4	0	Опыт деятельности:		
Ţ	Второй год	- Осуществление организационно-		
¥	Вт	управленческой деятельности.		

		Умения:	4	П/А
ΠK – 5	Второй год	- оценивать физиологические и патологические процессы в женской половой системе вне беременности. Навыки: -алгоритмы диагностики отдельных заболеваний и патологических состояний в гинекологии. Опыт деятельности: -осуществление диагностической деятельности (курация пациенток, симуляционные занятия, решение ситуационных задач, анализ историй родов и историй болезни).		
ПК – 6	Второй год	Умения: - осуществлять лечение заболеваний и патологических состояний в гинекологии; -проводить предоперационную подготовку и ведение послеоперационного периода у гинекологических больных, прерывать беременность, применять диагностические манипуляции в гинекологии и методы оперативного лечения гинекологических заболеваний; -применять гормональную, внутриматочную, барьерную, физиологическую, женскую хирургическую и мужскую контрацепцию. Навыки: -адекватность выбора и оптимальная реализация врачебной тактики и способов лечения отдельных гинекологических заболеваний. Опыт деятельности: - осуществление лечебной деятельности (курация пациенток, симуляционные занятия, решение ситуационных задач, анализ историй родов и историй болезни).	4	Π/Α
ПК – 7	Второй год	Умения: -организовать медицинскую эвакуацию беременных, родильниц, гинекологических больных. Навыки - эвакуации беременных, родильниц, гинекологических больных. Опыт деятельности: - Осуществление лечебной деятельности Осуществление диагностической деятельности.	4	П/А

		Varanus	4	П/А
		Умения	4	П/А
		- контролировать выполнение и оцени-		
		вать эффективность и безопасность		
		реабилитационных мероприятий, в том		
		числе при реализации индивидуальной		
		программы реабилитации и абилитации		
		инвалидов, с учетом диагноза в соот-		
		ветствии с действующими порядками		
		оказания медицинской помощи, клини-		
		ческими рекомендациями (протоколами		
		лечения) с учетом стандартов медицин-		
		ской помощи по профилю «акушерство		
		и гинекология»;		
		- оценить реакцию пациента на прово-		
		димое лечение (в случае необходимо-		
		сти провести корригирующие мероприя-		
		тия, в том числе оказать неотложную		
		помощь).		
		Навыки		
		- определение индивидуальных мето-		
		дов и рекомендаций по реабилитации и		
		санаторно-курортного лечению при раз-		
		личных патологических состояниях и		
	μ Έ	заболеваниях в гинекологии.		
	<u> </u>	Опыт деятельности:		
œ	Ŏ.	- Осуществление диагностической, ле-		
	Второй год	чебной, организационно-		
¥	В	управленческой деятельности.		
		Умения	4	П/А
		- анализировать целеполагание, моти-		
		вационную сферу и эмоциональный		
		фон пациенток и членов их семей по		
		сохранению и укреплению своего здо-		
		ровья и здоровья окружающих: цели,		
		мотивы, эмоции, функциональное со-		
		стояние, готовность и способность вес-		
		ти здоровый образ жизни (виды, уровни,		
		этапы, качества, проявления).		
		Навыки		
		- включения пациенток и членов их се-		
		мей в различные виды деятельности,		
	Второй год	при которых они получают навыки здо-		
	ž	рового образа жизни.		
6	bd	Опыт деятельности:		
\ \	10	- Осуществление психолого-		
	Ä	педагогической деятельности.		

		Versung	1	П/А
		Умения	4	П/А
		- проводить клинико-диагностические		
		исследования и лечение в соответствии		
		со стандартами медицинской помощи,		
		клиническими рекомендациями (прото-		
		колами лечения), приказами Минздрава		
		России, законами Российской Федера-		
		ции;		
		- составлять план работы и отчет о сво-		
		ей работе.		
		Навыки		
		- осуществления анализа своей работы,		
	¤	ведения отчетности по профилю «аку-		
	2	шерство и гинекология».		
0	'nΖ	· ·		
`	g	Опыт деятельности:		
ПК –10	Второй год	Осуществление организационно-		
<u> </u>	<u> </u>	управленческой деятельности.	4	П/Л
		Умения	4	П/А
		- обеспечивать внутренний контроль ка-		
		чества медицинской деятельности в		
		пределах должностных обязанностей;		
		- оценивать эффективность применения		
		лекарственных препаратов, медицин-		
		ских изделий и лечебного питания.		
		Навыки		
		- оценки эффективности мероприятий		
		по снижению заболеваемости с вре-		
		менной утратой трудоспособности;		
	ᅜ	- выполнения аудита деятельности по		
	2	профилю «акушерство и гинекология»		
7	орой год	Опыт деятельности:		
1	ď	Осуществление организационно-		
 \(\(\)	Втс	управленческой деятельности.		
		Умения	4	П/А
		- организовать первичную и специали-	•	
		зированную медицинскую помощь, в		
		том числе медицинскую эвакуацию при		
		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
		чрезвычайных ситуациях. Навыки		
		- деятельности организатора первичной		
		и специализированной медицинской		
	∂	помощи и медицинской эвакуации при		
8	χ̈	чрезвычайных ситуациях.		
. 12	0	Опыт деятельности:		
'	Второй год	- Осуществление организационно-		
¥	Ä	управленческой деятельности.		

9. СОДЕРЖАНИЕ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ПРАКТИКИ

9.1. Содержание практики

Код	Тема рабочей программы учебной дисциплины (модуля). Виды профессиональной деятельности	Место прохож- дения практики	Про- должи- тель- ность	Индекс компе- тенции			
	Второй год обучения						
Стациона	ıp .						
Б2.В.1.1	Акушерство. Курация пациенток с аку-	Дородовое,	3	ПК-			
	шерскими осложнениями и экстрагени-	родильное,	з.ед./	5;			
	тальными заболеваниями	послеродовое	109	ПК-6			
		отделения,	акад.				
		отделение	час.				
		новорождён-					
		ных					
Б2.В.1.2	Гинекология. Курация пациенток с гине-	Гинекологи-	3	ПК-			
	кологическими заболеваниями.	ческое отде-	з.ед./	5;			
		ление	107	ПК-6			
			акад.				
			час.				

10. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРО-ГРАММЫ

10.1. Разделы дисциплины и виды занятий

		Кол-во часов/зачетных		Индексы форми-
		единиц		руемых компе-
Код	Название раздела дисциплины	Практика	CP	тенций
Б2.В.1.1.1	Методы обследования бере-	10	-	ПК-5
Б2.В.1.2.1	менных, рожениц, родильниц			
	и гинекологических больных			
Б2.В.1.1.2	Определение физиологиче-	20	-	ПК-
Б2.В.1.1.5	ского и патологического тече-			1,2,3,4,5,6,7,8,
	ния беременности, родов и			9,10,11,12
	послеродового периода.			
	Ведение физиологической и			
	патологической беременно-			
	сти, родов и послеродового			
	периода			
Б2.В.1.1.3	Оценка физиологического и	10	-	ПК – 5,6
Б2.В.1.1.6	патологического течение пе-			
	риода новорожденности.			
	Лечение заболеваний и пато-			
	логических состояний плода и			
	новорождённого			
Б2.В.1.1.7	Акушерские пособия и опера-	42	27	ПК – 5,6,7
	ции.			, ,
Б2.В.1.2.4	Оценка физиологии и патоло-	30	-	ПК-
Б2.В.1.2.8	гии женской половой системы			1,2,3,4,5,6,7,8,
	вне беременности			9,10,11,12
	Лечение заболеваний и пато-			
	логических состояний в гине-			
	кологии			
Б2.В.1.2.9	Гинекологические операции и	30	27	ПК – 5,6,7
	пособия.			
		1		1

Б2.В.1.2.1	Планирование семьи и кон-	10	-	ПК – 5,6
0	трацепция			
Б2.В.1.1.8	Организация акушерско-	10	-	ПК – 10,11,12
Б2.В.1.2.1	гинекологической помощи в			
1	Российской Федерации			
Итого		162	54	

10.2. Производственная (клиническая) практика

Производственная (клиническая) практика предназначена для формирования у врачей-ординаторов компетенций в соответствии с целью и задачами программы ординатуры. Способы проведения производственной (клинической) практики: стационарная; выездная.

Практическая подготовка лиц, получающих высшее медицинское образование, обеспечивается путем их участия в осуществлении медицинской деятельности в соответствии с образовательными программами и организуется:

- 1) в образовательных и научных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность (клиники);
- 2) в медицинских организациях, в том числе медицинских организациях, в которых располагаются структурные подразделения образовательных и научных организаций (клиническая база);
- 3) в судебно-экспертных учреждениях и иных организациях, осуществляющих деятельность в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации.

Для лиц с ограниченными возможностями здоровья выбор мест прохождения практик должен учитывать состояние здоровья и требования по доступности.

10.3. Самостоятельная (внеаудиторная) работа

Самостоятельная работа обучающихся на практике направлена на совершенствование знаний и умений, лежащих в основе формируемых компетенций, а также на развитие навыков самоорганизации и самодисциплины. Контроль самостоятельной работы организуется как единство нескольких форм: самоконтроль, взаимоконтроль, контроль со стороны преподавателя.

Тематика самостоятельной работы обучающихся:

1. Акушерские пособия и операции (27 часов)

Проведение амниотомии.

Наложение различных вариантов кожных швов на самостоятельно сделанном муляже из поролона. Завязывание узлов.

Осмотр родового пути. Ушивание разрывов шейки матки, разрывов и хирургческой раны промежности.

Ревизия полости матки. Ручное отделение и выделение последа

Наложение акушерских щипцов. Проведение вакуум-экстракции плода. Наложение кожно-головных щипцов. Краниотомия.

Лапаротомия. Ушивание хирургической раны передней брюшной стенки. Кесарево сечение. Ушивание хирургической раны матки.

2. Гинекологические пособия и операции (27 часов)

Вскрытие и дренирование абсцесса бартолиновой железы. Вылушивание кисты бартолиновой железы.

Биопсия тканей шейки матки. Диатермоконизация шейки матки.

Раздельное диагностическое выскабливание слизистой цервикального канала и тела матки. Выскабливание стенок полости матки при неполном аборте. Проведение медицинского аборта в сроке беременности до 12 недель вакуумом и кюретками.

10.4. Организация самостоятельной (внеаудиторной работы) обучающихся:

	in a promined drive commentation (and a) drive business, and drives in					
Код	Название раздела	Виды самостоятельной	Кол-во ча-	Индексы фор-		
	дисциплины, темы	работы	сов/3.ед.	мируемых ком-		
				петенций		
Б2.В.1.1.7	Акушерские по-	Закрепление профес-	54 / 1,5	ПК – 5,6,7		
	собия и опера-	сиональных мануаль-				
	ЦИИ	ных навыков				
Б2.В.1.2.9	Гинекологиче-	Закрепление профес-	54 / 1,5	ПК – 5,6,7		
	ские пособия и	сиональных мануаль-				
	операции	ных навыков				

11. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

- **11.1.** Текущий контроль направлен на систематическую проверку выполнения заявленных в паспорте компетенций умений и навыков. Задача текущего контроля мониторинг процесса формирования умения или навыка, на основе указанного в паспорте компетенций количества запланированных действий.
- 11.2. Промежуточная аттестация осуществляется в соответствии с учебным планом основной Программы. Задача промежуточной аттестации оценка сформированности умений, навыков и соответствующих компетенций. Для оценки сформированности профессиональных умений и навыков используются оценочные листы (чеклисты). Контроль и оценка сформированности универсальных и профессиональных компетенций осуществляется с использованием ситуационных задач и выполнения практических заданий. Формы и периоды промежуточной аттестации устанавливаются учебным планом основной Программы.

12. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

12.1. Текущий контроль

Индекс компе- тенций Период	Умения, навыки, опыт деятельности	Заплани- ровано действий (количест- во)	Выпол- нено дейст- вий (ко- личест- во)
УК – 1 Второй год	Умения: - выявлять основные закономерности изучаемых объектов; - прогнозировать новые неизвестные закономерности. Навыки - системного анализа; - системного синтеза. Опыт деятельности: - решение учебных и профессиональных задач.	4	4

	_		I	
		Умения - толерантно воспринимать социальные, этниче- ские, конфессиональные и культурные различия.	4	4
		Навыки владения - методикой подготовки и проведения публичного		
	Второй год	- методикой подготовки и проведения пуоличного выступления.		
8	Š	Опыт деятельности:		
(– 2	인	- деловое взаимодействие с коллегами, млад-		
×	Ö	шим медицинским персоналом, пациентками.	4	4
		Умения - реализовывать педагогическую деятельность	4	4
		по программам среднего и высшего медицинско-		
		го образования, а также по дополнительным		
		профессиональным программам.		
		Навыки		
		- владения способами анализа собственной дея- тельности.		
		Опыт деятельности:		
	ᅜ	- педагогическая деятельность по программам		
	7 7	среднего и высшего медицинского образования,		
က	Второй год	а также по дополнительным профессиональным		
X -	10	программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образования.		
>	Ш	Умения	4	4
		- организовывать и проводить профилактику ин-		
		фекционных заболеваний у взрослого населения		
		в соответствии с действующими порядками ока-		
		зания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам		
		оказания медицинской помощи с учетом стан-		
		дартов медицинской помощи		
		Навыки		
		- обучения пациентов способам контроля своего		
		заболевания; - оценки эффективности профилактических ме-		
		роприятий.		
		- организации работы по индивидуализирован-		
	ГОД	ной иммунопрофилактике		
	λZ	Опыт деятельности:		
7	od	- проведение профилактической деятельности; - осуществление психолого-педагогической дея-		
¥	Второй	- осуществление психолого-педагогической дея- тельности.		
		1	l	İ.

		N/	T 4	T 4
		Умения:	4	4
		- рассчитывать показатели диспансеризации;		
		- анализировать данные профилактических ме-		
		дицинских осмотров и формировать группы для		
		углубленного обследования или наблюдения.		
		Навыки		
	Д	- организации и проведения профилактических		
	Второй год	медицинских осмотров и диспансеризации насе-		
	Σ̈́	ления		
-2	ğ	Опыт деятельности:		
¥	5			
	<u>m</u>	- Проведение профилактической деятельности	1	4
		Умения	4	4
		- определять медицинские показания к введению		
		ограничительных мероприятий (карантина) и по-		
		казания для направления к врачу - специалисту.		
		Навыки		
		- противоэпидемических мероприятий, организа-		
		ции защиты населения в очагах особо опасных		
	ά	инфекций, при ухудшении радиационной обста-		
	2	новки, стихийных бедствиях.		
က	Š	Опыт деятельности:		
I	Второй год	- осуществление организационно-		
 		управленческой деятельности.		
	ш	Умения	4	4
		- работать с персональными данными пациентов	'	'
		и сведениями, составляющими врачебную тайну;		
		- вести медицинскую документацию, в том числе		
		и в электронном виде.		
		Навыки		
		- анализа работы акушера - гинеколога (стацио-		
	_	нара, участкового) и ведения отчетности о его		
	ОД	работе в соответствии с установленными тре-		
	Σ̈́	бованиями.		
4	ō	Опыт деятельности:		
	Второй	- Осуществление организационно-		
¥	<u>6</u>	управленческой деятельности.		
		Умения:	4	4
		- оценивать физиологические и патологические		
		процессы в женской половой системе вне бере-		
		менности.		
		Навыки:		
		-алгоритмы диагностики отдельных заболеваний		
		и патологических состояний в гинекологии.		
	Þ	Опыт деятельности:		
	ГОД	осуществление диагностической деятельности		
2		(курация пациенток, симуляционные занятия,		
1	Второй	решение ситуационных задач, анализ историй		
¥	Ĭ	· ·		
	<u>m</u>	родов и историй болезни).		l

		Умения:	4	4
		- осуществлять лечение заболеваний и патоло-	-	
		гических состояний в гинекологии;		
		-проводить предоперационную подготовку и ве-		
		дение послеоперационного периода у гинеколо-		
		гических больных, прерывать беременность,		
		применять диагностические манипуляции в гине-		
		кологии и методы оперативного лечения гинеко-		
		логических заболеваний;		
		-применять гормональную, внутриматочную,		
		барьерную, физиологическую, женскую хирурги-		
		ческую и мужскую контрацепцию.		
		Навыки:		
		-адекватность выбора и оптимальная реализа-		
		ция врачебной тактики и способов лечения от-		
		дельных гинекологических заболеваний.		
	ДО	Опыт деятельности:		
	7	- осуществление лечебной деятельности (кура-		
9	Второй	ция пациенток, симуляционные занятия, реше-		
Ţ	þ	ние ситуационных задач, анализ историй родов и		
¥	Б	историй болезни).		
		Умения:	4	4
		-организовать медицинскую эвакуацию беремен-		
		ных, родильниц, гинекологических больных.		
	_	Навыки		
	ГОД	- эвакуации беременных, родильниц, гинекологи-		
		ческих больных.		
7	Второй	Опыт деятельности:		
\ \frac{\frac}\fint}}}}{\frac}\frac{\frac{\frac{\frac{\frac{\frac{\frac}\frac{	Š	- Осуществление лечебной деятельности.		
¥	Ю	- Осуществление диагностической деятельности.		

		Vivoling	4	1
		Умения	4	4
		- контролировать выполнение и оценивать эф-		
		фективность и безопасность реабилитационных		
		мероприятий, в том числе при реализации инди-		
		видуальной программы реабилитации и абили-		
		тации инвалидов, с учетом диагноза в соответст-		
		вии с действующими порядками оказания меди-		
		цинской помощи, клиническими рекомендациями		
		(протоколами лечения) с учетом стандартов ме-		
		дицинской помощи по профилю «акушерство и		
		гинекология»;		
		- оценить реакцию пациента на проводимое ле-		
		чение (в случае необходимости провести корри-		
		гирующие мероприятия, в том числе оказать не-		
		отложную помощь).		
		Навыки		
		- определение индивидуальных методов и реко-		
		мендаций по реабилитации и санаторно-		
	ᅜ	курортного лечению при различных патологиче-		
	2	ских состояниях и заболеваниях в гинекологии.		
œ	O,	Опыт деятельности:		
I	Второй год	- Осуществление диагностической, лечебной, ор-		
\(\(\)	B ₁	ганизационно-управленческой деятельности.		
		Умения	4	4
		- анализировать целеполагание, мотивационную		
		сферу и эмоциональный фон пациенток и членов		
		их семей по сохранению и укреплению своего		
		здоровья и здоровья окружающих: цели, мотивы,		
		эмоции, функциональное состояние, готовность		
		и способность вести здоровый образ жизни (ви-		
		ды, уровни, этапы, качества, проявления).		
		Навыки		
		- включения пациенток и членов их семей в раз-		
	Год	личные виды деятельности, при которых они по-		
	=	лучают навыки здорового образа жизни.		
စ	Ŏ,	Опыт деятельности:		
	Второй	- Осуществление психолого-педагогической дея-		
¥	BT	тельности.		
		Умения	4	4
		- проводить клинико-диагностические исследо-		
		вания и лечение в соответствии со стандартами		
		медицинской помощи, клиническими рекоменда-		
		циями (протоколами лечения), приказами Мин-		
		здрава России, законами Российской Федерации;		
		- составлять план работы и отчет о своей работе.		
		Навыки		
		- осуществления анализа своей работы, ведения		
	5	отчетности по профилю «акушерство и гинеколо-		
	75	гия».		
10	100	Опыт деятельности:		
□K –10	Второй	Осуществление организационно-управленческой		
	Б	деятельности.		

		Умения	4	4
			4	4
		- обеспечивать внутренний контроль качества		
		медицинской деятельности в пределах должно-		
		стных обязанностей;		
		- оценивать эффективность применения лекар-		
		ственных препаратов, медицинских изделий и		
		лечебного питания.		
		Навыки		
		- оценки эффективности мероприятий по сниже-		
		нию заболеваемости с временной утратой тру-		
		доспособности;		
	ГОД	- выполнения аудита деятельности по профилю		
_		«акушерство и гинекология»		
7	8	Опыт деятельности:		
¥	Второй	Осуществление организационно-управленческой		
	密	деятельности.		
		Умения	4	4
		- организовать первичную и специализированную		
		медицинскую помощь, в том числе медицинскую		
		эвакуацию при чрезвычайных ситуациях.		
		Навыки		
		- деятельности организатора первичной и спе-		
	ГОД	циализированной медицинской помощи и меди-		
OI		цинской эвакуации при чрезвычайных ситуациях.		
12	Второй	Опыт деятельности:		
🕽	Š	- Осуществление организационно-		
¥	В	управленческой деятельности.		

12.2. Промежуточная аттестация

12.2.1. Контроль сформированности профессиональных умений и навыков с использованием оценочного листа (чек-листа)

Оценочный лист (чек-лист) № 1 контроля сформированности профессиональных умений и навыков ординатора

Симупяционное оборудование: нет

Симуляционное оборудование. нет							
Название уме-	Этапы выпол-	Элементы	Время,	Оценка	Приме-		
ния или навыка	нения умения	умения или	необхо-		чание		
в соответствии	или навыка	навыка	димое для				
с паспортом			выполне-				
компетенций			ния уме-				
			ния или				
			навыка				
алгоритмы	1.Выделение	Анализ кли-	Секунды	1 – элемент			
диагностики	признаков	нической		(этап) выполне-			
отдельных	патологиче-	картины па-		ния умения или			
заболеваний	ского состоя-	тологическо-		навыка проде-			
и патологи-	ния или за-	го состояния		монстрирован			
ческих со-	болевания.	или заболе-		правильно; 0 –			
стояний при	2.Объединен	вания		элемент (этап)			
беременно-	ие выделен-	Объедине-		выполнения уме-			
сти, родах и	ных призна-	ние отдель-		ния или навыка			
послеродо-	ков в син-	ных клини-		продемонстриро-			

Название умения или навыка в соответствии с паспортом компетенций	Этапы выпол- нения умения или навыка	Элементы умения или навыка	Время, необхо- димое для выполне- ния уме- ния или	Оценка	Приме- чание
			навыка		
вом периоде	дромы и вы-	ческих при-		ван с ошибкой	
у матери,	движение	знаков в		или совсем не	
плода, ново-	диагностиче-	группы, воз-		продемонстриро-	
рождённого	ской гипоте-	никновение		ван.	
	3Ы.	которых			
	3.Сопоставле	можно объ-			
	ние выде-	яснить об-			
	ленных син-	щим меха-			
	дромов в	низмом раз-			
	структуре но-	вития.			
	зологических	Сравнение			
	форм, при	групп выде-			
	которых они	ленных при-			
	имеют место,	знаков в			
	и исключение	структуре			
	заболеваний,	нозологиче-			
	отличающих-	ских форм,			
	ся по струк-	при которых			
	туре и дина-	они имеют			
	мике выде-	место.			
	ленных син-	Исключение			
	дромов.	нозологиче-			
	4.Интеграция	ских форм,			
	клинических	для которых			
	и дополни-	выделенная			
	тельных дан-	комбинация			
	ных в рамках	и динамика			
	предпола-	синдромов			
	гаемого ди-	не харак-			
	агноза.	терна.			
		Синтез ре-			
		зультатов			
		проведён-			
		ных мысли-			
		тельных			
		операций.			

Максимальное количество баллов: 4 Набранное количество баллов: _____

12.2.2. Примеры ситуационных задач (кейс-задач), выявляющих практическую подготовку ординатора:

Индекс компе- тенции Период	Ситуационные задачи (кейс-задачи)
--------------------------------------	-----------------------------------

Индекс компе- теншии	Период	Ситуационные задачи (кейс-задачи)
	Второй год обучения	Беременная Р., 33 лет находится под наблюдением врача женской консультации в сроке 20-21 неделя. Рост 156 см. Вес 71,5 кг. Индекс массы тела 29,42. Размеры таза 23*25*31*20 см. Окружность живота 96 см. Высота стояния дна матки 21 см. Беременность вторая. Первая беременность в возрасте 30 лет закончилась срочными родами плодом 2700 г. без осложнений. Общие заболевания: в детстве - ветряная оспа, в настоящее время – хронический гастрит. Менструации с 13 лет, через 28 дней, по 5 дней, регулярные, безболезненные. Прибавка веса 2,5 кг. Пульс 74. Артериальное давление 100/70 мм.рт.ст. При первом и втором скрининге пороки развития плода не обнаружены. При ультразвуковом исследовании почек, осмотре терапевта, окулиста, оториноларинголога и стоматолога патологии не выявлено. Бактериологический посев мочи отрицательный. Кольпоскопия удовлетворительная, норма. Онкоцитоконтролы: атипических клеток нет. Мазок биологического отделяемого из влагалища на флору: вторая степень чистоты. При лабораторном контроле патологии не выявлено. Степень перинатального риска низкая. Задание 1. Поставьте диагноз. Сформулируйте заключение. Профилактику каких заболеваний и патологических состояний целесообразно проводить в данном сроке беременности? Ответ 1. Беременность 20-21 неделя. Заключение: повотрная физиологическая беременность низкого перинатального риска. Принимая во внимание начало выработки плодом эритропоэтина в гестационном возрасте 16 недель, в данном сроке беременности целесообразно оценить наличие или отсутствие дефицита железа запасов у матери. Поэтому нужно рекомендовать провести исследования уровня ферритина и сывороточного железа. Продолжение условий задачи. В процессе углублённого обследования матери установлены Ферритин 28 мг/л, сывороточное железа 10 мкм/л. Задание 2. Уточните диагноз и определите режим коррекции дефицита железа запасов и но контроль у беременной. Ответ 2. Диагноз: Беременность 20-21 неделя. Латентная стадия дефицита железа запасов при данной беременности и меры профилактики его рецидива. Дайте развёрну

Индекс компе- тенции	Период	Ситуационные задачи (кейс-задачи)
		провести его восполнение перед родами. На протяжении второй половины беременности и лактации — диета, направленная на профилактику железодефицита. Диета для беременной.
		Питание должно быть полноценным. Диета содержит повышенное количество белков (130-140 г), большей частью животного происхождения, который необходим для синтеза гемоглобина, построения эритроцитов и образования легкоусвояемых соединений железа.
		Количество углеводов — в пределах физиологической нормы (до 400 г). Сюда входят сложные углеводы (крупы, зерновые хлебцы, мюсли, фрукты, бобовые) и простые (сахар, мед, варенье). Поскольку избыток жиров угнетает кроветворение, их количество
		ограничивается (до 70 г). Отдают предпочтение легкоусвояемым жирам (все виды растительных масел и сливочное масло). Ограничению подлежат животные жиры, жирное мясо и птица, сало, жирные колбасы.
		Необходимо введение в рацион повышенного количества витаминов, которые принимают участие в эритропоэзе (группа витаминов В, аскорбиновая кислота). Витамины группы В содержатся в дрожжах (пекарских и пивных), бобовых, печени, почках, желтках яиц, мясе, рыбе, молоке, твороге. Фолацин содержит зеленый
		салат, капуста, зеленый лук, соевые бобы. Разумеется, что железосодержащая диета обязательно должна включать и продукты с высоким содержанием этого микроэлемента:
		мясо (говядина, кролик, индейка, курятина); рыба; язык говяжий;
		печень (свиная и говяжья); почки; сердце;
		творог; яйцо куриное.
		Если проанализировать продукты питания, содержащие железо, то мясо животных и птицы являются источниками гемового железа (его содержат только мышечные ткани) и биодоступность его более высокая. В связи с этим, они должны составлять основу рациона. Если сравнивать животные продукты по содержанию этого микроолемента, то они распределяются (по мере его убы
		этого микроэлемента, то они распределяются (по мере его убывания) следующим образом: язык говяжий, мясо кролика, телятина, говядина, яйцо куриное, баранина, индейка, свинина, курица, сыр, треска, горбуша, творог.
		Железо в продуктах питания растительного происхождения (овощи, бобовые, крупы, клубневые, фрукты), а также в молоке и рыбе содержится в негемовой форме, усвояемость которой значительно ниже. Кроме того, присутствующие в растительных продуктах танины, соевый протеин, фосфаты, пищевые волокна и фитины образуют с Fe нерастворимые соединения.

Индекс компе- тенции	Период	Ситуационные задачи (кейс-задачи)
Инде комг	Пери	Из растительных источников железа можно назвать спаржу, гречневую, овсяную и пшенную крупы, хлеб зерновой, свеклу, квашеную капусту, лук, свежую капусту, кабачки, патиссоны, зеленые овощи, мяту, ботву растений и овощей (редиса, крапивы, моркови, репы, горчицы), листья одуванчика, кресс-салат, абрикосы, яблоки, груши, апельсины, ананасы, персики, спивы, землянику, сухофрукты, малину, клубнику, вишню, черную смородину. Мясо животных и птицы является хорошим источником гемового железа с высокой биодоступностью, но, несмотря на это, питание должно содержать овощи, зелень, фрукты, поскольку они являются единственными источниками витамина С, в присутствии которого усвоение этого микроэлемента в двенадцатиперстной кишке улучшается (оно восстанавливает железо и образует с ним хорошо усваиваемые хелатные комплексы). Необходимо употреблять все зелёные листовые овощи, цитрусовые, облепиху, шиповник, сливы, черную смородину, все кислые ягоды, груши, яблоки, все виды капусты, в том числе и квашеную, морковь, свеклу, салатный перец, тыкву, помидоры. Способствуют всасыванию железа и нормализуют процесс кроветворения: Витамины группы В — фолиевая кислота и цианокобаламин играют большое значение в гемопоэзе и недостаток их влечет нарушение синтеза ДНК в стволовых клетках, а это отрицательно влияет на скорость синтеза гемоглобина. Источники фолиевой кислоты (пистья салата, шпинат, зеленый лук, петрушка, чечевица фасоль, бобы, все виды капусты, спаржа, цитрусовые, груши, яблоки, абрикосы, бананы, киви, гранат, смородина, клубника, виноград, малина) обязательно должны присутствовать в рационе. Поставщиками цианокобаламина являются: печень животных, мясо, рыба, икра, кисломолочные продукты, сырой желток куриного яйца, дрожжи, салаты, зеленый лук, ботва овощей. Медь, которую содержит печень, крупы, бобовые, грибы, орехи, сырой желток, земляника, черная смородина, арбузы, хрен, спаржа, говядина, проростки пшеницы, ячмень, спаржа, чечевица, петрушка, хлеб ржаной, кефир, простокваша.
		Кобальт содержат: печень, бобовые, почки, зерновые, салатная зелень, свекла, тыква, зелёные овощи, крыжовник, малина, яблоки, черная смородина, абрикосы, вишня, груша, орехи, цитрусовые, грибы. Серосодержащие продукты: лук, чеснок и все виды капусты. Пряные травы — тимьян, мята, корица, анис, которыми можно
		смело приправлять все блюда.

Индекс компе- тенции	Период	Ситуационные задачи (кейс-задачи)
Индек компе-	Перио	«Фактор животного белка» — белок увеличивает абсорбцию микроэлемента и содержит миоглобин и гемоглобин. Простые углеводы (фруктоза, лактоза, сорбит). Аминокислоты (гистидин, лизин, цистеин) образующие легко всасываемые хелаты. Учитывать также нужно и продукты-антагонисты, которые ухудшают всасывание железа и с 3-х валентной его формой образуют нерастворимые соли. К таким продуктам относят: Танинсодержащие — основное содержание танина в кофе и чае. Шоколад. Фитинсодержащие (цельные зерна, рис, соевая мука, бобовые, отруби, грецкие орехи). Замачивание круп, бобовых и орехов значительно снижает содержание фитиновой кислоты; Полифенолы орехов, бобовых, чая. Оксалаты (шоколад, зерно, кукуруза, шпинат, щавель, молоко, чай). Продукты с высоким содержанием кальция: кунжут, молоко, творог, сухофрукты. Кальций способен уменьшать всасывание гемового и негемового железа. Яйца, поскольку содержат альбумин и фосфопротеин. Зерновые в виду содержания пищевых волокон и фитатов. Пищевые волокна в кишечнике, почти не перевариваются, а железо фиксируется на них и выводится с калом. Алкогольные напитки разрушают железо в продуктах, которые совместно с ними употреблены. Гемовое железо обладает относительно высокой термоустойчивостью, а продукты с негемовой
		формой не рекомендуется подвергать термической обработке. Мясо, печень и рыба при одновременном применении овощей и фруктов увеличивают всасывание из них железа. Разрешенные продукты. Железосодержащая диета должна включать: Мясо, птицу, рыбу и субпродукты разной кулинарной обработки, но предпочтение отдается приготовлению на пару, запеканию и отвариванию. Приготовленные в таком виде продукты легче перевариваются и всасываются. Что касается употребления печени — в ней действительно много витаминов, микроэлементов, однако железо связано белками и малодоступно при ее употреблении. Больше железа содержит говяжий язык, потом говядина и свинина, курятина и крольчатина (в них содержится 8-10 мкг). Супы на бульонах с добавлением мяса. Известно, что мясные/рыбные/грибные бульоны стимулируют аппетит, который зачастую снижен при анемии. Для улучшения аппетита можно есть соусы и солить пищу, приправлять блюда перцем, луком, чесноком и другими специями. Крупы — гречневая, овсяная, пшенная в виде каш на воде и бобовые. Овощи — помидоры, свекла, картофель, зелень, морковь, цветная капуста, брокколи, квашеная капуста, свежая капуста, болгарский перец, тыква, спаржа, лук, кабачки, патиссоны и другие зеленые овощи, кресс-салат. Ранней весной полезно добавлять в салаты ботву растений и овощей (редиса, крапивы, моркови, репы, горчицы) и листья одуванчика. Для лучшего усвоения сдабривать растительными маслами. Фрукты — яблоко, гранат, груша, хурма, смородина, сливы, абрикосы, айва, цитрусовые,

Индекс компе- тенции Период	Ситуационные задачи (кейс-задачи)
	черника, земляника, клубника, персики, абрикосы, апельсины, ананасы, малина, вишня. Нужно употреблять изюм, чернослив, и фруктовые соки. Хлеб пшеничный и ржаной. Кисломолочные напитки, поскольку они содержат молочную кислоту, которая, как и все органические кислоты, способствует лучшему усвоению микроэлемента. Яйца. Масло сливочное и разнообразные растительные масла. Из напитков: соки (томатный, морковный, свекольный, персиковый, яблочный, абрикосовый), какао, настой шиповника, отвар пшеничных отрубей. Морсы и соки, которые являются богатыми аскорбиновой, яблочной, янтарной и другими органическими кислотами. А они в значительной степени способствуют всасыванию железа в кишечнике. Любителям чая нужно пить его за 2 часа до или после еды и приема препаратов. Сахар, джем, мед варенье.
Второй год обучения	Для постановки на диспансерный учёт в женскую консультацию обратилась первобеременная в возрасте 21 года. Жалоб на сонливость, периодическую тошноту. Отмечает задержку менструации на 6 недель и положительный тест на беременность. Анамнез: Из перенесённых заболеваний отмечает ветряную оспу в детстве, периодически острые респираторные вирусные заболевания с частотой около 1 раза в год. Соматические заболевания, хирургические вмешательства, травмы, аллергические реакции, гемотрансфузии отрицает. Менструации с 14 лет, установились сразу, через 28 дней, по 5 дней, регулярные, безболезненные. Первый день последней менструации имел место 10 недель назад. Половые контакты регулярные с 18 лет. Половой партнер здоров. Беременность желанная, наступила после 3 лет гормональной контрацепции. Выделений из наружных половых органов не отмечает. Семейный анамнез не отягощён. Молочные железы симметричные, безболезненные и без очаговых уплотнений при пальпации. Со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной, пищеварительной систем не выявлено. Антропометрия: Рост 168 см. Вес 67 кг. Индекс массы тела 23,7. Размеры таза 25-28-31-20 см. Индекс Соловьева 15 см. Гинекологический статус. Наружные половые органы развиты правильно. Оволосенение по женскому типу. Осмотр шейки матки в зеркалах: шейка матки и слизистая влагалища без патологических изменений. Бимануальное исследование: Тело матки увеличено до 8 недель, мягкоэластической консистенции, с гладкой поверхностью, безболезненное при пальпации, увеличено до 9 недель. Область придатков матки безболезненна. Проведена оценка степени перинатального риска: беременность низкого перинатального риска Задание 1. Поставьте диагноз. Определите объём дополнительного обследования и диспансерного наблюдения беременной. Ответ 1. Диагноз: Беременность 9 недель.

Индекс компе- тенции	Период	Ситуационные задачи (кейс-задачи)
		Общий (клинический) анализ крови развернутый. Анализ крови биохимический (общетерапевтический): общий белок, мочевина, креатинин, общий билирубин, прямой билирубин, аланинтрансаминаза, аспартат-трансаминаза, глюкоза, (при ожирении, отеках, преэклампсии беременных, при заболеваниях щитовидной железы, сахарном диабете, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, церебро-васулярных заболеваниях триглицериды крови, липопротеины высокой плотности, липопротеины низкой плотности, общий холестерин. Общий анализ мочи.
		Определение основных групп крови (A, B, 0) и резуспринадлежности. Биохимический скрининг уровней сывороточных маркеров: связанный с беременностью плазменный протеин A (PAPP-A) и свозанный с беременностью плазменный протеин А (PAPP-A) и свозанный с беременностью плазменный протеин А (PAPP-A) и свозанием проте
		бодная бета-субъединица хорионического гонадотропина (бета-ХГ) в сроке 11-14 недель.
		Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови, определение антител классов М, G к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 и ВИЧ-2 в крови, определение антител классов М, G к антигену вирусного гепатита В и вирусному гепатиту С в крови.
		Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) - количество тромбоцитов, время свертывания, время кровотечения, агрегация тромбоцитов, активированное частичное тромбопласти новое время (АЧТВ), фибриноген, определение протромбинового (тромбопластинового) времени.
		Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу краснухи в крови, определение антител к токсоплазме в крови. Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк, микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на грибы рода кандида.
		Электрокардиография (ЭКГ) по назначению врача-терапевта. Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза в сроке 11-14 недель. Кольпоскопия. Онкоцитоконтроль.
		Осмотр терапевта, окулиста, стоматолога, Оториноларинголога. Продолжение задачи . При повторной явке беременной через 2,5 недели установлено:
		Кольпоскопия удовлетворительная, норма. Онкоцитоконтроль: атипических клеток нет.
		Бактериоскопия образца биологического отделяемого влагалища: вторая степень чистоты. Первый скрининг на пороки развития плода накануне явки: 12 недель, патологии не выявлено. ЭКГ: ритм синусовый, частота сердечных сокращений 68 ударов в
		минуту. По результатам лабораторного контроля: без патологии. Терапевт: практически здорова. Окулист: VIS OD/OS=1,0, на глазном дне патологии не выявлено.

Индекс компе-	Период	Ситуационные задачи (кейс-задачи)
		Стоматолог: кариес, санирована. Оториноларинголог: патологии ЛОР-органов не выявлено. Задание 2. Поставьте диагноз. Сформулируйте заключение. Составьте план диспансерного наблюдения беременной. Ответ 2. Диагноз беременность: Беременность 12 недель. Заключение: Первая беременность назкого перинатального риска. План ведения. Акушерская тактика: выжидательная, наблюдение за течением физиологической беремености. Во етором триместре беременности (после 14 недель) для исключения бессимптомной бактериурии (наличие колоний бактерий более в 1 мл средней порции мочи, определяемое культуральным методом без клинических симптомов) посев средней порции мочи. Наряду с физикальными осмотрами провести общий анализ крови и мочи, УЗИ почек, второй УЗ-скрининг на пороки развития плода в сроке 18-21 неделя. В третвем триместре провести: Общий (клинический) анализ крови развернутый. Анализ крови биохимический (общетерапевтический): общий белок, мочевина, креатинин, общий билирубин, прямой билирубин, аланинтрансаминаза, аспартат-трансаминаза, глюкоза, (при ожирении, отеках, преэклампсии беременных, при заболеваниях шиствилой железы, сахарном диабете, артериальной гипертензии, ищемической болезни сердца, церебро-васулярных заболеваниях триглицериды крови, иппопротеины высокой плотности, липопротеины низкой плотности, общий холестерин. Определение антител к бледной трепонеме (Тгеропета раllіdum) в крови, определение антител классов М, G к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 и ВИЧ-2 в крови, определение антител классов М, G к антигену вирусного гепатита В и вирусному гепатиту С в крови. Тест толерантности к глюкозе с 75 г глюкозы в 24-28 недель (за исключением беременных с существующим сахарным диабетом). Общий анализ мочи. Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк, микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на грибы рода кандида. Скрининговое УЗИ плода в сроке 30-34 недели с допплерометрией.

Индекс компе- тенции	Период	Ситуационные задачи (кейс-задачи)
-------------------------	--------	-----------------------------------

80 фаговаров.

Задача. В одном из родовспомогательных учереждений в течение 1 мес в детском отделении было зарегистрировано увеличение числа гнойно-септических инфекций (ГСИ) новорожденных. Рост ГСИ отмечается с конца апреля, когда среди 15 новорожденных детского отделения с 24 по 28 апреля

у 5 развился омфалит, у 2 — гнойный конъюнктивит, у 1 ребенка — пиодермия. В последующем (с 6 по 30 мая) было зарегистрировано 4 случая омфалита, причем 3 из них — среди детей, находящихся в отделении для недоношенных; 8 случаев конъюнктивита, все у недоношенных детей, 3 случая пневмонии, 2 из них — среди недоношенных детей. В отделении для

недоношенных новорожденных 30 мая был зарегистрирован летальный случай – сепсис у ребенка.

В ходе разбора летального случая установлено, что ребенок рожден от второй беременности. Родильница инфицирована ВИЧ. Масса тела новорожденного 825 г. При рождении выявлены признаки гипоксии, ателектазы в легких. Посев крови от 30 мая дал положительный результат: выделена К. pneumoniae.

При эпидемиологическом исследовании родовспомогательного учереждения и проведении эпидемиологического расследования было установлено, что материал для бактериологического исследования у новорожденных брали из 5 локусов: конъюнктивы глаз, слизистой носа, ротоглотки, пуповинного остатка, прямой кишки. Забор материала проводили в 1-е и на 4-е сутки жизни ребенка. В результате проведенных микробиологических исследований выделили: S. aureus, E. coli, K. pneumoniae, причем при фаготипировании S. aureus были определены 3 фаговара: 52, 52А и 80. У всех детей с омфалитом в пробе с пупочной культи высеян S. aureus фаговара 52 A. У 10 детей с конъюнктивитом при микробиологическом исследовании гнойного отделяемого выделена Е. coli биоваров 14 и 1, а также S. aureus фаговара 85, причем у 8 недоношенных детей причиной конъюнктивита была E. coli биовара 14. Пиодермию вызвал S. aureus фаговара 3A. Посев слизи из носоглотки и мокроты у детей с пневмонией позволил выделить К. pneumoniae.

Бактериологическое обследование (нос, ротоглотка) 35 сотрудников роддома было проведено 2 июня. Среди

медицинского персонала родильного блока выявлены 3 носителя S. aureus фаговара 52A, у 1 медицинского работника выделена К. pneumoniae, у пятерых в смывах с рук выделены S. aureus фаговаров 52, 52A и 80. Из 7 обследованных сотрудников детского отделения в 2 случаях высеяны штаммы S. aureus фаговаров 85 и 47; у 3 – S. aureus фаговаров 52 и 52A, у одного – Е. coli биовара 1. В отделении недоношенных детей у 3 из 10 сотрудников выделены штаммы S. Aureus фаговаров 52A и 80, а у одного определено носительство Е. coli биовара 14. В смывах с рук персонала детского отделения и отделения недоношенных в 16% случаев выделены штаммы S. aureus 52, 52A,

Задание. Используя Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы (СанПиН) 2.1.3.2630-10, Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 9 декабря 2010 г. N 163 "Об утверждении Сан-

ПиН 2.1.7.2790-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами", Санитарно-эпидемиологические требования к организации и осуществлению дезинфекционной деятельности СП 3.5.1378-03, дайте характеристику сложившейся в родовспомогательном учереждении эпидемической ситуации и составьте план профилактических и противоэпидемических мероприятий в отделении для доношенных и недоношенных детей.

У детей и медицинского персонала обнаружено совпадение патогенной микролоры. Источником эпидемической вспышки внутрибольничных инфекций у новорождённых стал медицинский персонал.

Ответ.

Осмотр больного новорождённого ребенка проводят в специально выделенном боксе, оснащенном всем необходимым для проведения осмотра и оказания помощи.

После осмотра новорождённого использованные разовые инструменты утилизируют в соответствии с СанПиН 2.1.7.2790-10. Термометры целиком погружают в дезинфицирующий раствор.

Осмотр новорожденных и недоношенных детей выполняют на пеленальном столе. После окончания осмотра каждого ребенка поверхность пеленального стола орошают из ручного распылителя или двукратно протирают ветошью, смоченной в одном из дезинфицирующих растворов в соответствии с СП 3.5.1378-03. Дезинфицирующий раствор и ветошь хранят в закрытой емкости из темного стекла, раствор меняют 1 раз в сутки.

Перед осмотром ребенка и после него врач (медицинская сестра) моют руки туалетным мылом: открывают кран, намыливают руки мылом и обмывают кран, затем моют руки, дважды намыливая их мылом, ополаскивают руки водой, просушивая электросушилкой.

После осмотра новорожденного с инфекционной патологией и заболеваниями кожных покровов, ведущих к загрязнению рук, их обработку проводят антисептиком в течение 2 минут.

По окончании осмотра ребенка пеленают и переводят его в соответствующее отделение. Использованные пеленки обрабатывают по СанПиН 2.1.3.2630 -10.

Пеленальный стол, детские весы, сантиметр и другой инвентарь, с которыми контактировал новорожденный, протирают или орошают (ручным распылителем) дезинфицирующим раствором.

По окончании смены пол помещения протирают дезинфицирующим раствором и на 60 мин включают бактерицидные лампы. Затем помещение убирают и повторно включают на 30 мин бактерицидные лампы и проветривают помещение.

Уборку с использованием дезинфицирующего раствора проводят 1 раз в день. При этом протирают поверхности стен, оборудование, пол и т.п. После окончания обработки включают бактерицидные лампы (см.выше).

Протирание пола проводят способом "двух ведер". С этой целью выделяют две емкости (ведра), которые маркируют "1" и "2". В емкость "1" наливают необходимое количество (3-4 л) дезинфицирующего раствора; в емкость "2" - чистую водопроводную воду. Уборочную ветошь смачивают в растворе емкости "1" и тщательно протирают обрабатываемую поверхность. Затем ветошь прополаскивают в емкости "2", отжимают и вновь смачивают в растворе емкости "1" и моют необра-

ботанные поверхности пола. Раствор в емкости "1" меняют после обеззараживания 60 кв. м, воду емкости "2" - по мере ее загрязнения.

Уборочный инвентарь после дезинфекции помещения обеззараживают, прополаскивают, ветошь высушивают и хранят в специальном шкафу или выделенном месте.

Душевую кабину после мытья матери обеззараживают, протирая или орошая стены, пол, резиновый коврик и другие объекты.

Разрешается использование матерью домашних тапочек (из нетканого материала), чистого белья и халата. Тапочки ежедневно протирают дезинфицирующим раствором. Бюстгальтер кормящие матери меняют ежедневно.

Боксы для новорожденных и недоношенных детей заполняются по 1-2 ребенка с одной патологией.

Боксы, коридор, помещение для разборки грязного белья и т.п. должны быть оснащены настенными или потолочными бактерицидными излучателями. Облучение палат неэкранированными бактерицидными лампами проводят в случае надежного загораживания детей от лучей ультрафиолетового излучения и обязательно последующего проветривания.

В коридорах и манипуляционных показана установка воздухоочистителей.

Поверхность пола, стен, мебели, других объектов должны иметь легко обрабатываемую поверхность.

Перед началом пеленания детей медицинская сестра моет руки, дважды намыливая их туалетным мылом, и одевает клеенчатый фартук, в кроватке обрабатывает глаза, кожу лица, носовые ходы, уши ребенка. Далее в кроватке освобождает ребенка от грязных пеленок, после чего подмывают его под проточной теплой водой и укладывает его на приготовленные пеленки. Помыв вторично руки, медицинская сестра обрабатывает пупочную ранку ребенка и пеленает его.

Новорожденных детей подмывают над раковиной под проточной теплой водой так, чтобы ножки ребенка (или другие части тела) не соприкасались с поверхностью раковины. В случае отсутствия централизованного снабжения горячей водой новорожденных подмывают над тазом, поливая воду из кружки или используя бачок, который устанавливается на высокой тумбочке над раковиной или тазом.

Для подмывания каждому ребенку выделяется отдельный кусочек туалетного мыла.

После пеленания каждого ребенка медицинская сестра протирает дезинфицирующим раствором фартук, моет руки мылом.

Перед взвешиванием новорожденного на весы подстилают чистую пеленку, которую для пеленания ребенка не используют. После взвешивания детей весы обеззараживают.

Для купания используют ванночки. После купания каждого ребенка ванночку обеззараживают и промывают проточной водой.

Использованные пеленки собирают в клеенчатый, полиэтиленовый мешок, вложенный в закрывающийся крышкой бак. После окончания пеленания всех детей мешки с использованным бельем переносят в комнату сбора и хранения грязного белья. Бак протирают ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором. Разовые пелёнки, пипетки, баллончики, катетеры, шпатели, ложки, клизмы утилизируют в соответствии с СанПиН 2.1.7.2790-10.

Второй год обучения

Обеззараженные предметы ухода за новорожденными необходимо хранить в отдельной маркированной таре в специальном помещении. При проведении манипуляций используют стерильные ватные тампо-

ны, которые хранят в биксе (стерилизационной коробке).

Ватные тампоны стерилизуют завернутыми по 20-25 штук в хлопчатобумажную ткань (ветошь). Тампоны используют только для выполнения в данный момент работы. Вновь помещать укладку в бикс не разрешается. Неиспользованные тампоны возвращают для повторной стерилизации. В зависимости от типа (объема) стерилизационных коробок ватные тампоны (по весу в граммах) рекомендуется загружать в следующих соотношениях: при объеме коробки (бикса) 3 л загружать 65 г, 6 л - 130 г, 9 л - 195 г, 12 л - 260 г, 16 л - 350 г, 18 л - 390 г.

Пинцет (корнцанг), используемый для забора обеззараженных изделий медицинского назначения, хранят в простерилизованной емкости и меняют перед каждым пеленанием детей.

В палатах, в которых располагаются дети с инфекционной патологией, обеззараживание объектов и пола помещений выполняют с использованием дезинфицирующего раствора не реже 2 раз в сутки способом "двух ведер". После их выписки проводят уборку бокса по типу заключительной дезинфекции.

Обеззараживание проводят способом орошения с помощью дезинфицирующих растворов, или двукратно протирая поверхности этими же растворами (пол обрабатывают способом "двух ведер"). Сразу после обеззараживания включают бактерицидные лампы на 60 мин. После этого можно проводить уборку помещения, используя обеззараженную ветошь и водопроводную воду. Затем вновь включают бактерицидные лампы на 30 мин и проветривают помещение. Матрацы в бокс вносят только после их дезинфекции.

Кормление детей проводят в боксе. Перед кормлением ребенка мать моет руки, дважды намыливая их мылом, затем с мылом моет грудные железы и насухо вытирает их специально выделенным полотенцем или пеленкой. При кормлении под новорожденного подкладывают пеленку.

Для сцеживания молока матери выдают обеззараженную емкость, накрытую обеззараженной салфеткой или марлей. После окончания сцеживания молоко собирает медицинская сестра для пастеризации.

После выписки детей из бокса постельные принадлежности подвергают камерной дезинфекции. В боксе проводят генеральную уборку, обеззараживая все объекты помещения и стены на высоту 1,5 метра.

Оцените показатели работы акушерско-гинекологической службы Иркутской области.

А. Акушерские койки для в динамике 2016 и 2017 гг в Иркутской области:

МО (медицинские организации) 1 уровня – для рожениц и родильниц – 86 и 82, для женщин с патологией беременности – 87 и 71.

МО 2 уровня – для рожениц и родильниц – 321 и 313, для женщин с патологией беременности – 161 и 151.

МО 3 уровня – для рожениц и родильниц – 182 и 100, для женщин с патологией беременности – 168 и 100.

Б. Кровотечения в связи с отслойкой нормально раположенной плаценты и предлежанием плаценты (на 1000 родов): 2015г. – 10,5, 2016 г. – 13,8, 2017г. – 26,8.

Разрывы матки (на 1000 родов): 2015 - 0.33, 2016r - 0.2, 2017r - 0.22 Аномалии родовой деятельности (на 1000 родов): 2015r - 64.3, 2016r - 68.8, 2017 - 55.9.

Сепсис (на 1000): $2015\Gamma - 0.6$, $2016\Gamma - 0.87$, 2017 - 0.55.

В.Перинатальная смертность (на 1000 родившихся живыми и мёртвыми): $2015\Gamma - 6.8$, $2016\Gamma - 6.7$, $2017\Gamma - 6.4$. МО 1 уровня: $2015\Gamma - 8.1$, $2016\Gamma - 7.4$, $2017\Gamma - 13.0$.

MO 2 уровня: $2015\Gamma - 6.4$, $2016\Gamma - 6.04$, $2017\Gamma - 4.4$. $2015\Gamma - 6.8$, $2016\Gamma - 9.1$, $2017\Gamma - 7.7$.

- Г. Материнская смертность (число умерших беременных (с начала беременности), рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности*100 000 / число живорожденных). в 2016 г 5,6, в 2017-6,2.
- Д. Родов всего: 2015г 36743, 2016г 35176, 2017г 32016. Из них в родовспомогательных учереждениях 1 уровня 2015г 3000, 2016г 2916, 2017г 2330; 2 уровня -2015г 18589, 2016г 17316, 2017г 16725; 3 уровня -2015г 15154, 2016г 14144, 2017г 12961.
- Е.Частота кесарева сечения: в 2016г 8691, в 2017г. 8284 при общем числе акушерских операций в 2016г 22778, в 2017г 22569.
- Е. В динамике 2016 2017 гг выявлены экстрагенитальная патология 65,5-63,0 невынашивание беременности 27,8-26,1, патологические состояния плода 10,6-10,3, изоиммунизация 2,1-0,37.

Задание. Проведите анализ индикаторных показателей работы акушерско-гинекологической службы Иркутской области по данным публичного отчёта о проделанной работе главного акушера — гинеколога региона. Определите дефекты в работе службы в целом, выделив основную тенденцию. Определите прогноз развития акушерско — гинекологической службы области на 2018 год и основное направление ликвидации выявленных недостатков.

І.Оценка распределения числа родов по МО Иркутской области Составим 6-польную таблицу

Число родов

	meste pedez			
MO*	2015 г.	2016 г.	2017 г.	
1 уровень	3000(8%)	2916(8,9%	2330 (7,9%)	
)		
2 уровень	18589(51%)	17316(49	16725	
	, ,	%)	(52%)	
3 уровень	15154(41%)	14944(42	12961(40%)	
	, ,	%)	, ,	
Итого	36743(100	35176(100	32016(100	
	%)	%)	%)	

*МО – медицинская организация

При попарном сравнении удельного веса родов раличного класса МО в 2015 и 2016 гг, 2016 и 2017 ггс помощью углового преобразования Фишера, статистически значимых различий не найдено. Это значит, что на протяжении трёх лет с 2015г. по 2017г. структура распределение числа родов по МО 1,2,3 уровня оставалась относительно постоянной. Причём выявляется неслучайный сдвиг частоты родов в сторону МО более высокого уровня (критерий знаков G, p<0,01, 3тыс и 15 тыс в 2015г, 2016г, 2 тыс и 13 тыс в 2017 при округлении значений таблицы до тысяч). Это указывает на то, что основной поток родов

имеет место в областном центре в МО 3 уровня.

II.Оценка динамики числа родов в течение 2016г и 2017г.

Динамику числа родов целесообразно оценивать в относительных величинах, приняв за 100% их число в предыдущем году. Тогда в 2016г. число родов составило 35174/36743*100=95% от такового в 2015г. (уменьшилось на 5%), в 2017г число родов составило 32016/35174*100=91% от такового в 2016г. (уменьшилось ещё на 9%). По сравнению с 2015 годом число родов в 2017 году составило 32016/36743*100=87% (в течение 2016-2017гг уменьшилось на 13%).

становится эталоном, с которым соспоставляется динамика остальных показателей. III.Сопоставление темпа и направления изменений перинаталь-

Темп уменьшения числа родов в течение одного года или двух лет

III.Сопоставление темпа и направления изменений перинатальной и материнской смертности относительно темпа уменьшения числа родов.

Применяя использованный для оценки динамики числа родов принцип расчёта, получаем: перинатальная смертность в 2016г уменьшилась по сравнению с таковой в 2015г на 2%, перинатальная смертность в 2017г уменьшилась по сравнению с таковой в 2016г на 5%, перинатальная смертность в 2017г уменьшилась по сравнению с таковой в 2015г на 5%

Сопоставим темп снижения числа родов и темп снижения перинатальной сертности: в 2016г темп снижения числа родов опережал таковой перинатальной смертности в 2,5 раза (5%/2%=2,5), в 2017г темп снижения числа родов опережал таковой перинатальной смертности в 1,8 раза (9%/5%=1,8), на протяжении 2016-2017гг темп снижения числа родов опережал таковой перинатальной смертности в 2,2 раза (13%/5,9%=2,2).

На протяжении 2016г и 217г замедление темпа снижения перинатальных потерь относительно такового числа родов было примерно двукратным дважды (было устойчивым).

Отсюда следует, что представленное в докладе снижение перинатальной сертности в 2017г по сравнению с таковым в 2016г и 2015г было иллюзорным. В действительности, снижение числа родов замаскировало реальную тенденцию сохранения уровня перинатальных потерь, связанного с более высоким значением числа родов. Другими словами, проявилась тенденция к сохранению более высокого уровня перинатальной смертности по сравнению с ожидаемым при уменьшении числа родов.

Динамика материнской смертности в 2017г относительно таковой в 2016г составила 5,6/6,2*100=90% (уменьшилась на 10%), что сопоставимо с уменьшением числа родов (9%). То есть, уменьшение материнской смертности протекало синхронно с уменьшением числа родов. Другими словами, вероятность гибели женщин в общем потоке родов осталась прежней.

IV. Сопоставление динамики числа кесаревых сечений и динамики числа родов. Частота кесарева сечения в 2017г по сравнению с таковой в 2016г составила 8284/8691*100=95% (уменьшилась на 5%), хотя число родов снизилось на 9%. То есть, вероятность попасть на кесарево сечение у беременной в потоке родов увеличилась на 4%.

Кровотечения при отслойке нормально расположенной плаценты и предлежание плаценты в 2017г относительно таковых в 2016г:

26,8/13,8*100=194% (увеличились практически в два раза, на 94%) при снижении числа родов на 9%.

Разрывы матки в 2017г относительно таковых в 2016г: 0,22/0,2*100=110% (увеличились на 10%) при уменьшении числа родов на 9%.

Аномалии родовой деятельности в 2017г относительно таковых в 2016г: 55,9/68,8*100=81%; уменьшились на 19% при снижении числа родов на 9%.

Сепсис в 2017г относительно такового в 2016г: 0,55/0,87*100=63%; уменьшился на 37% при снижении числа родов на 9%.

В общем потоке родов уменьшилась вероятность развития сепсиса и аномалий родовой деятельности, но увеличилась частота развития разрыва матки и кровотечений при отслойке и предлежании плаценты (несвоевременное и / или неадекватное родоразрешение).

При этом уровень материнской смертности остался на прежнем уровне, а в перинатальной смерности проявилась тенденция сохраняться на более высоком уровне по сравнению с ожидаемым уровнем при уменьшенном числе родов (несмотря на то, что вероятность быть прооперированной в общем потоке родов у женщин увеличилась).

Таким образом, на протяжении последних двух лет уже четко обозначилось влияние на индикаторные показатели работы акушерской службы ятрогенного фактора.

Частота патологического течения беременности в 2017г относительно такового в 2016г. при снижении числа родов на 9%: невынашивание беременности 26,1/27,8*100= 93% (уменьшилось на 7%), изоиммунизация 0,37/2,1*100=17% (умеьшилась на 83%), патологические состояния плода 10,3/10,6*100=97% (уменьшились на 3%), экстрагенитальная патология 63/65,5*100=96% (уменьшилась на 4%). Темп снижения частоты изоиммунизации намного опережает таковой числа родов, темп снижения невынашивания беременности сопоставим с ним (7% и 9%). Темп снижения патологического состояния плода и экстрагенитальной патологии опаздывают относительно темпа снижения числа родов, соответственно, в 3 и в 2,5 раза. Последние показатели согласуются с запаздывание уровня перинатальной смертности в 1,8 раза и сохранением уровня материнской смертности без изменений.

Другими словами, в общем потоке родов увеличилась вероятность встретить больную беременную с патологическим состоянием плода и зарегистрировать неадекватное или запоздалое родоразрешение, которая сопровождается увеличением возможности неблагоприятного исхода для матери и плода. Причём это имеет место в большей степени в МО 3 уровня, так именно они в области пропускают через себя основной поток родов.

Число коек для родильниц в Иркутской области в 2017г. составило относительно такового в 2016г (82+313+151)/ (86+321+182)*100=546/589*100=92%; то есть уменьшилось на 8% и было сопоставимо с уменьшением числа родов (на 9%).

Число коек дородовых отделений в Иркутской области в 2017г. составило относительно такового в 2016г: (71+151+100)/(87+161+168)*100=322/416*100=77% (уменьшилось на 23%). Темп снижения числа коек для женщин с патологическим течением беременности многократно превышает темп снижения числа родов, перинатальной смертности, невынашивания беременности, экст-

Второй год обучения

рагенитальной патологии, патологического состояния плода и противопоставлен сохранению материнской смертности на одном уровне и приросту акушерских кровотечений при отслойке и предлежании, замедлению снижения разрывов матки.

В таких условиях прогноз на 2018 год неутешительный: скрытая снижением числа родов неблагоприятная устойчивая направленность изменений в акушерско-гинекологической службе в течение 2016г и 2017г сохранится или может стать явной уже на уровне исходных индикаторных показателей в 2018 году. Основное направление по редукции влияния ятрогенного фактора на индикаторные показатели деятельности акушерско-гинекологической службы Иркутской области – усиление контроля по выполнению порядков, протоколов лечения и стандартов первичной специализированной медико-санитарной помощи.

ФИО больной: Б. О. Ю.

Возраст: 50 лет

Место жительства: г. Иркутск Дата поступления: 26 сентября. Дата выписки: 27 сентября.

Диагноз при поступлении: Аномальное маточное кровотечение в перименопаузальном периоде.

Жалобы: на обильные кровянистые выделения из половых путей.

Аллергический фон спокоен. Гемотрансфузии отрицает.

Перенесенные заболевания в детстве: ветряная оспа, OP3. Перенесенные заболевания взрослой: артериальная гипертензия 1 ст. Травмы, операции, туберкулез, ВИЧ-инфекцию, сифилис, курение, употребление алкоголя, наркотиков отрицает.

Гинекологический анамнез: Менархе с 13 лет, менструации установились сразу, через 28 дней по 4-5 дней, обильные, безболезненные, регулярные. Последняя менструация с 22 августа по настоящее время. Половая жизнь с 20 лет. Количество половых партнёров 1. Контрацепция — барьерная. Беременностей 2. Роды 1. Медицинский аборт 1. Гинекологические заболевания, в том числе инфекции, передающиеся половым путём отрицает.

Молочные железы обычной формы, симметричные, мягкоэластической консистенции без очаговых уплотнений; отделяемое из сосков нет.

Гинекологический статус: Наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Паховые лимфоузлы не увеличены.

Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища не гиперемирована, шейка матки визуально не изменена, наружный маточный зев щелевидный. Выделения из цервикального канала кровянистые, обильные.

Двуручный осмотр: Влагалище рожавшей. Своды выражены, безболезненные. Шейка матки подвижная, плотная, цилиндрическая. Движения за шейку безболезненные. Цервикальный канал закрыт. Тело матки кпереди, размеры увеличены до 6 недель беременности плотной консистенции с гладкой поверхностью и чёткими контурами, безболезненное. Область придатков матки без особенностей.

Анамнез заболевания: полгода назад – раздельное диагносттическое выскабливание слизистой цервикального канала и тела матки (РДВ); результатов патогистологического исследования на руках нет. 22 ав-

густа началось менструальное кровотечение, которое продолжается по настоящее время. Обратилась к врачу женской консультации и после обследования направлена в гинекологическое отделение ГПЦ.

В день поступления выполнено РДВ. Кровопотеря 80 мл.

Анализы на ВИЧ-инфекцию, сифилис, гепатит отрицательные. Общий анализ крови: гемоглобин-145 г/л, лейк 10,58*10(9)/л, эр 4,96*10(12)/л, гематокрит 46,9%, тр 280*10(9)/л, СОЭ 2 мм/ч. Общий анализ мочи: светло-жёлтая, прозрачная, уд. вес 1025, рН 5,5, белок отр, лейк ++, эрит +++. Биохимический анализ крови: глюкоза 5,5 ммоль/л, общ. белок 68 г/л, креатинин 104,47 ммоль/л, мочевина 4,87 ммоль/л, билирубин 13,6 ммоль/л. Мазок на флору: м/ф смешанная скудная, лейк 10-15 п/з, gn — отриц, trich — отриц. Посев из цервикального канала: со среды обогащения Staph/ Epidermidis. УЗИ: Матка увеличена до 6 недель за счет аденомиоза, полость сомкнута, мЭХО 4,2. В правом яичнике — один фолликул d=8 мм. В левом — d=7 мм и 9 мм фолликулы. Свободной жидкости в малом тазу нет.

Задание 1. Поставьте и обоснуйте диагноз, в том числе по классификации FIGO. Дайте сравнительную характеристику методам медицинской визуализации и биопсии, которые могут быть использованы в данном случае. Сделайте обоснованный выбор среди них применительно к данному случаю.

Ответ 1. Дигноз по FIGO (PALM-COEIN).

Первая часть аббревиатуры - PALM - образована от названий следующих заболеваний:

- * полип (Polyp P);
- * аденомиоз (Adenomyosis A);
- * лейомиома матки (Leiomyoma L);
- * злокачественная опухоль и гиперплазия (Malignancy and hyperplasia M).

Вторую ее часть - COEIN - образуют:

- * коагулопатия (Coagulopathy C);
- * нарушение овуляции (Ovulatory dysfunction O);
- * патология эндометрия (Endometrial causes E);
- * ятрогенные причины (latrogenic causes -1);
- * неклассифицируемые причины (Not yet classified N).

Заболевания, соответствующие PALM, проявляются структурными изменениями и могут быть диагностированы с помощью методов визуализации и патогистологического исследования, в то время как COEIN объединяет неструктурные (функциональные) изменения.

Диагноз у данной пациентки при поступлении:

Аномальное маточное кровотечение в перименопаузе. P0A1L0M0-C0O1E0I0N0.

Аденомиоз матки (АМК-А): раньше аденомиоз диагностировали только на основании результатов гистологического исследования, поэтому для клинической классификации этот диагноз был недостаточно подходящим. Тем не менее сейчас для диагностики методами визуализации, в частности ультразвуковвым исследованием (УЗИ) и магниторезонансной томографии (МРТ), разработаны вполне определенные критерии.

Нарушение овуляции (АМК-О): перименопауза.

Учитывая то, что в данном случае АМК - у пациентки в возрасте 50 лет (старше 40 лет), следует исключить у неё рак эндометрия, поэтому у

неё показана диагностика методами медицинской визуализации. Среди последних при АМК используются...

-ТВ УЗИ позволяет оценить анатомические аномалии матки и эндометрия, а также позволяет выявить патологию миометрия, шейки матки, маточных труб и яичников. Этот метод исследования может помочь в диагностике полипов эндометрия, аденомиоза, лейомиомы, аномалий матки, эндометрия и генерализированного утолщения эндометрия, связанного с гиперплазией и злокачественными новообразованиями.

-Солевая инфузионная соногистерография (СИС) заключается в введении от 5 до 15 мл физиологического раствора в полость матки во время трансвагинального УЗИ и улучшает диагностику внутриматочной патологии. В случаях полипов и фибромиом матки этот метод исследования позволяет добиться более точной диагностики расположения патологического образования и его отношения к полости матки, что важно перед запланированным гистероскопическим или лапароскопическим вмешательством при миомах, полипах, аномалиях матки для обеспечения большей его безопасности. СИС может устранить необходимость проведения МРТ с целью диагностики и лечения аномалий матки.

-МРТ редко используется для оценки эндометрия у пациенток с меноррагиями. Этот метод может быть полезным для выявления точного расположения миомы при планировании операции, а также перед проведением терапевтической эмболизации сосудов миомы матки. МРТ также может быть полезной при оценке эндометрия, когда невозможно выполнить трансвагинальное УЗИ или инструментальное исследование матки (например, на предмет наличия врожденных аномалий).

-Гистероскопия при АМК является методом прямой визуализации полостной патологии и облегчает проведение прямой биопсии. Она может выполняться в амбулаторных условиях без или с анестезией или в операционной под местной или общей анестезией. Прямая биопсия под контролем зрения является основным преимуществом перед «слепой» дилатацией и выскабливанием полости матки. Риски гистероскопии включают перфорацию матки, инфицирование, рваные раны шейки матки, создание ложных ходов и перегрузку жидкостью.

Из перчисленных методов медицинской визуализации в данном случае следовало начитать с трансвагинального УЗИ (ТВ УЗИ), что и было сделано. При равномерном увеличении матки м-эхо 4,1 мм.

М-эхо в стадии пролиферации — 4-8мм, в стадии секреции — 8-14мм, но эти значения пока не стандаризированы. В постменопаузе при толщине эндометрия более 3-4 мм показана его биопсия.

С одной стороны, настоящее АМК – первый манифест нарушений менструального цикла у данной пациентки. С другой стороны, её возраст - 50 лет, что не позволяет отказаться от биопсии эндометрия.

Биопсия эндометрия может осуществляться несколькими способами:

-РДВ обычно легко выполняется пременопаузальным женщинам с вагинальными родами в прошлом. Такие рожавшие женщины имеют очень низкий риск развития рака эндометрия. Труднее осуществить биопсию женщинам с кесаревым сечением в анамнезе, нерожавшим и тем, которым были выполнены операции на шейке матки, такие как конусная биопсия. Биопсия посредством РДВ позволяет выявить бо-

лее 90% случаев рака эндометрия. Поскольку биопсия является слепым методом диагностики, то можно пропустить очаговое поражение. Поэтому при обнаруженном на УЗИ очаговом поражении рекомендуется гистероскопически направленный выборочный отбор биоптата. -Из-за простоты техники и относительно высокой чувствительности (99,6% в постменопаузе и 91% - в пременопаузе) во многих центрах для исключения рака эндометрия предпочитают вместо традиционного выскабливания полости матки выполнять аспирационную биопсию эндометрия с помощью специального катетера (Pipelle®). Информативность биопсии эндометрия особенно высока, когда раковая опухоль поражает более его половины. Офисная биопсия эндометрия у женщин с риском его малигнизации. Частота выявления злокачественных образований выше у женщин в постменопаузе, нежели в пременопаузе.

Если остаются сомнения в адекватности результатов биопсии, их можно разрешить путем повторной аспирационной биопсии с гистологическим исследованием или, что лучше, гистероскопии с раздельным выскабливанием, например при персистирующем АМК, несмотря на «доброкачественную» природу изменений, выявленных при первом исследовании. К «доброкачественным» изменениям эндометрия относятся, например, атрофия (связанная с отсутствием гормонального влияния), пролиферация (эффект эстрогенов), секреторная трансформация (эффект гестагенов), неравномерность изменений (диссинхрония эндометрия), а также эндометрит.

По разным данным, от 5 до 15% образцов эндометрия, полученных для исследования, оказываются неинформативными. В таких случаях или при продолжающемся кровотечении, а также когда планируют другую гинекологическую операцию либо уступают просьбе пациентки, следует выполнить классическое диагностическое выскабливание полости матки.

Биопсию эндометрия следует по возможности выполнить до начала гормональной терапии, чтобы исключить гиперплазию или рак эндометрия, эндометрит, ановуляцию или овуляцию; следует стремиться выполнить исследование на 18-й день цикла и позже (при отрицательном тесте на беременность).

При исследовании эндометрия можно диагностировать рак эндометрия или определить вероятность рака будущем. Так, например, в недавнем исследовании было показано, что кумулятивный 20-летний риск прогрессирования рака среди женщин составляет менее 5% для неатипичной гиперплазии эндометрия и 28% для атипичной гиперплазии.

Из перечисленных методов биопсии эндометрия в данном случае целесообразно было провести офисную гистероскопию, а при недоступности последней – пайпель – биопсию. Офисная биопсия эндометрия должна заменить дилятацию шейки матки и выскабливание полости матки в качестве начальной оценки состояния эндометрия. Но в связи с тем, что при поступлении данной женщины гистероскопия была не доступна, проведено РДВ.

Продолжение задачи. Получен результат патогистологического исследования: в соскобе из цервикального канала и полости матки атипическая железистая гиперплазия эндометрия со структурами высо-

кодифференцированной аденокарциномы.

Задание 2. Поставьте клинический диагноз и определите тактику лечения.

Ответ 2. Диагноз: Аденокарцинома эндометрия. С54.1. Лечение в областном онкодиспансере.

Второй год

NK-6

В родильное отделение 1 ноября по направлению врача женской консультации на родоразрешение поступила пациентка К.С.Т. 30 лет с диагнозом [цитата]: «Беременность 39 недель . Пиелонефрит ? Физиологический прелиминарный период». Жалобы на тошноту, колющие боли в правом подреберье, тяжесть в правом боку, слабость, сыпь на коже. Нерегулярные боли в нижних отделах живота. При беременности наблюдалась, врача посещала регулярно. Рост 160 см. Вес 70 кг. Беременность 2-я, роды 2-е. Размеры таза: D/SP 33 см, D/CR 28 см, D/TR 34см, C/EX 24см. Окружность живота 112 см. Высота дна матки 36 см. Живот увеличен овоидной формы за счёт матки. Положение плода в матке продольное, первая позиция, передний вид. Головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода выслушивается слева ниже пупка 148 уд / мин, ясное и ритмичное.

Из анамнеза: ВИЧ, гепатит, сифилис, туберкулёз отрицает, Гемотрансфузий нет, Аллергический фрн спокоен. Оперативные вмешательства и травмы отрицает. Муж 32 лет, здоров. Менструации с 13 лет по 3-4 дня, через 28-30 дней. Заболеваний гениталий не отмечает. Первая беременность завершилась срочными родами плодом 3400 г без осложнений. В течение второй, настоящей беременности встала на учёт в сроке 8 недель, в 30 недель, стал беспокоить зуд, в том числе по ночам. По данным обменной карты и опроса, установлены холестаз и лейкоцитурия. Анализы мочи были сделаны повторно и проведена консультация уролога: данных за патологию мочевыделительной системы не выявлено. Дважы (по приказу 572н) обследовалась на гепатит: результаты отрицательные. Сывороточные аминотрансферазы: АЛТ 128 ед/л, АСТ 142 ед/л, билирубин 48 ммоль / л.(через месяц после лечения урсодезоксихолевой кислотой нормализовались) В коагулограмме отклонений не было обнаружено. Терапевтом выставлен диагноз: Внутрипечёночный холестаз беременных в сроке 30 недель. Общая прибавка веса - 10 кг. Срок беременности по менструации и УЗИ – 39 недель. Соматической патологии при осмотре не выявлено. АД 110/70 мм.рт.ст., Пульс 72 уд/мин. Ночью спала. При влагалищном исследовании: шейка матки отклонена к крестцу с длиной влагалищной части 1,5 см, размягчена по периферии, цервикальный канал проходим для 2 см за умеренно выраженный внутренний зев. Плодный пузырь цел. Мыс не достижим. Экзостоза нет.

При поступлении проведено УЗИ плода и допплерометрия скорости кровотока в артерии пуповины: без особенностей, предполагаемый вес плода 3600 г.; КТГ: нормальная; взята венозная кровь для общего, биохимического исследования и оценки системы гемостаза, общий анализ мочи.

Задание. Проанализируйте имеющиеся данные и поставьте диагноз, составьте план ведения родов.

Ответ. Диагноз: Беременность 39 недель. ВХБ.

План ведения родов: Роды - естественным путём с профилактикой аномалий родовой деятельности, внутриутробной гипоксии плода (непрерывный электронный контроль сердцебиения) и кровотечения (утеротоники в третьем периоде родов). Ответ.

С высокой вероятностью у пациентки в 30 недель имел место внутрипеченочный холестаз беременных (ВХБ): ВХБ обычно развивается в третьем триместре в сроке 28-30 недель, что имело место в данном случае; основной жалобой матери был зуд, в том числе ночью; повышение билирубина, АЛТ, АСТ было умеренным (наблюдается у каждой пятой с ВХБ). Против гепатита свидетельствуют его отрицательные маркёры, повышение АЛТ до уровня менее 500 ед/л, а против острого жирового гепатоза - отсутствие изменений на коагулограмме. Критерии преэклампсии у матери не выполняются, что позволяет исключить поражение печени при гестозе. Прогноз при ВХБ благоприятный. Основную роль в медикаментозном лечении ВХБ играет урсодезоксихолевая кислота (УДХК), в немедикаментозном лечении - дието-

7K - 7

При наличии единственного врача по дежурству в родильный зал одновременно поступили две беременных.

Задание. Проведите сортировку беременных. Какой вид сортировки вы будете использовать? На каких принципах проводится сортировка при ЧС?

В данных условиях целесообразно применить внутрипунктовую сортировку.

Внутрипунктовая сортировка - распределение родильниц в зависимости от нуждаемости в лечебно-профилактических мероприятиях и очередности их выполнения (т.е. где, в какую очередь и в каком объеме будет оказываться медицинская помощь).

Приципы проведения сортировки.

- -Сортировка проводится на основе экстренного установления диагноза и прогноза для жизни матери. Является конкретным, непрерывным, повторяющимся и преемственным процессом при оказании беременным всех видов медицинской помощи. Категории экстренности могут меняться быстро и неожиданно в связи с утяжелением состояния родильниц.
- -Непрерывность сортировки основана на обязательности ее проведения как в приёмно покое, так и в родильном отделении.
- -Повторяемость состоит в переоценке тяжести состояния матерей в динамике их наблюдения.
- -Преемственность метода в том, что сортировка проводится с учетом объема и предназначения следующего этапа оказания медицинской помощи, будь то дородовое отделение, родильное отделение, отделение реанимации, послеродовое отделение.
- -Конкретность предполагает, что сортировка проводится для каждой конкретной матери индивидуально с учетом имеющейся у него патологии.

Продолжение задачи.

Беременная А. Возраст 21 год, беременность первая в сроке 39-40 недель. . Рост 164 см. Вес 68 кг. Размеры таза 26-39-32-21 см. Общее состояние матери тяжелое. Жалобы на головную боль, которая появилась вместе со схватками, слабость, периодические боли внизу живота в течение 1 часа. АД 160 / 100 мм.рт.ст. Отеки голеней. В течение беременности АД стало повышаться с 28 недель 130/80 мм.рт.ст., отёки появились с 30 недель. Принимала допегит, проводила разгрузочные дни. Последний раз на приёме была две недели назад АД 140/90 мм.рт.ст. Прибавка веса за беременность 18 кг. Окружность живота 102 см. Высота дна матки 36 см. Схватки через 10 минут по 30 секунд; при пальпации предлежащей части плода резкая болезненность нижнего сегмента матки. Выделений из наружных половых органов нет. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, 1 позиция, переднй вид. Сердцебиение плода 132, пригушенное монотонное, слева ниже пупка. Предполагаемый вес плода 3600 г. Оценка протеинурии с помощью тест-полосок +++. При влагалищном исследовании - шейка матки до 2,5 см., размягчена, цервикальный канал проходим для 2 см, внутренний зев отчётливо уплотняется в схватку. Плодный пузырь цел, в схватку не наливается. Предлежит головка, прижата ко входу таза. Таз ёмкий.

Диагноз: Беременность 39-40 недель. Первый период родов, латентная фаза. Тяжёлая преэклампсия. Дискоординация сокращений мышц матки. Внутриутробная гипоксия плода.

Беременная Б. Возраст 26 лет. Беременность первая в сроке 40 недель. Рост 162 см. Вес 64 кг. Размеры таза 26-39-32-21 см. Общее состояние матери удовлетворительное. Жалобы на периодические боли внизу живота в течение 6 часов. АД 120 / 70 мм.рт.ст. Отеков нет. В течение беременности Беременность протекала под контролем окулиста по поводу осложнённой миопии обоих глаз. После второго осмотра в сроке 30 недель в связи с нарастанием очаговых изменений на глазном дне рекомендована лазерная коагуляция сетчатки, которую

天 -8

На амбулаторный приём к гинекологу пришла Г., 26 лет, после раздельного диагностического выскабливания слизистой послости матки и цервикального канала с заключением: хронический эндометрит, цервицит. Из анамнеза: страдает в течение 1,0 года нарушениями менструального цикла по типу ановуляторных кровотечений, беспокоят боли в нижних отделах живота, бели. Обследована на комплекс возбудителей заболеваний, передающихся половым путём, с отрицательным результатом. Периодически проявляется пищевая аллергия по типу крапивницы. У невролога лечит мигрень. Менструации с 12 лет, через 32 дня, по 7 дня, умеренные. Симптомы предменструального напряжения начинает испытывать за 2 недели до менструации. Диффузная мастопатия в течение 2 лет. Родов двое в срок без особенностей. Половые контакты регулярные. Рост 158 см. Вес 64 кг. Соматической патологии не выявлено. Молочные железы хорошо развиты. При гинекологическом осмотре обнаружены следующие особенности: сладчатость влагалища и своды хорошо выражены, тело матки болезненное при пальпации.

Задание.

Дайте характеристику известным методам реабилитации при хроническом эндометрите. Выберите из ни те, которые необходимы в данном случае.

Ответ.

При хроническом эндометрите известно применение следующих физиотерапевтических процедур:

- 1.Антиэкссудативный метод низкоинтенсивная УВЧ-терапия.
- 2.Репаративно-регенеративные методы: инфракрасная лазеротерапия, парафи- но-, пелоидо-, озокеритотерапия, радоновые, сероводородные ванны, йодо-бромные ванны.
- 3.Анальгетический метод: УФ-облучение в эритемных дозах по Желоховцему.
- 4.Имуностимулирующие методы: лазерное облучение крови, воздушные ванны, гелио-, талассотерапия.
- 5.Дефиброзирующие методы: ультразвуковая терапия, лекарственный электрофорез дефиброзирующих препаратов, ультрафонофорез дефиброзирующих препаратов.
- 6.Потенциирующая физиотерапия.

Санаторно-курортное лечение (не ранее чем через два месяца после обострения): климато- и бальнеокурорты с сероводородными водами (Бакирово, Горячий Ключ, Ейск, Красноусольск, Пятигорск, Талги, Усть-Качка), радоновыми (Белокуриха, Пятигорск), йодобромными (Уеть-Качка), хлориднонатриевыми (Калинин, Краинка) или азотно-кремнистыми водами (Горячинск), а также на грязелечебные курорты (Пятигорск, Анапа, Бакирово, Ейск, Саки, Старая Русса).

У данной больной при клиническом исследовании установлены болевой симптом, экссудативный компонент воспаления, имеются признаки гиперэстрогении. Поэтому из приведённого выше перечня остаются все 6 групп методов:

При наличии гиперэстерогении пациенток направляют на бальнео-, грязелечебные курорты с радоновыми и йодобромными водами.

В данном лечебном учереждении доступны:

УФО, УВЧ, инфракрасная лазеротерапия, парафинотерапия; фонофорез с гидрокортизоном; лазерное облучение крови; потенциирующая терапия (Алмаг-2 и электрофорез с сульфатом циенка).

В течение 6 межменструальных промежутков времени планируется проведение следующих курсов физиотерапии:

Первый и четвёртый — потенциирующая физиотерапия (бегущее магнитное поле и электрофорез с сульфатом циека), второй и пятый - парафинотерапия и инфракрасная физиотерапия, третий и шестой — лазерное облучение крови.

Ежемесячно синхронно с физиопроцедурами – курсы лонгидазы местно.

На амбулаторный приём к гинекологу пришла пациентка 24 лет с жалобами на бели. Рост 164 см, вес 62 кг, индекс массы тела 23,1. Из перенесённых заболеваний отмечает ветряную оспу в детстве, острые респираторные вирусные инфекции с периодичностью около 1-2 раз в год. Травмы, операции, гемотрансфузии, аллергические реакции, заболевания, передающиеся половым путём, отрицает. Семейный анамнез не отягощён. Курит по 10 – 15 сигарет в день. Алкоголь употребляет нерегулярно, в основном, вино. Менструации с 14 лет, установились сразу, через 28 дней, умеренные, безболезненные, регулярные. Последние месячные начались неделю назад, без особенностей. Половые контакты регулярные с несколькими партнёрами; в браке не состоит. Роды 2 года назад плодом мужского пола весом 3200 г., закричал сразу; беременность, роды и послеродовый период протекали без осложнений. Абортов нет. Контрацепция: ВМС. Выделения слизисто-гнойного характера с запахом появились после менструации и продолжаются в течение 2 дней. Соматически здорова. При гинекологическом осмотре выявлены следующие патологические признаки: шейка матки гиперемирована, при контакте кровоточит; из наружного маточного зева – слизисто-гнойные выделения, нити ВМС; при пальпации тела матки и придатков матки – без особенностей. Задания.

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Определите направления обследования и лечения.
- 3.В рамках эпидемиологических данных о заболевании пациентки сформируйте у ней мотивацию на сохранение и укрепление своего здоровья, в том числе здоровья половой системы.
- 4.Обоснуйте необходимость проведения исследования на ВИЧ-инфекцию и других заболеваний, передающихся половым путём (ЗППП).
- 5.Обозначьте основные задачи и этапы дотестового консультирования
- 6.Обозначьте диашностические и лечебные мероприятия на 1 этапе оказания медицинской помощи больной.
- 1.Диагноз: Острый цервицит
- 2.Согласно эпидемиологическим данным Американской коллегии акушеров и гинекологов, на первом и втором месте в этиологической структуре цервицитов стоят хламидии и гонококки. Поэтому в США широко распространена эмпирическая антибактериальная терапия без идентификации возбудителя заболевания. Затем дать кратко панораму осложнений гонореи и хламидиоза, их развития в составе микси-инфекции, снижения качества жизни женщины, финансовых расходов, возможность разрушения репродуктивных планов. После этого дать характеристику способов, которые позволяют избежать проблем со здоровьем: здоровый образ жизни, планирование беременности. В заключение этой части беседы с пациенткой предложить комплексно решить возникшую у неё проблему, в том числе проойти дополнительное обследование на ВИЧ-инфекцию и других ЗППП.
- 3.При получении согласия обследования на ВИЧ-инфекцию провести дотестовое консультирование.

При этом нужно помнить, чтобы способствовать изменению поведения людей в отношении ВИЧ-инфекции, необходимо привлечь внимание к проблеме ВИЧ-инфекции, сделать ее значимой для конкретных людей, вызвать эмоциональный отклик на проблему ВИЧ-инфекции, улучшить знания о ВИЧ-инфекции, помочь оценить индивидуальный риск этого заболевания, показать способы менее опасного поведения, стимулировать принятие решения об изменении поведения, предоставить социальную поддержку.

Пациентка должна дать информированное согласие на проведение тестирования. Это означает, что ей предоставлено достаточное количество информации; она осознает положительные и отрицательные

JK - 10

ФИО: М. О. А., 33 года, служащая поступила 18.10 в 8:15 в плановом порядке.

Диагноз при поступлении: Миома матки больших размеров. Аллергические оеакции, гемотрансфузии, травмы, операции, вредные привычки, ИППП, туберкулез отрицает. Перенесенные заболевания: в детстве - ветряная оспа. Менструации с 14 лет, установились сразу, через 28 по 6 дней, обильные, безболезненные. Последняя менструация с 11.10 по 16.10 в срок. Половая жизнь с 19 лет. Количество половых партнеров:2. Беременностей:1. Роды:1.

Гинекологические заболевания: эктопия шейки матки 2000 г. с диатермоэксцизией 17 лет назад. Анамнез заболевания: Миома матки малых размеров была установлена 9 лет назад, по поводу которой принимала в течение 3 лет КОК, затем 5 лет использовала ВМС с гестагенами «Мирена». В течение последнего года (после удаления ВМС с гестагенами) отмечались прирост размеров матки до 12-13 недель и частые позывы к мочеиспусканию малыми порциями. Пайпель - биопсия: секреторный эндометрий. Репродуктивный план не рассматривала, так как тревожится за своё здоровье из-за бльшой миомы. Объектитвно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Температура тела 36.6. Пульс 72уд/мин. АД 110/70мм.рт.ст. Периферические лимфоузлы и щитовидная железа не увеличены. Варикозного расширения вен нет. Нормостеник. ИМТ=24.17. ЧДД 16 в минуту. В легких дыхание везикулярное. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Язык влажный, чистый. Состояние зубов: здоровы. Живот мягкий, безболезненный. Вздутия живота и симптомов раздражения брюшины нет. Печени не увеличена. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. Стул оформленный. Мочеиспускание безболезненное, учащенное малыми порциями. Молочные железы обычной формы, консистенции. Отделяемого из сосков нет. Гинекологический статус:

Наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Паховые лимфоузлы не увеличены. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища не гиперемирована. Шейка матки визуально не изменена (по данным ЖК, кольпоскопия удовлетворительная, многослойный плоский эпителий; при онкоцитоконтроле атипических клеток нет). Наружный маточный зев щелевидный. Выделения слизистые скудные. Влагалищное исследование: Влагалище рожавшей. Своды выражены. Шейка матки подвижная, плотная; движения за шейку безболезненные, цервикальный канал закрыт. Бимануально: тело матки кпереди, смещено вправо, увеличено до 12-13 недель беременности плотной консистенции, безболезненное с бугристой поверхностью и чёткими контурами, ограниченно подвижно. В области придатков матки с обеих сторон – без особенностей.

Задание 1.

Сформулируйте клинический диагноз. Определите влрачебную тактику в соответствии с протоколом лечения миомы матки МЗ РФ.

Клинический диагноз: Множественная миома матки больших размеров с давлением на мочевой пузырь.

В связи с неясностью репродуктивного плана, возрастом пациентки 33 года, одними родами в анамнезе в свете основной органсохраняющей стратегии хирургического лечения провести миомэктомию с реконструкцией матки.

Альтернативой этому способу может выступить метод лечения фокусированным ультразвуком под контролем магнитно-резонансной томографии ФУЗ – МРТ (наибольший узел – по передней стенке с диаметром меньше 10 см.) амбулаторно при сохранении репродуктивного плана. Примечание: при размере узла более 10 см предварительно вводятся агонисты ГРГ с последующей реализацией метода.

Но по протоколу лечения миомы матки МЗ РФ допускается проведение экстирпации матки.

Больная В., 43 лет, поступила 10.09 с диагнозом: Опухоль правого яичника.

Жалобы на тянущие боли в подвздошной области справа. Аллергические оеакции, гемотрансфузии, травмы, операции, вредные привычки, ИППП, туберкулез отрицает. Перенесенные заболевания: в детстве ветряная оспа. Менструации с 14 лет, установились сразу, через 28 по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация 28.07. Половая жизнь с 18 лет с одним половым партнёром. Беременностей 2, родов 2. В начале текущего года при плановом медосмотре была обнаружена опухоль правого яичника (по данным УЗИ); направлена на оперативное лечение.

Молочные железы обычной формы, консистенции; отделяемого из сосков нет. Наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, наличия патологических процессов нет. Паховые лимфоузлы не увеличены. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища не гиперемирована, наружный маточный зев щелевидный. Выделений нет. Влагалищное исследование: влагалище рожавшей, своды выражены, шейка матки подвижная, плотная; движения шейки матки безболезненные. Бимануально: тело матки кпереди, не увеличено, плотное, с гладкой поверхностью, четкими контурами, безболезненная. Придатки не увеличены.

В соответствии с приказом №572н проведено обследование больной перед плановым оперативным лечением: патологических отклонений не выявлено.

Задание 1.

Сформулировать диагноз по действующей МКБ.

Ответ 1. Доброкачественное новообразование яичника справа Продолжение задачи.

Операция 11.09: лапароскопия, удаление опухоли правого яичника, тубэктомия справа и слева.

Общий анализ крови: гемоглобин 100 г/л, лейкоциты 9,07*10(9)/л, эритроциты 4,46*10(12) /л, тромбоциты 189*10(9)/л, СОЭ 12 мм/ч.

Общий анализ мочи: с/ж, прозрачная, уд. Вес 1025, в мочевом осадке – без особенностей.

Результат патогистологического исследования: 1) Правая маточная труба с явлениями склероза и легкой мононуклеарной инфильтрации в стенке. В правом яичнике фолликулярная киста «белое тело», немногочисленные примордиальные фолликулы. 2) Левая маточная труба с отеком, расширенными полнокровными сосудами в стенке.

В послеоперационном периоде: УЗИ от 15.09: патологических образований и свободной жидкости в малом тазу нет; кетонал 2,0 в/м, обработка швов, клексан 0,2 п/к №3, прозерин 1,0 п/к №2, очистительная клизма, клизма по Гасэ, гентамицин 160 мг в/м однократно, флуконазол 150 мг однократно.

Задание 2.

Оформите заключительный диагноз. Сопоставьте указанные мероприятия с требумыми по приказам 572н, 203н. Оцените результаты обследования после операции и дайте характеристику траматичности проведённого хирургического лечения. Сделайте заключение о качестве медицинской помощи, оказанной больной. Ответ 2.

Заключительный жиагноз: Фолликулярная киста правого яичника. Хронический сальпингит справа. При сопоставлении с требованиями приказа №572н установлено, что в послеоперационном периоде не были проведены повторно анализ крови биохимический, исследование системы гемостаза.

При сопоставлении с критериями качества медицинской помощи по приказу №203н 8 из 9 пунктов выполнены.

Снижение гемоглобина на 20 г/л и парез кишечника, потребовавший медикаментозной коррекции, в послеоперационном периоде после лапаросокрпической операции указывают на повышенную кровопоте-

В приёмное отделение родовспомогательного учреждения, где дежурит один врач, поступило одновременно четверо беременных. После осмотра им выставлены следующие диагнозы: Беременная A. DS: Беременность 39-40 недель. 1 период родов, активная фаза. Прэкламсия умеренно выраженная. Беременная Б. DS: Беременность 40 недель. Отягощённый акушерский анамнез. 2 период родов. Беременная В. DS: Беременность 39 недель. Патологический прелиминарный период. Беремнная Г. DS: Беременность 39-40 недель. Подозрение на внутриутробную гипоксию плода. Задание 1. Проведите медицинскую сортировку и организуйте оказание специализированной медицинской помощи беременным. Ответ. Очерёдность оказания специализированной медицинской помощи беременным: 1 - B, 2 - A, $3 - \Gamma$, 4 - B. Б. Перевод на каталке в родильный зал обсервационного отделения и оказание акушерского пособия. А.Перевод в родильное отделение, вызов внестезиолога, терапевта, окулиста, налаживание непрерывного электронного контроля фетального сердцебиения, выработка колегиально согласованных назначений (интенсивная, гипотензивная терапия, обезболивание родов). Г.Налаживание кардиомониторного контроля сердцебиения плода у беременной в приемном покое или в дородовом отделении. В.Перевод в родильный зал с проведением кардиомониторного контроля, обезболивания и седации.

12.2.3. Примеры заданий, проверяющих практическую подготовку ордина-

тора			
Индекс		Индексы	про-
		верямых	ком-
	Наименование дисциплин (модулей), тем, элементов и т.д.	петенций	
Б2.В.1	Акушерство и гинекология		
Б2.В.1.1.1	Методы обследования плода, беременной, рожени-		
	цы, родильницы и гинекологической больной.	ПК –5	
	Дайте характеристику фетальной пульсоксиметрии.		
	Фетальная пульсоксиметрия была развита в 1990-		
	ых, но коммерциализация электродов была впо-		
	следствии прекращена. Систематический обзор че-		
	тырех рандомизированных исследований, сравни-		
	вающих использование кардиотокографии в ком-		
	плексе с фетальной пульсоксиметрией и без неё, не		
	показал отличий в частоте родоразрешения путем кесарева сечения (ОР 0.99; 95%-ый ДИ 0.86-1.13), в		
	то время как неблагоприятные исходы для плода		
	были редкими в обеих группах.		
Б2.В.1.1.2	Определение физиологического и патологического		
	течения беременности, родов и послеродового пе-		
	риода	ПК – 5	
Б2.В.1.1.2.1	Определение изменений в организме женщины и		
	признаков физиологического течения беременности,		

	родов и послеродового периода.	
	Как можно охарактеризовать профессиональную	
	деятельность врача акушера – гинеколога по на- блюдению беременных?	
	-Как проведение меропиятий вторичной профилак-	
	тики осложнений беременности и ухудшения в тече-	
	нии экстрагенитальной патологии, нацеленной на	
	раннее выявление заболевания, предупреждение	
	рецидивов, прогрессирования болезненного процес-	
	са и возможных его осложнений.	
	-Как диспансерное наблюдение. Диспасеризация как	
	система работы лечебно-профилактических учере-	
	ждений страны, заключающаяся в активном наблю-	
	дении за здоровьем матерей, в изучении условий их	
	труда и быта, в обеспечении их правильного физи-	
	ческого развития и сохранения здоровья, а также в	
	предупреждении заболеваний путем проведения со-	
	ответствующих лечебно-профилактических, сани-	
	тарно-гигиенических и социальных мероприятий.	ПК – 2
	Ответ. Основу диспансеризации беременных со-	· · · · · <u> </u>
	ставляет диспансерный метод, который заключается	
	в постоянном медицинском наблюдении за лицами,	
	состоящими на учете, осуществлении по отношению	
	к ним мер индивидуальной и общественной профи-	
	лактики, а также в оздоровлении условий труда и	
	быта. Врач акушер – гинеколог не может оздоравли-	
	вать условия труда и быта матери и не имеет адми-	
	нистративного ресурса для реализации мер общест-	
	венной профилактики нарушений здоровья. Он обя-	
	зан лишь своевременно выявлять нарушения здо-	
	ровья женщины, возникающие при беременности,	
	проводить профилактику нежелательной беремен-	
	ности, поздней беременности, медицинского аборта.	
	Поэтому характеризовать наблюдение беременных	
	как диспансерное наблюдение нет оснований, но	
	правомерно признать его вторичный профилактиче-	
	ский характер.	
Б2.В.1.1.2.2	Оценка патологических состояний и заболеваний	
_	при беременности, родах и послеродовом периоде.	ПК – 5
	Выделите критерии преэклампсии:	
	*Артериальная гипертензия, установленная после	
	20 недель беременности.	
	*Протеинурия 0,3 г/л и более в суточной моче	
	-Отёчный синдром	
	Правильный выбор отмечен «*»	
Б2.В.1.1.2.3	Оценка течения экстрагенитальных заболеваний	
	при беременности, родах и в послеродовом перио-	
	де.	ПК – 5
	При подозрении на острый аппендицит у беремен-	
	ной срок постановки клинического диагноза состав-	
	ляет	
	1 час	
	1 100	<u> </u>

	*2часа	
	34aca	
	44aca	
	Правильный выбор отмечен «*»	
Б2.В.1.1.2.4	Оценка физиологического и патологического тече-	
D2.D.1.1.2.4	ние периода новорожденности	ПК – 5
	О чём свидетельствует низкая оценка по шкале Ап-	TIK 5
	гар (менее 7 баллов) на 1-й минуте жизни новорож-	
	дённого?	
	Ответ. Низкая оценка по шкале Апгар (менее 7 бал-	
	лов) на 1-й минуте жизни новорождённого указывает	
	на необходимость проведения реанимации.	
Б2.В.1.2	Оценка физиологических и патологических процес-	
<i>D2.D.</i> 1.2	сов в женской половой системе вне беременности	
Б2.В.1.2.1	Оценка развития менструальной, сексуальной, сек-	
DZ.D.1.Z.1	реторной и детородной функций женской половой	
	системы.	ПК – 5
	Предусмотрено ли для врача акушера – гинеколога	
	женской консультации проведение первичной про-	
	филактики гинекологических заболеваний?	
	-Да	
	*Het	ПК – 2
	Ответ. Правильный выбор отмечен «*» Акушер-	
	гинеколог не может обеспечить реализацию в сово-	
	купности социальных, медицинских, гигиенических и	
	воспитательных мер, направленных на предотвра-	
	щение заболеваний путем устранения причин и ус-	
	ловий их возникновения и развития, а также на по-	
	вышение устойчивости организма к воздействию не-	
	благоприятных факторов окружающей природной,	
	производственной и бытовой среды.	
	Оценка факторов риска, причин, механизмов разви-	
Б2.В.1.2.2	тия, признаков гинекологических заболеваний.	ПК – 7
	Из группы симптомов, характерных для внематочной	
	беременности, выберите те из них, которые указы-	
	вают на разрыв маточной трубы:	
	*симптом Данфорта;	
	— симптом Куштелова;	
	— симптом Кюллена;	
	— симптом Лаффона;	
	— симптом Голдена;	
	*симптом Болта;	
	— симптом Дугласа.	
	Правильный выбор отмечен «*»	
	Ведение физиологической и патологической бере-	
E0 B / / 5 =	менности, родов и послеродового периода	ПК – 5
Б2.В.1.1.2.5	Врачебная тактика при физиологическом течении	
	беременности, родов и послеродового периода	
	Каким нормативным документом предусмотрена	
	тактика ведения физиологической беременности?	ПК — 10
	Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 но-	
	ября 2012 г. № 572н "Об утверждении Порядка ока-	

	зания медицинской помощи по профилю «акушерст-	
	во и гинекология (за исключением использования	
	вспомогательных репродуктивных технологий)»"	
Б2.В.1.1.2.6	Врачебная тактика, лечение патологических состоя-	
	ний и заболеваний при беременности, родах и по-	
	слеродовом периоде.	ПК – 6
Б2.В.1.1.2.6.1	Лечение заболеваний и патологических состояний,	
	индуцированных беременностью	ПК – 6
	Каким способом достигается восстановление сер-	
	дечного ритма плода на патологической кардиотоко-	
	грамме при тахисистолии матки?	
	Восстановление сердечного ритма плода на патоло-	
	гической кардиотокограмме при тахисистолии матки	
	достигается прекращением введения утеротоников и	
	острым токолизом (например, тербуталин 250 мкг	
	под кожу).	
Б2.В.1.1.2.6.2	Лечение хирургических и гинекологических болезней	
	у беременных	ПК – 6
	В течение какого промежутка времени должен быть	
	уточнён диагноз при «остром животе» у беремен-	
	ных?	
	В течение 2 часов	
Б2.В.1.1.2.6.3	Ведение физиологических и патологических родов	ПК – 6
	Какая скорость окрытия маточного зева соответст-	1110 - 0
	вует нормальному течению родов у первородящих? Скорость окрытия маточного зева 1,2 см/час соот-	
	ветствует нормальному течению родов у перворо-	
	дящих	
Б2.В.1.1.2.6.4	Врачебная тактика, лечение экстрагенитальных за-	
DZ.D.1.1.Z.O.∓	болеваний при беременности, родах и послеродо-	
	вом периоде.	ПК – 6
	Является ли миопия высокой степени единственного	Till 0
	глаза у матери с доношенной беременностью абсо-	
	лютным показанием к кесареву сечению?	
	Миопия высокой степени единственного глаза у ма-	
	тери с доношенной беременностью является абсо-	
	лютным показанием к кесареву сечению.	
Б2.В.1.1.2.6.5	Лечение заболеваний и патологических состояний	
	плода и новорождённого	ПК – 6
	Когда происходит максимальная убыль веса ребён-	-
	ка при физиологическом течении периода новрож-	
	дённости?	
	Максимальная убыль веса ребёнка при физиологи-	
	ческом течении периода новрождённости имет ме-	
	сто на 3-5 день жизни.	
Б2.В.1.1.2.6.6	Акушерские пособия и операции.	ПК – 6
	Что целесообразно сделать при плоском плодном	
	пузыре у матери в срочных родах при открытии ма-	
	точного зева 4 см?	
	При плоском плодном пузыре у матери в срочных	
	родах при открытии маточного зева 4 см целесооб-	
L	<u> </u>	

-		
	разна амниотомия. Лечение заболеваний и патологических состояний в	
Б2.В.1.2.3	гинекологии.	ПК – 6
DZ.D.1.Z.3	Укажите меры первичной профилактики нарушений	1111 – 0
	репродуктивного здоровья женщин (санитарно-	
	гигиенические мероприятия), которые врачу акушеру	
	– гинекологу можно проводить во внерабочее время.	ПК – 1
	Ответ. Меры первичной профилактики нарушений	
	репродуктивного здоровья женщин (санитарно-	
	гигиенические мероприятия), которые врачу акушеру	
	– гинекологу можно проводить во внерабочее время:	
	формирование здорового образа жизни молодежи,	
	половое и гигиеническое воспитание детей и подро-	
	стков, воспитание нравственного, репродуктивного,	
	брачного и сексуального поведения, рекомендации	
	по трудоустройству, волонтерство среди лиц с не-	
	адекватным половым поведением.	
	Укажите параметры, которые необходимо учитывать	
	при индивидуализации лечения физическими фак-	
	торами	ПК – 8
	Ответ. Параметры, которые необходимо учитывать	
	при индивидуализации лечения физическими фак-	
	торами:	
	*возраст, пол и конституцию больного;	
	*наличие сопутствующих заболеваний;	
	*наличие индивидуальных противопоказаний для	
	применения конкретного физического фактора;	
	*реактивность организма и степень тренировки	
	адаптационно-компенсаторных механизмов;	
	*биоритмическая активность основных функций ор-	
	ганизма (утро – послеполуденное время, фаза мен-	
	струального цикла).	
	*использование биодозиметрии для определения	
	интенсивность ультрафиолетового облучения, элек-	
	тродиагностики для определения параметров электростиму для определения и продолжительности	
	тростимуляции, соотношения и продолжительности	
	фаз секреции желудка для определения методики	
	питьевого использования минеральных вод;	
	*применение аппаратов для биологической обрат-	
	ной связи;	
	*создание положительного психоэмоционального	
	настроя у больных.	
	*курсовое лечение,	
	-личное отношение врача.	
Б2.В.1.2.3.1	Лечение врождённых аномалий половых органов и	
	нарушений полового развития.	ПК – 6
	Что необходимо сделать при гематометре и гемато-	
	кольпосе у девочки с атрезией девственной плевы?	
	При гематометре и гематокольпосе у девочки с ат-	
	резией девственной плевы целесообразна гимено-	
	томия.	
	тойия.	

		<u> </u>
	Какова медикаментозная терапия первой линии при	
	обильном межменструальном кровотечении по	
	классификации FIGO?	
	КОК с 35 мг этинилэстрадиола по контрацептивной	
	схеме 21/7, ВМС с левоноргестелом, нестероидные	
	противовоспалительные препараты (ибупрофен 400	
	мг 3 раза до прекращения кровотечения)	
Б2.В.1.2.3.3	Лечение воспалительных заболеваний половых ор-	
	ганов	ПК – 8
	Из перечня выберите методы реабилитации боль-	
	ных с хроническим эндометритом.	
	*Низкоинтенсивная ультравысокочастотная терапия.	
	*Инфракрасная лазеротерапия	
	-Ультратонотерапия	
	*Парафинотерапия	
	*Пелоидотерапия	
	*Ультрафиолетовое облучение в эритемных дозах	
	по Желоховцеву	
	*Климато – и бальнеотерапия с сероводородными,	
	йодобромными, азотно-кремнистыми водами.	
	Правильный выбор отмечен «*»	
Б2.В.1.2.3.4	Лечение эндометриоза	ПК – 6
	Женщина, 36 лет, обратилась с жалобами на перио-	
	дические кровомазания из половых путей, которые	
	появляются за 2—3 дня до начала менструации и	
	продолжаются в течении 2-3х дней после менструа-	
	ции, шоколадного цвета. Считает себя больной око-	
	ло 6 мес., после искусственного аборта. Менстру-	
	альный цикл регулярный, через 28 дней, менструа-	
	ции болезненные всю жизнь, в последнее время бо-	
	ли во время менструаций усилилась. Очередная	
	менструация ожидается через 4—5 дней. В анамне-	
	зе 3 беременности, закончившиеся родами и 2 абор-	
	та хирургическим методом. Общее состояние удов-	
	летворительное. Живот мягкий, безболезненный.	
	Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища не изме-	
	нена. На влагалищной части шейки матки, соответ-	
	ственно 7 часам циферблата, имеется участок сине-	
	багрового цвета 1х1,5 см., легко кровоточащий при	
	прикосновении к нему.	
	P.V.: матка увеличена до 6 недель беременности,	
	плотная мало подвижная, чувствительная при паль-	
	пации, округлой формы. Придатки не определяются,	
	своды свободные.	
	1. Ваш предположительный диагноз?	
	2. Какие методы дополнительного исследования не-	
	обходимо применить?	
	3. Какие методы лечения можно применить?	
	Эталон ответа:	
	ПО: А почолимо о Очитом отриот пиойим мотим	
	ДЗ: Аденомиоз. Эндометриоз шейки матки.	
	Дз. Аденомиоз. Эндометриоз шейки матки. Диагностика: определение в крови СА 125, РЭА; УЗИ ОМТ , кольпоскопия.	

	T =	
	Лечение: учитывая отсутсвие репродуктивных пла-	
	нов Диеногест 2 мг в непрерывном режиме 6 менст-	
	руальных циклов, затем ЛНГ - спираль («Мирена»)	
Б2.В.1.2.3.5	Лечение опущения и выпадения женских половых	
	органов	ПК – 6
	Дайте характеристику методов хирургической кор-	
	рекции пролапса гениталий.	
	Ответ. Способы хирургической коррекции пролапса	
	гениталий делят по грыжевому принципу, взяв за	
	основу анатомическое образование, которое укреп-	
	ляется для исправления неправильного положения	
	половых органов:	
	1-я группа операций — укрепление тазового дна —	
	кольпоперинео-леваторопластика;	
	2-я группа — применение различных модификаций	
	укорочения и укрепления круглых связок матки.	
	Наиболее часто используют укорочение круглых	
	связок с фиксацией к передней поверхности матки;	
	3-я группа— укрепление фиксирующего аппарата	
	матки(кардинальных, крестцово-маточных связок) за	
	счет сшивания их между собой, траспозиции;	
	4-я группа — жесткая фиксация выпавших органов к	
	стенкам таза — к лобковым костям, крестцовой кос-	
	•	
	TU;	
	5-я группа — использование аллопластического ма-	
	териала для укрепления связок матки и ее фикса-	
	ции;	
	6-я группа — частичная облитерация влагалища	
	(срединная кольпоррафия, влагалищно-	
50 D 4 0 0 0	промежностный клейзис).	
Б2.В.1.2.3.6	Лечение доброкачественных и злокачественных но-	
	вообразований половых органов.	ПК – 6
	Какова основная стратегия хирургического лечения	
	пациенток с миомой матки в репродуктивном воз-	
	расте?	
	Основная стратегия хирургического лечения паци-	
	енток с миомой матки в репродуктивном возрасте –	
	сохранить детородный орган.	
Б2.В.1.2.3.7	Лечение нейроэндокринных и метаболического син-	
	дрома в гинекологии	
	Какой препарат выбора у женщин с предменстру-	
	альным синдромом, желающих предохраняться от	
	беременности?	
	Препарат выбора у женщин с предменструальным	
	синдромом, желающих предохраняться от беремен-	
	ности – комбинированный оральный контрацептив,	
	содержащий 20 мкг этинилэстрадиола и 3 мг дрос-	
	пиренона	
Б2.В.1.2.3.8	Лечение постменопаузального остеопороза.	ПК – 6
	Какая группа медикаментозных средств считается	
	основной при лечении постменопаузального остео-	
	пороза?	

	Fuch ash over the surrounding a country with This Tollowing	
	Бисфосфонаты считаются основными при лечении	
E0 D 4 0 0 0	постменопаузального остеопороза	
Б2.В.1.2.3.9	Лечение доброкачественных и злокачественных за-	
	болеваний молочных желёз	ПК – 6
	Каковы методы базовой терапии при доброкачест-	
	венной дисплазии молочных желез?	
	Методы базовой терапии при доброкачественной	
	дисплазии молочных желез:	
	-Коррекция диеты (исключить продукты, содержа-	
	щие метилксантины), употребление пищи, богатой	
	клетчаткой, и адекватное употребление жидкости	
	(не менее 1,5–2 л в день)	
	-Правильный выбор бюстгальтера	
	-Седативные препараты	
	- Микройодтерапия	
	- Нестероидные противовоспалительные средства	
	- Мочегонные	
	- Мастодинон, циклодинон	
	- Энзимотерапия	
	- Диметилсульфоксид местно	
Б2.В.1.2.3.10	Лечение половой дисфункции у женщин	ПК – 6
	Какие гормональные препараты применяются при	
	снижении полового влечения в постменопаузе?	
	При снижении полового влечения в постменопаузе	
	применяют трансдермальные эстроген-гестагеновые	
	и тестостероновые терапевтические системы, тибо-	
	лон.	
Б2.В.1.2.3.11	Лечение бесплодия в браке	ПК – 6
	Какой метод физиотерапии можно использовать при	
	воспалительном генезе бесплодия без выраженного	
	экссудативного компонента?	
	При воспалительном генезе бесплодия без выра-	
	женного экссудативного компонента целесообразно	
	назначить бегущее магнитное поле в комбинации с	
	фонофорезом.	
Б2.В.1.2.3.12	Лечение гинекологических заболеваний, требующих	
	оказания неотложной медицинской помощи.	
	Какое основное хирургическое мероприятие прово-	
	дится у пациенток с перекрутом ножки опухоли яич-	
	ника?	
	В настоящее время лапароскопия — основное диаг-	
	ностическое мероприятие при подозрении на пере-	
	крут ножки опухоли яичника, т.к. от результатов эн-	
	доскопического исследования и морфологического	
	характера образования зависят объём и доступ опе-	
	ративного вмешательства. Так как при лапароскопии	
	не представляется возможным оценить внутреннюю	
	структуру новообразования, не нарушая его целост-	
	ности, рекомендовано использовать интраопераци-	
	онное УЗИ. При малейшем подозрении на малигни-	
	зацию — перейти на лапаротомию. Во время лапароскопии с помощью атравматических	
	LEG DROMG GOGOROCKOGIALA C GOMOLILI IO OTRODMOTIALIOCKIAV	

	<u>-</u>	
	щипцов возможно выполнение деторсии (раскручи-	
	вания ножки кисты и восстановление топографии	
	яичника). Манипуляцию производят при наполнении	
	малого таза и брюшной полости тёплым (40–42 °C)	
	изотоническим раствором натрия хлорида, опухоль	
	всплывает и часто самостоятельно или с помощью	
	атравматических щипцов раскручивается. Если че-	
	рез 10-20 мин происходит изменение цвета (исчез-	
	новение цианоза, нормализация цвета мезовария),	
	т.е. кровоснабжение в маточной трубе и яичнике	
	восстанавливается, целесообразно выполнение ор-	
	ганосохраняющей операции.	
	При ретенционном яичниковом образовании произ-	
	водят аспирацию содержимого кисты, биопсию её	
	стенки. При истинном характере опухоли яичника	
	выполняют резекцию яичника, при параовариальной	
	кисте проводят её энуклеацию. После проведённой	
	операции больная находится под тщательным кон-	
	тролем (измерение температуры тела, количества	
	лейкоцитов в крови, коагулограммы, оценка болево-	
	го синдрома). При отрицательной динамике течения	
	послеоперационного периода производят повторную	
	лапароскопию с аднексэктомией.	
	Следует отметить, что во время лапароскопии орга-	
	носохраняющие операции (деторсия придатков и	
	резекция яичников) проводят в 80% случаев, в то	
	время как при лапаротомии придатки матки удаляют	
	в 3 раза чаще по сравнению с лапароскопическим	
	доступом. Становятся очевидными преимущества	
	эндоскопических операций при данной патологии.	
	При подозрении на малигнизацию опухоли интрао-	
	перационно показано цитологическое исследование	
	мазковотпечатков для решения вопроса об объёме	
	оперативного вмешательства.	
Б2.В.1.2.3.13	Гинекологические манипуляции, операции и посо-	
	бия.	
	Когда проводится раздельное диагностическое вы-	
	скабливание слизистой тела матки и цервикального	
	канала?	
	Раздельное диагностическое выскабливание слизи-	
	стой тела матки и цервикального канала показано 1)	
	для выяснения состояния слизистой при различных	
	доброкачественных и злокачественных процессах	
	(гиперпластические пролокачественных процессах	
	(гиперпластические цессы, предраковые изменения,	
	рак), 2) при подозрении на остатки плодного яйца, 3)	
	при подозрении на туберкулез эндометрия, полипоз	
	слизистой оболочки, 4) при расстройствах менстру-	
	ального цикла	
Б2.В.1.2.3.14	Планирование семьи и контрацепция	ПК – 6
	Какой котрацептив целесообразно назначить при	
	синдроме поликистоза яичников и гирсутизме ?	
	, , , ,	<u> </u>

		1
	При синдроме поликистоза яичников целесообразно	
	использовать КОК с антиандрогенаими	
Б2.В.1.2.3.15	Организация акушерско-гинекологической помощи в	
Б2.В.1.1.2.6.7	Российской Федерации	
	Какими основными нормативными документами рег-	
	ламентируется деятельность врача акушера – гине-	
	колога в РФ?	ПК – 10
	Деятельность врача акушера – гинеколога в РФ рег-	
	ламентируется приказами, стандартами, клиниче-	
	скими рекомендациями МЗ РФ.	
	Число женщин с впервые зарегистрированными зло-	
	качественными образованиями органов половой	
	системы в динамике 2005 – 2016 гг. на территории	
	России	
	*растёт,	
	-уменьшается,	
	-существенно не изменяется	ПК – 11
	Ответ. Правильный выбор отмечен «*»	
	Какой объем диагностического обследования преду-	
	смотрен при анафилактическом шоке у беременной	
	в сроке родов?	
	*физикальное обследование,	
	-лабораторное обследование (общий анализ крови,	
	общий анализ мочи, коагулограмма, биохимический	
	анализ крови),	
	-инструментальное обследование (ультразвуковое	
	обследование плода).	ПК – 12
	Ответ. Правильный выбор отмечен «*»	

13. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИ-ЧЕСКОЙ) ПРАКТИКИ

7.1. Учебно-методическая документация и материалы: (отдельным файлом) 7.3. Литература

Основная литература

- ➤ Гинекология: национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского, И. Б. Манухина. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 1008 с. (Серия "Национальные руководства") Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970467961.html (дата обращения: 10.01.2022).
- ➤ Акушерство: национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 1080 с. (Серия "Национальные руководства"). Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970466322.html (дата обращения: 10.01.2022).
- ➤ Дубровина, С. О. Неотложная помощь в гинекологии / Дубровина С. О. , Новиков Е. И. , Лапшин В. Н. , Василенко Л. В. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 144 с. Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453056.html (дата обращения: 10.01.2022).
- Жаприна, А. Д. Маммология / под ред. А. Д. Каприна, Н. И. Рожковой М.: ГЭО-ТАР-Медиа, 2019. 496 с. (Серия "Национальные руководства"). Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450703.html (дата обращения: 10.01.2022).

- ▶ Серов, В. Н. Схемы лечения. Акушерство и гинекология / под ред. В. Н. Серова;
 ред. сост. И. И. Баранов. 3-е изд., испр. и доп. М. : Литтерра, 2021. 368 с. (Серия "Схемы лечения"). Текст: электронный // URL:
 https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423503659.html (дата обращения: 10.01.2022).
- Жаган, И. И. Клиническая анатомия женского таза: иллюстрированный авторский цикл лекций / И. И. Каган; под ред. Г. Т. Сухих. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 152 с.: ил. 152 с. Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970459317.html (дата обращения: 10.01.2022).
- ➤ Манухин, И. Б. Гинекологическая эндокринология. Клинические лекции / И. Б. Манухин, Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян, Е. И. Манухина. 4-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 304 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970466742.html (дата обращения: 10.01.2022).
- ▶ Радзинский, В. Е. Клиническая фармакология. Акушерство. Гинекология. Бесплодный брак / под ред. В. Е. Радзинского, Е. В. Ших. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 432 с. Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460313.html (дата обращения: 10.01.2022).
- ➤ Шмаков, Р. Г. Анемия беременных / Р. Г. Шмаков, Г. Н. Каримова. М. : ГЭО-ТАР-Медиа, 2020. 160 с. Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455951.html (дата обращения: 10.01.2022).
- ▶ Крамарский, В.А. Послеродовые инфекционно-токсические осложнения: учеб. пособия/ В.А. Крамарский, Ю.В. Трусов, Т.В. Подкаменева; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. Иркутск, 2022. 72 с.
- ▶ Сверкунова, Н.Л. Подготовка организма беременной женщин к родам и родовозбуждение: учеб. пособие/ Н.Л. Сверкунова, В.А. Крамарский, В.Н. Дудакова; ИГ-МАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. Иркутск, 2022. 44 с.
- ➤ Крамарский, В.А. Перинатальный подход в медицине как фактор сохранения здоровья и интеллектуального потенциала общества: учеб. пособие/ В.А. Крамарский, Т.В. Подкаменева, Ю.В. Трусов; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. Иркутск, 2022. 60 с.
- ➤ Дудакова, В.Н. Заболевания молочных желез: учеб. пособие/ В.Н. Дудакова, Н.В. Протопопова, Е.Б. Дружинина; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. 2-е изд., перераб. и доп.. Иркутск, 2022. 88 с.
- ➤ Дудакова, В.Н. Алгоритм оказания помощи в акушерско-гинекологической практике (послеродовое кровотечение, медикаментозное прерывание беременности): учеб. пособие/ В.Н. Дудакова, Н.В. Протопопова, Е.Б. Дружинина; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. Иркутск, 2021. 80 с.
- ➤ Крамарский, В.А. Принципы деонтологии в современном акушерстве и гинекологии: учеб. пособие/ В.А. Крамарский, Ю.В. Трусов; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. Иркутск, 2021. 52 с.
- ➤ Протопопова, Н.В. Пренатальная диагностика и оценка состояния плода у беременных группы высокого риска: учеб. пособ./ Н.В. Протопопова, В.Н. Дудакова, Н.Н. Бондаренко; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. Иркутск, 2020. 68 с.
- ▶ Крамарский, В.А. Почечно-печеночный синдром как осложнение беременности: учеб. пособ./ В.А. Крамарский, Н.И. Файзуллина; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. Иркутск, 2020. 64 с.

Дополнительная литература

▶ Стандарты медицинской помощи. Репродуктивная эндокринология/ Сост. А.С. Дементьев, Сост. Н.И. Журавлева, Сост. С.Ю. Кочетков, Сост. Е.Ю. Чепанова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 336 с. - (Стандарты медицинской помощи).

- **Стандарты медицинской помощи.** Акушерство и гинекология/ Сост. А.С. Дементьев, Сост. И.Ю. Дементьева, Сост. С.Ю. Кочетков, Сост. Е.Ю. Чепанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 992 с. (Стандарты медицинской помощи).
- **Руководство по амбулаторно-поликлинической** помощи в акушерстве и гинекологии/ Ред. В.Н. Серов, Ред. Г.Т. Сухих, Ред. В.Н. Прилепская, Ред. В.Е. Радзинский. 3-е изд., перераб. и доп.. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 1136 с.
- ➤ **Петрос, П.** Женское тазовое дно. Функции, дисфункции и их лечение в соответствии с Интегральной теорией: [практ. рук.]/ П. Петрос; пер. с англ. М.: МЕДпрессинформ, 2016. 400 с.: ил
- ▶ Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии. Диагностика и лечение: пер. с англ./ Ред. М. Пирлман, Ред. Дж. Тинтиналли, Ред. П. Дин, Ред. М.А. Курцер. М.: Бином. Лаборатория знаний, 2018. 499 с.: ил. (Неотложная медицина)
- **Национальное руководство. Маммология**/ Ред. А.Д. Каприн, Ред. Н.И. Рожкова. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 496 с. (Национальные руководства)
- **Клинические лекции по** акушерству/ Ред. Ю.Э. Доброхотова, Ред. О.В. Макаров. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР Медицина, 2017. 544 с.: ил
- ▶ Древаль, А.В. Репродуктивная эндокринология: рук. для врачей/ А.В. Древаль.
 М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 240 с.: ил
- ▶ Доброхотова, Ю.Э. Миома матки: [рук.]/ Ю.Э. Доброхотова, Д.М. Ибрагимова,
 Л.В. Сапрыкина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 96 с.: ил
- **Анестезия, интенсивная терапия** и реанимация в акушерстве и гинекологии: клинические рекомендации. Протоколы лечения / Ред. А.В. Куликов, Ред. Е.М. Шифман. М.: Медицина, 2016. 472 с.
- ➤ Дикке, Г. Б. Медикаментозный аборт в амбулаторной практике / Г. Б. Дикке. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 384 с.: ил. 384 с. Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457627.html (дата обращения: 10.01.2022).
- Доброхотова, Ю. Э. Плацентарная недостаточность. Современный взгляд / Доброхотова Ю. Э. , Джохадзе Л. С. , Кузнецов П. А. , Козлов П. В. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 64 с. Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970449493.html (дата обращения: 10.01.2022).
- ➤ Каприн, А. Д. Мастопатии / под ред. Каприна А. Д., Рожковой Н. И. М.: ГЭО-ТАР-Медиа, 2019. 320 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста"). Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448649.html (дата обращения: 10.01.2022).
- ➤ Мравян, С. Р. Заболевания сердца у беременных / С. Р. Мравян, В. А. Петрухин, С. И. Федорова, В. П. Пронина. 2-е изд. , перераб. и доп. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. 416 с. Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457161.html (дата обращения: 10.01.2022).
- ➤ Озолиня, Л. А. Венозные тромбоэмболические осложнения в акушерстве и гинекологии / Л. А. Озолиня, С. Б. Керчелаева, И. А. Лапина, О. В. Макаров. 2-е изд., испр. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 288 с. Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456514.html (дата обращения: 10.01.2022).
- Ультразвуковая дифференциальная диагностика в акушерстве и гинекологии: пер. с англ./ Р. Биссет, Д.-э- Саббих, Н.Б. Томас, А.Н. Хан; Ред. А.Н. Сенч. М.: МЕДпресс-информ, 2018. 344 с.: ил
- **Холин А.В.** Тазовые боли у женщин. Дифференциальная диагностика лучевыми методами/ А.В. Холин. М.: МЕДпресс-информ, 2018. 56 с.: ил.
- ▶ Трусов, Ю.В. Диагностика и лечение доброкачественной дисплазии молочной железы: учеб. пособ./ Ю.В. Трусов; ИГМАПО - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. - Иркутск, 2020. - 96 с.

- ➤ Трусов, Ю.В. Инфицирование околоплодных вод: учеб. пособие/ Ю.В. Трусов, В.А. Крамарский; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. Иркутск, 2021. 44 с.
- ➤ Трусов, Ю.В. Пассаж мекония в амниотическую жидкость. Эмболия околоплодными водами: учеб. пособие/ Ю.В. Трусов, В.А. Крамарский; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. Иркутск, 2021. 48 с.
- ▶ Трусов, Ю.В. Патология объема околоплодной среды: практ. пособие/ Ю.В. Трусов, В.А. Крамарский; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. Иркутск, 2021. 44 с.
- ▶ Трусов, Ю.В. Регуляция и измерение объёма околоплодных вод: учеб. пособие/ Ю.В. Трусов, В.А. Крамарский; ИГМАПО - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. - Иркутск, 2021. - 48 с.
- ➤ Ультразвуковой мониторинг беременных и рожениц: учеб. пособие/ Т.В. Толстикова, Ю.В. Трусов, С.Г. Ковальчук, Е.Н. Усольцева; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. Иркутск, 2021. 52 с.: ил.
- ▶ Файзуллина, Н.И. Современные представления о микробиоте влагалища: учеб. пособие/ Н.И. Файзуллина, В.А. Крамарский, Ю.В. Трусов; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. Иркутск, 2021. 56 с.
- ▶ Трусов, Ю.В. Морфологические изменения плаценты при уточнении акушерского диагноза: монография/ Ю.В. Трусов, В.А. Крамарский; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. Иркутск, 2020. 100 с.
- ➤ Крамарский, В.А. Особенности проявления преэклампсии и состояния новорожденных в северных районах Восточной Сибири: монография/ В.А. Крамарский, А.А. Петухов; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. Иркутск, 2019. 128 с.
- ▶ Бесплодие: учеб. пособ./ В.Н. Дудакова, Н.В. Протопопова, Е.Б. Дружинина, К.В. Крылова; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. Иркутск, 2019. 80 с.
- ➤ Алгоритм действия при акушерских кровотечениях (по протоколу) и органосохраняющие технологии персонифицированного подхода при массивных послеродовых кровотечениях: учеб. пособие/ Н.Л. Сверкунова, В.А. Крамарский, Л.В. Хышиктуев, Н.И. Файзуллина; Иркут. гос. мед. акад. последипл. образов. Иркутск, 2018. 52 с.
- ▶ Дудакова, В.Н. Заболевания молочных желез: учеб. пособие/ В.Н. Дудакова, Н.В. Протопопова, Е.Б. Дружинина; Иркут. гос. мед. акад. последипл. образов. - Иркутск, 2018. - 84 с.
- ➤ Крамарский, В.А. Особенности проявления преэклампсии и состояния новорожденных в северных районах Восточной Сибири: монография/ В.А. Крамарский, А.А. Петухов; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. Иркутск, 2019. 128 с.
- ▶ Апгар Б.С. Клиническая кольпоскопия: практ. рук.: пер. с англ/ Б.С. Апгар, Г.Л. Броцман, М. Шпицер. М.: Практ. медицина, 2015. 384 с.: ил
- ➤ Клинические лекции по акушерству/ Ред. Ю.Э. Доброхотова, Ред. О.В. Макаров.- 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР Медицина, 2017. 544 с.: ил
- ➤ Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология: протоколы лечения/ Сост. Л.В. Адамян, Сост. В.Н. Серов, Сост. Г.Т. Сухих, Сост. О.С. Филиппов. М.: Медиа Сфера, 2016. 472 с
- → Национальное руководство. Маммология/ Ред. А.Д. Каприн, Ред. Н.И. Рожкова.
 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 496 с. (Национальные руководства)
- ➤ Сахарный диабет и беременность. Гестационный сахарный диабет: практ. пособие/ М.В. Березина, Т.П. Бардымова, М.В. Мистяков, Г.П. Ягельская; Иркут. гос. мед. акад. последипл. образов. Иркутск, 2016. 44 с

- ➤ Стандарты медицинской помощи. Акушерство и гинекология/ Сост. А.С. Дементьев, Сост. И.Ю. Дементьева, Сост. С.Ю. Кочетков, Сост. Е.Ю. Чепанова. М.: ГЭО-ТАР-Медиа, 2016. 992 с. (Стандарты медицинской помощи).
- ➤ Баггиш Майкл С. Атлас анатомии таза и гинекологической хирургии: пер. с англ./ Майкл С. Баг-гиш, Микки М. Каррам. Лондон: Elsevier Ltd., 2009. 1184 с.: ил
- ▶ Бауэр Г. Цветной атлас по кольпоскопии: пер. с нем./ Г. Бауэр; Ред. С.И. Роговская. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 288 с.: ил
- ▶ Диагностика и лечение в гинекологии. Проблемный подход: пер. с англ./ М. Рис, С. Хоуп, М.К. Охлер и др; Ред. пер. В.Н. Прилепская. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 320 с
- ▶ 4.Атлас по ультразвуковой диагностике в акушерстве и гинекологии: пер. с англ./ Питер
 М. Дубиле, Кэрол Б. Бенсон; Ред. пер. В.Е. Гажонова. М.: МЕД-пресс-информ, 2007. 328 с: ил
- Жиляев Н.И. Акушерство: фантомный курс/ Н.И. Жиляев, Н.Н. Жиляев, В.В. Сопель. Киев: Книга плюс, 2002. 236 с
- ➤ Кокрановское руководство: Беременность и роды: пер. с англ./ Дж.Ю. Хофмейер, Дж.П. Нейлсон, З. Алфиревич, К.А. Кроутер; Ред. Г.Т. Сухих. - М.: Ло-госфера, 2010. - 440 с.: ил
 - Экземпляры: всего:2 ЧЗ(1), АБ(1)
- ▶ Национальное руководство. Акушерство/ Ред. Э.К. Айламазян, Ред. В.И. Кулаков, Ред. В.Е. Радзинский, Ред. Г.М. Савельева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 1200 с. (Национальные руководства)
- ➤ Национальное руководство. Гинекология/ Ред. В.И. Кулаков, Ред. И.Б. Манухин, Ред. Г.М. Савельева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 1072 с. (Национальные руководства)
- ▶ Национальное руководство. Маммология/ Ред. В.П. Харченко, Ред. Н.И. Рожкова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 328 с. (Национальные руководства)
 - Экземпляры: всего:5 ЧЗ(1), АБ(4)
- ▶ Рациональная фармакотерапия в акушерстве, гинекологии и неонатологии: рук. для практ. врачей. Т. 2. Гинекология/ Ред. В.Н. Серов, Ред. Г.Т. Сухих. 2-е изд., испр. и доп. М.: Литтерра, 2010. 736 с. (Рациональная фармакоте-рапия: серия рук. для практ. врачей. Т. IX).

Информационные ресурсы:

- > Электронная полнотекстовая библиотека ИГМАПО http://lib.igmapo.ru/cgibin/irbis64r_15/cgiirbis_64.exe?LNG=&C21COM=F&I21DBN=DIGOU&P21DBN=DIGOU&S 21FMT=&S21ALL=&Z21ID=&S21CNR= (доступ с сайта ИГМАПО);
- ➤ Электронный каталог книг HMБ ИГМАПО (http://lib.igmapo.ru/cgibin/irbis64r 13/cgiirbis 64.exe?C21COM=F&I21DBN=IBIS EX&P21DBN=IBIS); (доступ с сайта ИГМАПО);
- ➤ Электронный каталог диссертаций и авторефератов диссертаций (http://lib.igmapo.ru/cgi-hip/irbio64r 13/ogiirbio 64 ovo3C34COM=E8/34DBN=IBIS EX8 D34DBN=IBIS); (поэтил о

bin/irbis64r 13/cgiirbis 64.exe?C21COM=F&I21DBN=IBIS_EX&P21DBN=IBIS); (доступ с сайта ИГМАПО);

- ➤ Собрание электронных изданий ИГМАПО (Информрегистр) (http://lib.igmapo.ru/cgi-
- bin/irbis64r 13/cgiirbis 64.exe?C21COM=F&I21DBN=IBIS EX&P21DBN=IBIS); (доступ с сайта ИГМАПО);
- ➤ База данных «Труды сотрудников ИГМАПО/ИГИУВ 1979-2018гг.» (http://lib.igmapo.ru/cgi-
- bin/irbis64r 13/cgiirbis 64.exe?C21COM=F&I21DBN=IBIS EX&P21DBN=IBIS); (доступ с сайта ИГМАПО);

- ➤ Доступ к ЭБС издательства ГЭОТАР-Медиа "Консультант врача" http://www.rosmedlib.ru;
 - Научная электронная библиотека e-library (https://elibrary.ru);
- ➤ Доступ к электронным ресурсам компании Elsevier и международного научного издательства Springer Nature в рамках договора с РФФИ(доступ через сайт РМАНПО);
- ➤ Scopus крупнейшая в мире база данных рефератов и цитирования издательства Elsevier https://www.elsevier.com/ (доступ через сайт РМАНПО);
 - У Доступ к «Национальной электронной библиотеке» (НЭБ) ФГБУ РГБ;
 - ➤ Доступ к базе данных ООО «ПОЛПРЕД Справочники» (<u>www.Polpred.com</u>);
- ➤ Доступ к Электронному периодическому справочнику «Система ГАРАНТ» (ло-кальный доступ);
- ➤ Доступ к Электронному периодическому справочнику «КонсультантПлюс» (ло-кальный доступ);
 - Межбиблиотечный абонемент ЦНМБ МГМУ им. Сеченова;
- ➤ Межбиблиотечный абонемент Иркутской областной научной универсальной библиотеки им. Молчанова-Сибирского;
- ➤ Министерство образования и науки Российской Федерации (https://минобрнауки.pф);
- ▶ Федеральная служба по надзору в сфере образования и науки (<u>obrnadzor.gov.ru</u>);
 - ▶ Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru/);
- ➤ Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru);
- ▶ Федеральный центр информационно-образовательных ресурсов (http://fcior.edu.ru/);
 - ➤ Электронные библиотечные системы и ресурсы (tih.kubsu.ru);
- ▶ Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) (http://www.femb.ru);
- ▶ Профессиональный информационный ресурс для специалистов в области здравоохранения «Consilium Medicum» http://conmed.ru/magazines/consilium medicum/.

7.3. Кадровое обеспечение реализации рабочей программы

Nº п/п	Код раздела, темы рабочей программы	Фамилия, имя, отче- ство	Ученая степень, ученое звание	Основное место ра- боты, должность	Место работы и должность по совместительству
1	Б2.В.1.1 Б2.В.1.2	Дудакова В.Н.	К.м.н, доцент	ИГМАПО – фи- лиал РМАНПО,	нет
			додон	кафедра аку-	
				шерства и гине- кологии	
2	Б2.В.1.1 Б2.В.1.2	Трусов Ю.В.	Канди- дат ме- дицин- ских наук	ИГМАПО – филиал РМАНПО, доцент кафедры акушерства и гинекологии	нет
3	Б2.В.1.1 Б2.В.1.2	Файзул- лина Н.И.	Канди- дат ме- дицин- ских наук	ИГМАПО – филиал РМАНПО, ассистент кафедры акушерства и гинекологии	нет

Министерство здравоохранения Российской Федерации ИРКУТСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ — ФИЛИАЛ ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

УТВЕРЖДЕНО

Методическим советом ИГМАТЮ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО 24 февраля 2022 г. протокол №2 Председатель совета Заместитель директора по учебной работе С.М. Горбачёва

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ПРАКТИКИ

основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология

Блок 2. ПРАКТИКИ

Базовая часть Симуляционный курс (Б2.Б.1)

Уровень образовательной программы: высшее образование. Подготовка кадров высшей квалификации

Форма обучения: очная

Рабочая программа практики **ОСК Базовая часть (Б2.Б.1)** (далее – программа практики) разработана преподавателями кафедры акушерства и гинекологии в соответствии с учебным планом основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности **31.08.01 Акушерство и гинекология**.

Авторы программы практики:

	Авторы программы практики:			
Nº ⊓п.	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, зва- ние	Занимаемая долж- ность	Место работы
1.	Протопопова Наталья Владимировна	д.м.н., профессор	заведующая ка- федрой акушер- ства и гинеколо- гии	ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ
2.	Крамарский Владимир Александрович	Д.М.Н.	профессор ка- федры акушерст- ва и гинекологии	ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ
3.	Трусов Юрий Викто- рович	K.M.H.	доцент кафедры акушерства и ги- некологии	ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ
4.	Файзуллина Наталья Ильдусовна	K.M.H.	ассистент кафед- ры акушерства и гинекологии	ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ
	По	методическим во	просам	
	Горбачева Светлана Михайловна	д.м.н., профессор	заместитель директора по учебной работе	ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
	Антипина Лариса Ген- надьевна	K.M.H.	декан хирургиче- ского факультета	ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Программа практики **ОСК Базовая часть (Б2.Б.1)** по специальности **31.08.01 Акушерство и гинекология** одобрена на заседании кафедры акушерства и гинекологии 21.02.2022 г. протокол № 2.

ЛИСТ ОБНОВЛЕНИЙ И АКТУАЛИЗАЦИИ

Nº	Дата внесения изменений в программу	Характер изменений	Дата и номер прото- кола утверждения до- кумента на МС
1	19.01.2016	Актуализация рабочей программы прак-	10 июня 2016 г.
		тики (симуляционный курс)	протокол № 2
2	23.12.2016	В рабочую программу практик ОСК Ба-	17 апреля 2017 г.
		зовая часть (Б2.Б.1) по специальности	протокол №2
		31.08.01 Акушерство и гинекология на	
		2017 учебный год внесены изменения в	
		перечень тем для самостоятельной ра-	
		боты	
3	15.05.2018	Обновление рабочей программы прак-	28 июня 2018 г.
		тики ОСК Базовая часть (Б2.Б.1)	протокол № 3
4	10.02.2020	Обновление дополнительной литерату-	13 февраля 2020
		ры рабочей программы практики ОСК	г. протокол № 2
		Базовая часть (Б2.Б.1)	
5	08.02.2021	Обновление основной литературы ра-	10 февраля 2021
		бочей программы практики ОСК Базо-	г. протокол № 2
		вая часть (Б2.Б.1)	
6	21.02.2022	Обновление ситуационных задач рабо-	24 февраля 2022
		чей программы практики ОСК Базовая	г. протокол № 2
		часть (Б2.Б.1)	
	•	•	

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Место программы практики **ОСК Базовая часть (Б2.Б.1)** в структуре основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности **31.08.01 Акушерство и гинекология.**

Программа практики **ОСК Базовая часть (Б2.Б.1)** относится к базовой части программы ординатуры и является обязательной для освоения обучающимися.

13.1. Цель программы практики – подготовка квалифицированного **врача-акушера – гинеколога**, способного и готового к самостоятельной профессиональной деятельности в охране здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения на основе сформированных универсальных и профессиональных компетенций.

13.2. Задачи программы практики: сформировать умения:

- проводить, общее и специальное (акушерское и гинекологическое) объективное обследование плода, беременных, рожениц, родильниц и гинекологических больных;
- оценивать физиологическое и патологическое течение беременности, родов и послеродового периода;
 - -оценивать физиологическое и патологическое течение периода новорожденности;
- оценивать физиологические и патологические процессы в женской половой системе вне беременности
- -определять врачебную тактику и лечение патологических состояний и заболеваний при беременности, родах и послеродовом периоде;
- -проводить лечение заболеваний и патологических состояний плода и новорождённого;
- -осуществлять акушерские пособия и операции при беременности, в родах и послеродовом периоде;
 - осуществлять лечение заболеваний и патологических состояний в гинекологии;
- применять диагностические манипуляции в гинекологии и методы оперативного лечения гинекологических заболеваний;
- -применять гормональную, внутриматочную, барьерную, физиологическую, женскую хирургическую и мужскую контрацепцию;
 - проводить сердечно-лёгочную реанимацию;
- определять медицинские показания и выполнять мероприятия по оказанию экстренной и неотложной медицинской помощи, в том числе при чрезвычайных ситуациях;

обеспечить освоение опыта профессиональной деятельности:

- -осуществление диагностической деятельности;
- осуществление лечебной деятельности.
- **13.3. Трудоёмкость освоения программы практики:** 3 зачетных единицы, что составляет 108 академических часов.

14. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ПРАКТИКИ

14.1. Паспорт формируемых компетенций

	Умения, навыки, опыт деятельности	Количество	Форма кон-
늄	, , , , , ,	запланиро-	троля
ekc		ванных дей-	
Индекс компетен- ций		ствий	
7 7 7	Умения:	4	П/А
	- проводить общее и специальное объективное		
	обследование плода, беременных, рожениц,		
	родильниц и гинекологических больных;		
	- оценивать физиологическое и патологическое		
	течение беременности, родов и послеродового		
	периода;		
	-оценивать физиологическое и патологическое		
	течение периода новорожденности;		
	Навыки:		
	-алгоритмы диагностики отдельных заболева-		
	ний и патологических состояний при беремен-		
	ности, родах и послеродовом периоде у мате-		
. 5	ри, плода, новорождённого;		
\(\(\)	Опыт деятельности:		
	-осуществление диагностической деятельности	4	П/А
	Умения:	4	П/А
	- оценивать физиологические и патологические		
	процессы в женской половой системе вне беременности.		
	Ременности. Навыки:		
	-алгоритмы диагностики отдельных заболева-		
ις.	ний и патологических состояний в гинекологии.		
Ī	Опыт деятельности:		
¥	-осуществление диагностической деятельности		
	Умения:	4	П/А
	-определять врачебную тактику при физиологи-		
	ческом течении беременности, родов и после-		
	родового периода;		
	-определять врачебную тактику и лечение па-		
	тологических состояний и заболеваний при бе-		
	ременности, родах и послеродовом периоде;		
	-проводить лечение заболеваний и патологиче-		
	ских состояний плода и новорождённого;		
	-осуществлять акушерские пособия и операции		
	при беременности, в родах и послеродовом пе-		
	риоде; Навыки:		
	-адекватность выбора и оптимальная реализа- ция врачебной тактики и способов лечения от-		
	дельных акушерских осложнений, экстрагени-		
	тальных заболеваний при беременности, родах		
9	и послеродовом периоде.		
ī	Опыт деятельности:		
녿	- осуществление лечебной деятельности		
	7 —	ļ	l

	Умения:	4	П/А
	- осуществлять лечение заболеваний и патоло-		
	гических состояний в гинекологии;		
	- прерывать беременность, применять диагно-		
	стические манипуляции в гинекологии и методы		
	оперативного лечения гинекологических забо-		
	леваний;		
	-применять гормональную, внутриматочную,		
	барьерную, физиологическую, женскую хирур-		
	гическую и мужскую контрацепцию.		
	Навыки:		
	-адекватность выбора и оптимальная реализа-		
	ция врачебной тактики и способов лечения от-		
မှ	дельных гинекологических заболеваний.		
Ī	Опыт деятельности:		
¥	- осуществление лечебной деятельности		
	Умения:	4	П/А
	- проводить сердечно-лёгочную реанимацию;		1 1/7 (
	- определять медицинские показания и выпол-		
	нять мероприятия по оказанию экстренной и		
	неотложной медицинской помощи, в том числе		
	при чрезвычайных ситуациях;		
	Навыки		
	- оказание реанимационной и хирургической		
	помощи при внезапном прекращении кровооб-		
	ращения, угрожающих жизни состояниях и за-		
	ращения, угрожающих жизни состояниях и за- болеваниях;		
	Опыт деятельности:		
	- Осуществление лечебной деятельности.		
	- Осуществление лечеоной деятельности. - Осуществление диагностической деятельно-		
¥	- Осуществление диагностической деятельно- сти.		
	оти.		

15. СОДЕРЖАНИЕ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ПРАКТИКИ ОСК

Цель обучения: формирование умений и навыков, необходимых для самостоятельной работы врача акушера - гинеколога.

Трудоемкость: 3 зачетные единицы, 108 часов.

грудоемкость. э зачетные единицы, тоо часов.				
Индекс	Наименование дис- циплин (модулей) и тем	Тип и вид симулято- ра	Формируемые профес- сиональные умения и навыки	Форма контроля
Б2.Б.1	Специальные дисциплины: «Акушерство и гинеколо-			Зачет
	«RUS			
Б2.Б.1.1	Акушерство			Зачет
Б2.Б.1.1.1	Методы обследования плода, беременной, роженицы, родильницы.	Манекен или фантом роженицы, позволяющий отработать пальпацию живота, приемы Леопольда, аускультацию	Навыки тазоизмерения, оценка размеров таза	Зачет
		сердцебиения		

	T		I	
		плода,		
		вагинальное		
		исследование,		
		определение		
		положения и		
		предлежания		
		плодании,		
		акушерские		
		измерения.		
		Манекен или		
		фантом		
		торса беремен-		
		ной для		
		проведения		
		обследования,		
		влагалищного		
		•		
		исследования,		
		приемов Лео-		
		польда,		
		аускультации		
		сердцебиения		
		плода.		
		Манекен или		
		полуторс		
		роженицы для		
		отработки на-		
		выков		
		ухода и мани-		
		пуляций в аку-		
		шерстве.		
		Набор моделей		
		стадий бере-		
		менности.		
		Модель плода.		
		Фантом аку-		
		шерский.		
Б2.Б.1.1.2	Принципи	•	Opposition Hobi Wo	201107
DZ.D.1.1.Z	Принципы неона-	Манекен мла-	Овладение навыка-	Зачет
	тологической по-	денца для от-	ми ухода и оказания	
	мощи	работки ухода	неотложной помощи	
		за новорож-	новорожденным	
		денным, в том		
		числе инъек-		
		ций, обработки		
		пупка, кормле-		
		ния		
		Овладение на-		
		выками ухода и		
		оказания неот-		
		ложной помощи		
		новорожден-		
		НЫМ		
		Манекен мла-		
	I .	The state of the s	I	

			I	
		денца для от-		
		работки неот-		
		ложных со-		
		стояний в не-		
		онатологии с		
		управлением		
		через элек-		
		тронный кон-		
		тролер или		
		· •		
		компьютер, с		
		можно созда-		
		вать и проиг-		
		рывать клини-		
		ческие сцена-		
		рии		
Б2.Б.1.1.3	Принципы веде-	Тренажеры для	Овладение навыка-	Зачет
52.5.1.1.0	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Диагностики		Ju 101
	ния родов	' '	ми ведения родов на	
		раскрытия	различных стадиях	
		шейки в родах	1 -	
		для влагалищ-	сти	
		ного исследо-		
		вания, Трена-		
		жер		
		Роженицы		
		· ·		
		Имитатор про-		
		цесса родов		
Б2.Б.1.1.4	Принципы	Фантом жен-		
	оперативного	ской промежно-		
	акушерства	сти для нало-		
		жения швов		
		Овладение на-		
		выками нало-		
		жения швов на		
===	_	промежности		
Б2.Б.1.1.2	Гинекология	Γ.		Зачёт
Б2.Б.1.1.2.	Основы анато-	Фантом женско-	Овладение знаниями	Зачет
1	мофизиологиче-	го таза со	анатомофизиологи-	
	ского строения	сменными па-	чекого строения	
	женских половых	тологиями жен-	женских половых ор-	
	органов	ских половых	ганов	
	opidilob			
	Политический	органов	05555000	Oaus-
Б2.Б.1.1.2.	Принципы диаг-	Фантомы гине-		Зачет
2	ностики гинеколо-	кологического	ми диагностики па-	
	гических заболе-	исследования	тологических со-	
	ваний	для обучения	стояний женских по-	
		навыкам диаг-	ловых органов	
		ностики пато-	'	
		логических		
		состояний (в		
		том числе мио-		
		мы матки,		
		кисты яичника,		
		,	<u> </u>	

OLICE
ачет
ачет
ачёт
í

1				
			терапии с учетом	
			объема поражения	
			при оказании первой	
			медицинской помо-	
			щи	
			8.Навык введения	
			препаратов:	
			-внутривенно	
			-внутривенно струй-	
			но (через катетер в	
			подключичной вене)	
			9. Навык организа-	
			ции при необходи-	
			мостипротивоэпиде-	
			мических мероприя-	
			тий	
			10. Навык согласо-	
			ванной работы в ко-	
			манде	
Б2.Б.1.3.2	Основы органи-	Манекены-	1.Навык обеспече-	
	зации оказания-	тренажеры,	ния свободной про-	
	Медицинской по-	фантомы. Фан-	•	
	мощи при неот-	том ГК или ма-		
	ложных и крити-	некен с воз-	ния искусственной	
	•		•	
	ческих состояни-	МОЖНОСТЬЮ	вентиляции легких	
	ях, внезапных за-	проведения	(далее - ИВЛ)	
	болеваниях	ИВЛ через рот,	•	
		имитацией	точки для компрес-	
		раздувания	сии ГК; ПКУ; техника	
		легких, под-		
		вижными шеей	4. Навык сочетания	
		и нижней челю-	ИВЛ и ЗМС при ба-	
		стью, сжимае-	зовой реанимации	
		мой ГК для от-	· ·	
		работки СЛЦР,	-	
		в том числе с	1	
		применением-	реанимации	
		дефибрилля-	6. Навык введения	
		ции. Электрон-		
		ный полнорос-	,	
		товый манекен		
		для отработки	l '	
		помощи при		
		кровотечении,	ванной работы в ко-	
		накладные му-	манде.	
		ляжи ран. Но-		
		силки. Шины		
		для фиксации		
		припереломах.		
		Ситуационные		
		задачи		
	<u> </u>	CAMA IVI	<u> </u>	

4. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ПРАКТИКИ

4.1. Сроки обучения: Первый, второй семестры обучения в ординатуре (в соответствии с учебным планом и календарным учебным графиком Программы)

4.2. Вид контроля: зачет (в соответствии с учебным планом основной программы)

4.2. Бид к	онтроля: зачет (в соответствии с учебным		и програ	
Код	Вид профессиональной деятельности	Место прохож- дения практики	Продол- житель- ность	Индекс компетен- ции
	Первый год обучения	Я		
Б2.Б.1.1	Методы обследования плода, беременной, роженицы, родильницы. Принципы неонатологической помощи	Иркутск, ул. Сурикова, дом 16. Ка- федра аку- шерства и ги- некологии	6 акад. час. 6 акад. час.	ПК- 5; ПК-6
	Принципы ведения родов	ИГМАПО – филиала РМАНПО,	18 акад. час.	
	Принципы оперативного акушерства	практикум №3	20 акад. час.	
Б2.Б.1.2	Основы анатомофизиологического строения женских половых органов	Иркутск, ул. Горького, дом 36. Кафедра	10 акад. час.	ПК- 5; ПК-6
	Принципы диагностики гинекологических заболеваний	акушерства и гинекологии ИГМАПО –	14 акад. час.	
	Принципы диагностики заболеваний мо- лочной железы	филиала РМАНПО, практикум №1	14 акад. час.	
	Принципы назначения контрацепции		12 акад. час.	
Б2.Б1.3	Принципы и основы оказания медицинской помощи при неотложных и критических состояниях, внезапных заболеваниях	Иркутск, мик- рорайон Юбилейный, дом 100, ка- бинет 410.	8 акад. час.	ПК – 7

4.3 Разделы программы практики и виды занятий

Код	Название раздела дисциплины	Название раздела дисциплины Кол-во часов/зач		Индексы форми-
		един	ниц	руемых компе-
		Практика	CP	тенций
Б2.Б.1.1.1	Методы обследования плода,	6	-	ПК – 5
	беременной, роженицы, ро-			
	дильницы.			
Б2.Б.1.1.2	Принципы неонатологической	6	-	ПК – 5,6
	помощи			
Б2.Б.1.1.3	Принципы ведения родов	14	4	ПК – 6
	• • •			

Б2.Б.1.1.4	Принципы оперативного аку-	10	10	ПК – 6
	шерства			
Б2.Б.1.2.1	Основы анатомофизиологи-	4	6	ПК – 5
	ческого строения женских по-			
	ловых органов			
Б2.Б.1.2.2	Принципы диагностики гине-	10	4	ПК – 5
	кологических			
	заболеваний			
Б2.Б.1.2.3	Принципы диагностики забо-	11	3	ПК – 5
	леваний молочной железы			
Б2.Б.1.2.4	Принципы назначения кон-	12		ПК – 6
	трацепции			
Б2.Б.1.3	Принципы и основы оказания	8		ПК – 7
	медицинской помощи при не-			
	отложных и критических			
	состояниях, внезапных забо-			
	леваниях			
Итого		81	27	

4.4. Самостоятельная работа

Принципы ведения родов (4 академических часа). Осовение навыка тазоизмерения и влагалищного исследования с определением раскрытия шейки матки.

Принципы оперативного акушерства (10 часов). Наложение швов и завязывание узлов на муляже. Приемы наложения акушерских щипцов и вакууум-экстрактора. Варианты акушерских пособий при затылочном и тазовом предлежании плода, дистоции плечиков.

Основы анатомофизиологического строения женских половых органов (6 часов). Навыки пальпации беременной матки с определением срока беременности в первом триместре, матки, пораженной патологическим процессом. Навыки пальпации патологически изменённых яичников.

Принципы диагностики гинекологических заболеваний (4 часа) и заболеваний молочной железы (3 часа). Навыки пальпаторного различия нормальной и патологически изменённной молочной железы. Алгоритм физикального осмотра половых органов.

5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

- **5.1.Текущий контроль** направлен на систематическую проверку выполнения заявленных в паспорте компетенций умений и навыков. Задача текущего контроля мониторинг процесса формирования умения или навыка, на основе указанного в паспорте компетенций количества запланированных действий.
- **5.2.Промежуточная аттестация** осуществляется в соответствии с учебным планом основной Программы. Задача промежуточной аттестации оценка сформированности умений, навыков и соответствующих компетенций. Для оценки сформированности профессиональных умений и навыков используются оценочные листы (чеклисты). Контроль и оценка сформированности универсальных и профессиональных компетенций осуществляется с использованием ситуационных задач и выполнения практических заданий. Формы и периоды промежуточной аттестации устанавливаются учебным планом основной Программы.

5.1.Текущий контроль

	5.1. гекущии контроль	T -	T_
Индекс компе- тенций	Умения, навыки, опыт деятельности	Запланиро- вано дейст-	Выполнено действий
KO		вий (количе-	(количест-
ekc Inŭ		ство)	во)
Индекс тенций			
	Умения:	4	4
	- проводить общее и специальное объективное об-		
	следование, оценку результатов лабораторно-		
	инструментальных методов исследования плода,		
	беременных, рожениц, родильниц и гинекологиче-		
	ских больных;		
	- оценивать физиологическое и патологическое те-		
	чение беременности, родов и послеродового перио-		
	DAS		
	-оценивать физиологическое и патологическое тече-		
	ние периода новорожденности; Навыки:		
	-алгоритмы диагностики отдельных заболеваний и		
	патологических состояний при беременности, родах		
	и послеродовом периоде у матери, плода, новорож-		
ις.	дённого;		
Ţ	Опыт деятельности:		
¥	-осуществление диагностической деятельности		
	Умения:	4	4
	- оценивать физиологические и патологические про-		
	цессы в женской половой системе вне беременно-		
	сти. Навыки:		
	-алгоритмы диагностики отдельных заболеваний и		
D.	патологических состояний в гинекологии.		
ı	Опыт деятельности:		
ПK	-осуществление диагностической деятельности		
	Умения:	4	4
	-определять врачебную тактику при физиологиче-		
	ском течении беременности, родов и послеродового		
	периода;		
	-определять врачебную тактику и лечение патологи- ческих состояний и заболеваний при беременности,		
	родах и послеродовом периоде;		
	-проводить лечение заболеваний и патологических		
	состояний плода и новорождённого;		
	-осуществлять акушерские пособия и операции при		
	беременности, в родах и послеродовом периоде;		
	Навыки:		
	-адекватность выбора и оптимальная реализация		
	врачебной тактики и способов лечения отдельных		
	акушерских осложнений, экстрагенитальных заболе-		
4.0	ваний при беременности, родах и послеродовом пе-		
9	риоде. Опыт деятельности:		
¥	опыт деятельности. - осуществление лечебной деятельности		
	20) HOURS IN TOURS HOUSE	J	J

	N/	1	
	Умения:	4	4
	- осуществлять лечение заболеваний и патологиче-		
	ских состояний в гинекологии;		
	-проводить предоперационную подготовку и ведение		
	послеоперационного периода у гинекологических		
	больных, прерывать беременность, применять диаг-		
	ностические манипуляции в гинекологии и методы		
	оперативного лечения гинекологических заболева-		
	ний;		
	-применять гормональную, внутриматочную, барь-		
	ерную, физиологическую, женскую хирургическую и		
	мужскую контрацепцию.		
	Навыки:		
	-адекватность выбора и оптимальная реализация		
	врачебной тактики и способов лечения отдельных		
40	гинекологических заболеваний.		
9	Опыт деятельности:		
□K –	- осуществление лечебной деятельности		
		4	4
	Умения:	4	4
	- проводить сердечно-лёгочную реанимацию;		
	- определять медицинские показания и выполнять		
	мероприятия по оказанию экстренной и неотложной		
	медицинской помощи, в том числе при чрезвычай-		
	ных ситуациях;		
	Навыки		
	- оказание реанимационной и хирургической помощи		
	при внезапном прекращении кровообращения, угро-		
	жающих жизни состояниях и заболеваниях;		
7	Опыт деятельности:		
	- Осуществление лечебной деятельности.		
¥	- Осуществление диагностической деятельности.		

5.2.Промежуточная аттестация

5.2.1.Контроль сформированности профессиональных умений и навыков с использованием оценочного листа (чек-листа)

Пример оценочного листа (чек-листа) контроля сформированности профессиональных умений и навыков ординатора

Симуляционное оборудование: акушерский муляж

Название	Этапы вы-	Элементы умения	Время, не-	Оценка	Примеча-
умения или	полнения	или навыка	обходимое		ние
навыка в	умения или		для выпол-		
соответст-	навыка		нения уме-		
вии с пас-			ния или на-		
портом ком-			выка		
петенций					

Название умения или навыка в соответст- вии с пас- портом ком- петенций	Этапы вы- полнения умения или навыка	Элементы умения или навыка	Время, не- обходимое для выпол- нения уме- ния или на- выка	Оценка	Примеча- ние
Оказание пособия по Цовьянову	1. До рождения плода до нижнего угла передней лопатки. 2.До рождения передней ручки. 3. До рождения задней ручки. 4.До рождения головки.	1. 4 пальца укладываются вдоль крестца плода, большие пальцы укладываются вдоль бедра плода. Туловище отклоняется вверх. 2. Ягодицы на себя, вверх и в сторону бедра роженицы соответствующего спинке. 3.Туловище плода поднимают вверх. 4.Туловище плода направляется вверх и на живот матери	Минуты	1 — элемент (этап) выполнения умения или навыка продемонстрирован правильно; 0 — элемент (этап) выполнения умения или навыка продемонстрирован сошибкой или совсем не продемонстрирован.	

Максимальное количество баллов: 4	
Набранное количество баллов:	

- 5.2.2.Примеры заданий, проверяющих практическую подготовку ординатора
- 1.Указать на муляже положение головки малым, большим сегментом во входе в малый таз, в широкой и узкой частях полости таза, в выходе таза.
 - 2. Наложить выходные / полостные акушерские щипцы.
 - 3.Наложить вакуум-экстрактор.
 - 4.Наложить кожно-шоловные щипцы.
 - 5.Провести краниотомию.
 - 6.Провести амниотомию.
 - 7.Провести эпизиотомию
 - 8. Наложить кожные узловые щвы.
 - 9.Завязать различными способами узел, в том числе на зажиме.
- 10.Определить срок беременности при влагалищном исследовании в первом триместре и наружными акушерскими приёмами во 2 и 3 триместре.
 - 11. Пропальпировать узловой образование в молочной железе.
- 12.Оказать реанимационную помошь новорождённому при гипоксии, взрослому при остановке сердечной деятельности.
 - 13.Оказать первую м/помощь при травме.

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕ-СКОЙ) ПРАКТИКИ

6.1. Учебно-методическая документация и материалы:

Отдельный файл «Материально-техническое обеспечение»

6.2. Литература

7.4.

Основная литература

- ➤ Гинекология: национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского, И. Б. Манухина. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 1008 с. (Серия "Национальные руководства") Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970467961.html (дата обращения: 10.01.2022).
- ➤ Акушерство: национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 1080 с. (Серия "Национальные руководства"). Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970466322.html (дата обращения: 10.01.2022).
- ➤ Дубровина, С. О. Неотложная помощь в гинекологии / Дубровина С. О. , Новиков Е. И. , Лапшин В. Н. , Василенко Л. В. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 144 с. Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453056.html (дата обращения: 10.01.2022).
- ➤ Каприна, А. Д. Маммология / под ред. А. Д. Каприна, Н. И. Рожковой М.: ГЭО-ТАР-Медиа, 2019. 496 с. (Серия "Национальные руководства"). Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450703.html (дата обращения: 10.01.2022).
- ▶ Серов, В. Н. Схемы лечения. Акушерство и гинекология / под ред. В. Н. Серова;
 ред. сост. И. И. Баранов. 3-е изд., испр. и доп. М. : Литтерра, 2021. 368 с. (Серия "Схемы лечения"). Текст: электронный // URL:
 https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423503659.html (дата обращения: 10.01.2022).
- ➤ Каган, И. И. Клиническая анатомия женского таза: иллюстрированный авторский цикл лекций / И. И. Каган; под ред. Г. Т. Сухих. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 152 с.: ил. 152 с. Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970459317.html (дата обращения: 10.01.2022).
- ➤ Манухин, И. Б. Гинекологическая эндокринология. Клинические лекции / И. Б. Манухин, Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян, Е. И. Манухина. 4-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 304 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970466742.html (дата обращения: 10.01.2022).
- ▶ Радзинский, В. Е. Клиническая фармакология. Акушерство. Гинекология. Бесплодный брак / под ред. В. Е. Радзинского, Е. В. Ших. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 432 с. Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460313.html (дата обращения: 10.01.2022).
- ➤ Шмаков, Р. Г. Анемия беременных / Р. Г. Шмаков, Г. Н. Каримова. М. : ГЭО-ТАР-Медиа, 2020. 160 с. Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455951.html (дата обращения: 10.01.2022).
- ➤ Крамарский, В.А. Послеродовые инфекционно-токсические осложнения: учеб. пособия/ В.А. Крамарский, Ю.В. Трусов, Т.В. Подкаменева; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. Иркутск, 2022. 72 с.
- ➤ Сверкунова, Н.Л. Подготовка организма беременной женщин к родам и родовозбуждение: учеб. пособие/ Н.Л. Сверкунова, В.А. Крамарский, В.Н. Дудакова; ИГ-МАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. Иркутск, 2022. 44 с.
- > Крамарский, В.А. Перинатальный подход в медицине как фактор сохранения здоровья и интеллектуального потенциала общества: учеб. пособие/ В.А. Крамарский,

- Т.В. Подкаменева, Ю.В. Трусов; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. Иркутск, 2022. 60 с.
- ▶ Дудакова, В.Н. Заболевания молочных желез: учеб. пособие/ В.Н. Дудакова, Н.В. Протопопова, Е.Б. Дружинина; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. 2-е изд., перераб. и доп.. Иркутск, 2022. 88 с.
- ▶ Дудакова, В.Н. Алгоритм оказания помощи в акушерско-гинекологической практике (послеродовое кровотечение, медикаментозное прерывание беременности): учеб. пособие/ В.Н. Дудакова, Н.В. Протопопова, Е.Б. Дружинина; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. Иркутск, 2021. 80 с.
- ➤ Крамарский, В.А. Принципы деонтологии в современном акушерстве и гинекологии: учеб. пособие/ В.А. Крамарский, Ю.В. Трусов; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. Иркутск, 2021. 52 с.
- ➤ Протопопова, Н.В. Пренатальная диагностика и оценка состояния плода у беременных группы высокого риска: учеб. пособ./ Н.В. Протопопова, В.Н. Дудакова, Н.Н. Бондаренко; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. Иркутск, 2020. 68 с.
- ▶ Крамарский, В.А. Почечно-печеночный синдром как осложнение беременности: учеб. пособ./ В.А. Крамарский, Н.И. Файзуллина; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. Иркутск, 2020. 64 с.

Дополнительная литература

- ➤ Стандарты медицинской помощи. Репродуктивная эндокринология/ Сост. А.С. Дементьев, Сост. Н.И. Журавлева, Сост. С.Ю. Кочетков, Сост. Е.Ю. Чепанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 336 с. (Стандарты медицинской помощи).
- **Стандарты медицинской помощи.** Акушерство и гинекология/ Сост. А.С. Дементьев, Сост. И.Ю. Дементьева, Сост. С.Ю. Кочетков, Сост. Е.Ю. Чепанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 992 с. (Стандарты медицинской помощи).
- **Руководство по амбулаторно-поликлинической** помощи в акушерстве и гинекологии/ Ред. В.Н. Серов, Ред. Г.Т. Сухих, Ред. В.Н. Прилепская, Ред. В.Е. Радзинский. 3-е изд., перераб. и доп.. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 1136 с.
- **Петрос, П.** Женское тазовое дно. Функции, дисфункции и их лечение в соответствии с Интегральной теорией: [практ. рук.]/ П. Петрос; пер. с англ. М.: МЕДпрессинформ, 2016. 400 с.: ил
- ▶ Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии. Диагностика и лечение: пер. с англ./ Ред. М. Пирлман, Ред. Дж. Тинтиналли, Ред. П. Дин, Ред. М.А. Курцер. М.: Бином. Лаборатория знаний, 2018. 499 с.: ил. (Неотложная медицина)
- **≻ Национальное руководство. Маммология**/ Ред. А.Д. Каприн, Ред. Н.И. Рожкова. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 496 с. (Национальные руководства)
- **Клинические лекции по** акушерству/ Ред. Ю.Э. Доброхотова, Ред. О.В. Макаров. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР Медицина, 2017. 544 с.: ил
- ▶ Древаль, А.В. Репродуктивная эндокринология: рук. для врачей/ А.В. Древаль.
 М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 240 с.: ил
- **▶ Доброхотова, Ю.Э.** Миома матки: [рук.]/ Ю.Э. Доброхотова, Д.М. Ибрагимова, Л.В. Сапрыкина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 96 с.: ил
- **Анестезия, интенсивная терапия** и реанимация в акушерстве и гинекологии: клинические рекомендации. Протоколы лечения / Ред. А.В. Куликов, Ред. Е.М. Шифман. М.: Медицина, 2016. 472 с.
- ▶ Дикке, Г. Б. Медикаментозный аборт в амбулаторной практике / Г. Б. Дикке. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 384 с.: ил. 384 с. Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457627.html (дата обращения: 10.01.2022).
- ▶ Доброхотова, Ю. Э. Плацентарная недостаточность. Современный взгляд / Доброхотова Ю. Э. , Джохадзе Л. С. , Кузнецов П. А. , Козлов П. В. М.: ГЭОТАР-

- Медиа, 2019. 64 с. Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970449493.html (дата обращения: 10.01.2022).
- ➤ Каприн, А. Д. Мастопатии / под ред. Каприна А. Д., Рожковой Н. И. М.: ГЭО-ТАР-Медиа, 2019. 320 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста"). Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448649.html (дата обращения: 10.01.2022).
- ➤ Мравян, С. Р. Заболевания сердца у беременных / С. Р. Мравян, В. А. Петрухин, С. И. Федорова, В. П. Пронина. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 416 с. Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457161.html (дата обращения: 10.01.2022).
- ➤ Озолиня, Л. А. Венозные тромбоэмболические осложнения в акушерстве и гинекологии / Л. А. Озолиня, С. Б. Керчелаева, И. А. Лапина, О. В. Макаров. 2-е изд., испр. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 288 с. Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456514.html (дата обращения: 10.01.2022).
- ➤ Ультразвуковая дифференциальная диагностика в акушерстве и гинекологии: пер. с англ./ Р. Биссет, Д.-э- Саббих, Н.Б. Томас, А.Н. Хан; Ред. А.Н. Сенч. М.: МЕДпресс-информ, 2018. 344 с.: ил
- **Холин А.В.** Тазовые боли у женщин. Дифференциальная диагностика лучевыми методами/ А.В. Холин. М.: МЕДпресс-информ, 2018. 56 с.: ил.
- ➤ Трусов, Ю.В. Диагностика и лечение доброкачественной дисплазии молочной железы: учеб. пособ./ Ю.В. Трусов; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. Иркутск, 2020. 96 с.
- ▶ Трусов, Ю.В. Инфицирование околоплодных вод: учеб. пособие/ Ю.В. Трусов, В.А. Крамарский; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. Иркутск, 2021. 44 с.
- ➤ Трусов, Ю.В. Пассаж мекония в амниотическую жидкость. Эмболия околоплодными водами: учеб. пособие/ Ю.В. Трусов, В.А. Крамарский; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. Иркутск, 2021. 48 с.
- ▶ Трусов, Ю.В. Патология объема околоплодной среды: практ. пособие/ Ю.В. Трусов, В.А. Крамарский; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. Иркутск, 2021. 44 с.
- ▶ Трусов, Ю.В. Регуляция и измерение объёма околоплодных вод: учеб. пособие/ Ю.В. Трусов, В.А. Крамарский; ИГМАПО - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. - Иркутск, 2021. - 48 с.
- ➤ Ультразвуковой мониторинг беременных и рожениц: учеб. пособие/ Т.В. Толстикова, Ю.В. Трусов, С.Г. Ковальчук, Е.Н. Усольцева; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. Иркутск, 2021. 52 с.: ил.
- ▶ Файзуллина, Н.И. Современные представления о микробиоте влагалища: учеб. пособие/ Н.И. Файзуллина, В.А. Крамарский, Ю.В. Трусов; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. Иркутск, 2021. 56 с.
- ➤ Трусов, Ю.В. Морфологические изменения плаценты при уточнении акушерского диагноза: монография/ Ю.В. Трусов, В.А. Крамарский; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ. Иркутск, 2020. 100 с.
- ➤ Крамарский, В.А. Особенности проявления преэклампсии и состояния новорожденных в северных районах Восточной Сибири: монография/ В.А. Крамарский, А.А. Петухов; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. Иркутск, 2019. 128 с.
- ➤ Бесплодие: учеб. пособ./ В.Н. Дудакова, Н.В. Протопопова, Е.Б. Дружинина, К.В. Крылова; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. Иркутск, 2019. 80 с.
- > Алгоритм действия при акушерских кровотечениях (по протоколу) и органосохраняющие технологии персонифицированного подхода при массивных послеродо-

вых кровотечениях: учеб. пособие/ Н.Л. Сверкунова, В.А. Крамарский, Л.В. Хышиктуев, Н.И. Файзуллина; Иркут. гос. мед. акад. последипл. образов. - Иркутск, 2018. - 52 с.

- > Дудакова, В.Н. Заболевания молочных желез: учеб. пособие/ В.Н. Дудакова, Н.В. Протопопова, Е.Б. Дружинина; Иркут. гос. мед. акад. последипл. образов. Иркутск, 2018. 84 с.
- ➤ Крамарский, В.А. Особенности проявления преэклампсии и состояния новорожденных в северных районах Восточной Сибири: монография/ В.А. Крамарский, А.А. Петухов; ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. Иркутск, 2019. 128 с.
- ▶ Апгар Б.С. Клиническая кольпоскопия: практ. рук.: пер. с англ/ Б.С. Апгар, Г.Л. Броцман, М. Шпицер. М.: Практ. медицина, 2015. 384 с.: ил
- ➤ Клинические лекции по акушерству/ Ред. Ю.Э. Доброхотова, Ред. О.В. Макаров.- 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР Медицина, 2017. 544 с.: ил
- ➤ Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология: протоколы лечения/ Сост. Л.В. Адамян, Сост. В.Н. Серов, Сост. Г.Т. Сухих, Сост. О.С. Филиппов. М.: Медиа Сфера, 2016. 472 с
- ≻ Национальное руководство. Маммология/ Ред. А.Д. Каприн, Ред. Н.И. Рожкова.
 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 496 с. (Национальные руководства)
- ➤ Сахарный диабет и беременность. Гестационный сахарный диабет: практ. пособие/ М.В. Березина, Т.П. Бардымова, М.В. Мистяков, Г.П. Ягельская; Иркут. гос. мед. акад. последипл. образов. Иркутск, 2016. 44 с
- ➤ Стандарты медицинской помощи. Акушерство и гинекология/ Сост. А.С. Дементьев, Сост. И.Ю. Дементьева, Сост. С.Ю. Кочетков, Сост. Е.Ю. Чепанова. М.: ГЭО-ТАР-Медиа, 2016. 992 с. (Стандарты медицинской помощи)
- ➤ Баггиш Майкл С. Атлас анатомии таза и гинекологической хирургии: пер. с англ./ Майкл С. Баг-гиш, Микки М. Каррам. Лондон: Elsevier Ltd., 2009. 1184 с.: ил
- ▶ Бауэр Г. Цветной атлас по кольпоскопии: пер. с нем./ Г. Бауэр; Ред. С.И. Роговская. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 288 с.: ил
- ▶ Диагностика и лечение в гинекологии. Проблемный подход: пер. с англ./ М. Рис, С. Хоуп, М.К. Охлер и др; Ред. пер. В.Н. Прилепская. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 320 с
- ➤ 4.Атлас по ультразвуковой диагностике в акушерстве и гинекологии: пер. с англ./ Питер М. Дубиле, Кэрол Б. Бенсон; Ред. пер. В.Е. Гажонова. М.: МЕД-прессинформ, 2007. 328 с: ил
- > Жиляев Н.И. Акушерство: фантомный курс/ Н.И. Жиляев, Н.Н. Жиляев, В.В. Сопель. Киев: Книга плюс, 2002. 236 с
- ➤ Кокрановское руководство: Беременность и роды: пер. с англ./ Дж.Ю. Хофмейер, Дж.П. Нейлсон, З. Алфиревич, К.А. Кроутер; Ред. Г.Т. Сухих. М.: Ло-госфера, 2010. 440 с.: ил. Экземпляры: всего:2 ЧЗ(1), АБ(1)
- ➤ Национальное руководство. Акушерство/ Ред. Э.К. Айламазян, Ред. В.И. Кулаков, Ред. В.Е. Радзинский, Ред. Г.М. Савельева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 1200 с. (Национальные руководства)
- ▶ Национальное руководство. Гинекология/ Ред. В.И. Кулаков, Ред. И.Б. Манухин, Ред. Г.М. Савельева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 1072 с. (Национальные руководства)
- ▶ Национальное руководство. Маммология/ Ред. В.П. Харченко, Ред. Н.И. Рожкова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 328 с. (Национальные руководства)
 - Экземпляры: всего:5 Ч3(1), АБ(4)
- Рациональная фармакотерапия в акушерстве, гинекологии и неонатологии: рук. для практ. врачей. Т. 2. Гинекология/ Ред. В.Н. Серов, Ред. Г.Т. Сухих. 2-е изд., испр.

и доп. - М.: Литтерра, 2010. - 736 с. - (Рациональная фармакоте-рапия: серия рук. для практ. врачей. Т. IX).

Информационные ресурсы:

- ➤ Электронная полнотекстовая библиотека ИГМАПО http://lib.igmapo.ru/cgibin/irbis64r_15/cgiirbis_64.exe?LNG=&C21COM=F&I21DBN=DIGOU&P21DBN=DIGOU&S 21FMT=&S21ALL=&Z21ID=&S21CNR= (доступ с сайта ИГМАПО);
- ➤ Электронный каталог книг HMБ ИГМАПО (http://lib.igmapo.ru/cgibin/irbis64r 13/cgiirbis 64.exe?C21COM=F&I21DBN=IBIS EX&P21DBN=IBIS); (доступ с сайта ИГМАПО);
- ➤ Электронный каталог диссертаций и авторефератов диссертаций (http://lib.igmapo.ru/cgi-

<u>bin/irbis64r 13/cgiirbis 64.exe?C21COM=F&I21DBN=IBIS EX&P21DBN=IBIS</u>); (доступ с сайта ИГМАПО);

- ➤ Собрание электронных изданий ИГМАПО (Информрегистр) (http://lib.igmapo.ru/cgi-
- bin/irbis64r 13/cgiirbis 64.exe?C21COM=F&I21DBN=IBIS EX&P21DBN=IBIS); (доступ с сайта ИГМАПО);
- ➤ База данных «Труды сотрудников ИГМАПО/ИГИУВ 1979-2018гг.» (http://lib.igmapo.ru/cgi-

bin/irbis64r_13/cgiirbis_64.exe?C21COM=F&I21DBN=IBIS_EX&P21DBN=IBIS); (доступ с сайта ИГМАПО);

- ➤ Доступ к ЭБС издательства ГЭОТАР-Медиа "Консультант врача" http://www.rosmedlib.ru;
 - Научная электронная библиотека e-library (<u>https://elibrary.ru</u>);
- ➤ Доступ к электронным ресурсам компании Elsevier и международного научного издательства Springer Nature в рамках договора с РФФИ(доступ через сайт РМАНПО);
- > Scopus крупнейшая в мире база данных рефератов и цитирования издательства Elsevier https://www.elsevier.com/ (доступ через сайт РМАНПО);
 - Доступ к «Национальной электронной библиотеке» (НЭБ) ФГБУ РГБ;
 - ➤ Доступ к базе данных ООО «ПОЛПРЕД Справочники» (<u>www.Polpred.com</u>);
- ➤ Доступ к Электронному периодическому справочнику «Система ГАРАНТ» (ло-кальный доступ);
- ➤ Доступ к Электронному периодическому справочнику «КонсультантПлюс» (ло-кальный доступ);
 - Межбиблиотечный абонемент ЦНМБ МГМУ им. Сеченова;
- ➤ Межбиблиотечный абонемент Иркутской областной научной универсальной библиотеки им. Молчанова-Сибирского;
- ➤ Министерство образования и науки Российской Федерации (https://минобрнауки.pф);
- ▶ Федеральная служба по надзору в сфере образования и науки (<u>obrnadzor.gov.ru</u>);
 - Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru/);
- ▶ Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru);
- ▶ Федеральный центр информационно-образовательных ресурсов (http://fcior.edu.ru/);
 - Электронные библиотечные системы и ресурсы (tih.kubsu.ru);
- ▶ Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) (http://www.femb.ru);
- ➤ Профессиональный информационный ресурс для специалистов в области здравоохранения «Consilium Medicum» http://conmed.ru/magazines/consilium medicum/.

6.3. Кадровое обеспечение реализации рабочей программы

о.з.кадровое обеспечение реализации				раоочен программы	
Nº п/п	Код разде- ла, темы рабочей программы	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, ученое звание	Основное место работы, долж- ность	Место рабо- ты и долж- ность по со- вместитель- ству
1	Б2.Б.1.1 Б2.Б.1.2 Б2.Б.1.3	Дудаков В.Н.	Канди- дат ме- дицин- ских на- ук, до- цент	ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, кафедра акушерства и гинекологии	нет
2	Б2.Б.1.1 Б2.Б.1.2 Б2.Б.1.3	Трусов Юрий Викто- рович	Канди- дат ме- дицин- ских на- ук, до- цент	ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, кафедра акушерства и гинекологии, доцент ка- федры	нет
3	Б2.Б.1.1 Б2.Б.1.2 Б2.Б.1.3	Файзуллина Ната- лья Ильдусовна	Канди- дат ме- дицин- ских наук	ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, кафедра акушерства и гинекологии, ассистент кафедры	нет