

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Программу составил(и): зав. кафедрой лечебного факультета, д.м.н., профессор С.П. Синчихин, д.м.н., профессор О.Б. Мамиев, зав. кафедрой, д.м.н., доцент Л.В. Дикарева, д.м.н., профессор Е.Г. Шварев, к.м.н., доцент Л.В. Удодова, к.м.н., асс. П.П. Горелов, к.м.н., асс. М.А. Кузьмина, асс. Н.А. Власова., асс. А.А. Сувернева. |
|  |
|  |  |
| Рецензент: профессор И.А. Салов (г. Саратов), зав.кафедрой акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО ВолГМУ, д.м.н., профессор Н.А. Жаркин. |
|  |
| Рабочая программа дисциплины |  |
| **Физиология и патология беременности** |
|  |
| Составлена на основании учебного плана ординатуры |  |
| ОЧНАЯ ФОРМА ОБУЧЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНОСТЬ "Акушерство и гинекология" |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|

|  |
| --- |
| **1.ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ** |

***Цель*** изучения дисциплины – формирование у врачей – ординаторов системы знаний о физиологическом течении беременности, ведение беременности по триместрам, подготовке беременных к родам, меоприятиях по антенатальной охране плода. Выявление факторов риска, диагностике и определению тактики ведения при патологическом течении беременности, основных и дополнительных методах обследования беременных, современных подходах (в том числе и высокотехнологичных) к лечению, организации и оказании неотложной акушерской помощи.

***Задачи:***

* оказание квалифицированной акушерско-гинекологической помощи населению согласно диагностическим и лечебным стандартам;
* проведение лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение осложнений беременности;
* оказание женщинам социально-правовой помощи в соответствии с законодательством об охране здоровья матери и ребенка;
* внедрение в практику работы современных методов профилактики, диагностики и лечения беременных женщин;
* внедрение передовых форм и методов стационарной акушерско-гинекологической помощи.

|  |
| --- |
| **2.МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПОСЛЕВУЗОВСКОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ (ОРДИНАТУРЫ)** |

Дисциплина «Физиология и патология беременности» относится к циклу специальных дисциплин, изучается в II семестре.

Основные знания, необходимые для изучения дисциплины формируются: при получении высшего профессионального образования по специальности «акушерство и гинекология» на цикле обязательных, специальных, смежных и фундаментальных дисциплин.

|  |
| --- |
| **3.ТРЕБОВАНИЯ К УРОВНЮ ОСВОЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ** |

Процесс изучения дисциплины направлен на формирование у ординатора:

* необходимого уровня знаний по физиологическому течению беременности, основ законодательства по охране здоровья матери и ребенка, санитарно-просветительной работе;
* способности овладения достаточным объемом практических навыков и умений, лечебно-диагностическими процессами для оказания профессиональной медицинской помощи в полном объеме;
* умением выделить группы риска беременных женщин, угрожаемых по патологическому течению беременности и ее осложнений, назначить адекватное лечение в соответствии с поставленным диагнозом, определить методы профилактики;
* умение интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования;

В результате изучения дисциплины ординатор должен

 **Знать:**

– Основы медицинского страхования.

– Законодательство по охране труда женщин.

– Врачебно-трудовую экспертизу в акушерской и гинекологической практике.

– Отраслевые стандарты объемов обследования и лечения в акушерстве, гинекологии и перинатологии.

– Показатели и структуру материнской, перинатальной и младенческой смертности в стране, регионе, своем ЛПУ, мероприятия по их снижению.

– Регуляцию, физиологию и патологию репродуктивной функции женщины. Виды ее нарушений.

– Физиологию и патологию беременности, родов и послеродового периода. Группы риска. Мероприятия по профилактике осложнений.

- Основные изменения в системах организма, возникающие при физиологической беременности. Течение и ведение беременности по триместрам. Антенатальная охрана плода.

- Патогенетические основы развития осложнений беременности, методы диагностики, лечения, профилактики.

– Структуру акушерско-гинекологической заболеваемости, мероприятия по ее снижению.

– Основы патогенетического подхода при проведении терапии и профилактики акушерско-гинекологической патологии.

– Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции.

– Возрастные периоды развития женщины, основные анатомические и функциональные изменения органов репродуктивной системы в возрастном аспекте.

- Основы топографической анатомии областей тела и, в первую очередь, передней брюшной стенки, брюшной полости, забрюшинного пространства,малоготаза,урогенитальной области.Основные вопросы нормальной и патологической физиологии у здоровой женщины и при акушерско-гинекологической патологии.

- Основы патогенетического подхода при проведении терапии и профилактики акушерско-гинекологической патологии.

– Причины возникновения патологических процессов в организме женщины, механизмы их развития и клинические проявления.

– Общие и специальные методы исследования в акушерстве и гинекологии (в том числе и УЗИ).

– Основы фармакотерапии в акушерстве и гинекологии, влияние лекарственных препаратов на плод и новорожденного.

– Новые современные методы профилактики и лечения в акушерстве и гинекологии, а также методы планирования семьи.

– Вопросы временной и стойкой утраты трудоспособности, врачебно-трудовой экспертизы в акушерстве и гинекологии.

– Организацию и проведение диспансеризации женщин, анализ ее эффективности.

– Показания к госпитализации беременных женщин.

– Определение понятий "этика", "деонтология", "медицинская деонтология", "ятрогенные заболевания", риск возникновения ятрогенных заболеваний в акушерско-гинекологической практике.

- Основы клинической фармакологии, фармакокинетики и фармакотерапии во время беременности. Действие лекарственных препаратов, применяемых во время беременности, на плод и новорожденного.

 **Уметь:**

Организовать лечебно-диагностический процесс и проведение профилактических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях, в стационаре в объеме, предусмотренном квалификационной характеристикой врача акушера-гинеколога.

– Получить информацию о течении настоящей беременности, а также течении и исходах предыдущих беременностей и родов. Уметь точно прогнозировать исходы беременности и родов.

– Выявить факторы риска развития той или иной акушерской и гинекологической патологии, организовать проведение мер профилактики.

– Выявить противопоказания к беременности и родам. Оформить медицинскую документацию на прерывание беременности. Провести реабилитацию после прерывания беременности.

– Решить вопрос о трудоспособности пациентки.

– Вести медицинскую документацию и осуществлять преемственность между ЛПУ.

– Проводить профилактику непланируемой беременности.

– Осуществлять диспансеризацию и оценивать ее эффективность.

– Проводить санитарно-просветительную работу по пропаганде здорового образа жизни, предупреждению развития акушерской патологии и гинекологической заболеваемости.

– Применять правила этики, деонтологии при проведении лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий, в том числе после операций удаления органов репродуктивной системы.

– Использовать методы определения и оценки физического развития девочки, девушки, женщины.

– Определить показания и противопоказания к назначению лекарственных средств во время беременности.

– Определить показания и противопоказания к назначению физиотерапевтических

процедур, а также санаторно-курортного лечения.

**Владеть:**

**-**Правовыми и законодательными основами деятельности врача по специальности.

-Методами определения и оценки функционального состояния женского организма.

**-**Алгоритмом постановки диагноза.

**-**Современными методами лечения, фармакотерапии, клинических исследований, профилактики и реабилитации.

4. **СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Тема1.** Выявление факторов риска. Динамика наблюдения. Диагностика, профилактика, лечение, реабилитация.Ранние токсикозыЛечениеПоказания к прерыванию беременностиГестозыКлассификация (международная, отечественная)Оценка степени тяжести гестозаЭтиология, патогенезКлиника, диагностикаЛечение, тактика врачаКритические формы гестозаПреэклампсияЭклампсияОстрый жировой гепатозHellp-синдромОстрая органная недостаточностьЛечение.**Тема 2.** Невынашивание беременностиОсновные причины невынашивания беременности по триместрам её развитияКлиника, диагностикаЛечение, профилактика, реабилитацияПривычное невынашиваниеЭндокринные нарушения (гиперандрогении)Дифференцированная, патогенетически обоснованная терапияПреждевременные родыТечение и ведение преждевременных родовВарианты аномалий родовой деятельности: быстрые и затяжные родыПрофилактика и лечение преждевременных родовТоколитики. Показания, методика применения, осложнения, противопоказания. Профилактика респираторного дистресс-синдромаВедение недоношенной беременности при излитии вод. Токолиз.Подготовка к беременности женщин с невынашиванием различногогенезаГормональныйИнфекционныйПороки развития маткиВнутриматочные синехииИстмико-цервикальная недостаточность**Тема 3.** Перенашивание беременностиОсновные причины со стороны матери, плода и плацентыСтепени перенашивания, влияние на плодТипичные осложнения. Синдром переношенной беременности и запоздалых родовДиагностикаМетоды срочной подготовки шейки матки к родамМетоды родовозбужденияТечение и ведение запоздалых родов в зависимости от степени перенашиванияМетоды родоразрешенияПрофилактика и лечение осложненийПереношенный новорожденный. Осложнения. Профилактика.Влияние на дальнейшее развитие ребенка **Тема 4.** Многоплодная беременностьФакторы развития многоплодной беременностиНаследственныеГиперпролактинемияГиперстимуляция яичников при ЭКО. ОсложненияОсобенности течения и ведения многоплодной беременностиМетоды родоразрешения.**Тема 5.** Беременность и доброкачественные заболевания органовмалого тазаБеременность и доброкачественные заболевания шейки маткиБеременность и миома маткиОсобенности миомы (простая, пролиферирующая)Противопоказания к беременностиТечение и ведение беременности в I – II – III триместрах беременностиВлияние беременности на миому и миомы матки на течение беременностиМетоды родоразрешения. Показания к плановому кесареву сечениюПоказания к расширению объема операции (миомэктомия, надвлагалищная ампутация матки, экстирпация матки)Особенности ведения через естественные родовые путиБеременность и доброкачественные опухоли яичников**Тема 6.** Перинатальная охрана плода и новорожденногоАнтенатально повреждающие факторыГипоксия плодаДиагностика, лечениеПрофилактика. Факторы рискаСиндром задержки развития плодаФормы и степениДиагностика и лечениеПрофилактика у беременныхВрожденные пороки развития плода. Виды. Патогенез. ДиагностикаПоказания к досрочному прерыванию беременностиАсфиксия плода и родовая травма новорожденногоДиагностикаРеанимация доношенных и недоношенных новорожденныхОказание неотложной помощиВнутриутробное инфицирование плодаЧастота, причины, патогенез, пренатальная диагностика.Особенности отдельных нозологических формСПИД. Врожденный сифилис. Быстрые скрининговые методы диагностики. Профилактика.Физиология и патология периода новорожденности. Синдром дыхательных расстройств, гнойно-септические заболевания. Клиника, диагностика, лечение и профилактика.**Тема 7.** Плацентарная недостаточностьКлассификацияДиагностикаУльтразвуковая фетометрияПлацентографияКардиотокографияДопплерометрическая оценка кровотока в сосудах матери и плодаОценка количества околоплодных водПрофилактика. Лечение. Родоразрешение в зависимости от степени тяжести. Методы родо-разрешенияПреемственность акушеров-гинекологов, неонатологов, педиатров, в коррекции нарушений состояний плода и новорожденного. Реабилитация ребенка.**Тема 8.** Изосерологическая несовместимость крови матери и плодаДиспансерные группы наблюдения в женской консультацииНесенсибилизированныеСенсибилизированные, но без признаков нарушения состояния плодаГемолитическая болезнь плодаДиагностика. Ведение беременности и родовНеспецифическая и специфическая прфилактика резус сенсибилизации. МетодикаВремя проведенияПоказанияУсловия**Тема 9.** Нарушения системы гемостаза у беременных.Наследственные дефекты гемостазаНаследственные тромбоцитопатииАнтифосфолипидный синдромПатогенезКлассификацияКлиника. ДиагностикаТечение беременностиТечение родов и послеродового периодаВлияние на плодЛечение АФС во время беременности и после родов**Тема 10.** Первые поздние роды (30 лет и старше)Факторы рискаОсобенности течения и ведения беременности и родовОсложнения, профилактикаПоказания к кесареву сечению**Тема 11.** Течение беременности и родов у несовершеннолетних | **Код занятия** ОД.О.01.7.1ОД.О.01.7.1.1ОД.О.01.7.1.2ОД.О.01.7.1.3 ОД.О.01.7.1.4ОД.О.01.7.1.4.1ОД.О.01.7.1.4.2ОД.О.01.7.1.4.3 ОД.О.01.7.1.4.4ОД.О.01.7.1.4.5ОД.О.01.7.1.5ОД.О.01.7.1.5.1ОД.О.01.7.1.5.2ОД.О.01.7.1.5.3ОД.О.01.7.1.5.4ОД.О.01.7.1.6.ОД.О.01.7.1.6.1ОД.О.01.7.2.ОД.О.01.7.2.1.ОД.О.01.7.2.1.1ОД.О.01.7.2.1.2ОД.О.01.7.2.2ОД.О.01.7.2.2.1ОД.О.01.7.2.2.2ОД.О.01.7.2.3.ОД.О.01.7.2.3.1ОД.О.01.7.2.3.2ОД.О.01.7.2.3.4ОД.О.01.7.2.3.5ОД.О.01.7.2.4.ОД.О.01.7.2.5.ОД.О.01.7.2.5.1.ОД.О.01.7.2.5.2ОД.О.01.7.2.5.3ОД.О.01.7.2.5.4ОД.О.01.7.2.5.5ОД.О.01.7.3.ОД.О.01.7.3.1. ОД.О.01.7.3.2ОД.О.01.7.3.3ОД.О.01.7.3.3.1 ОД.О.01.7.3.3.2ОД.О.01.7.3.3.3 ОД.О.01.7.3.4.ОД.О.01.7.3.4.1 ОД.О.01.7.3.4.2ОД.О.01.7.3.4.3ОД.О.01.7.4ОД.О.01.7.4.1 ОД.О.01.7.4.1.1ОД.О.01.7.4.1.2ОД.О.01.7.4.1.3 ОД.О.01.7.4.2 ОД.О.01.7.4.3ОД.О.01.7.5ОД.О.01.7.5.1ОД.О.01.7.5.2ОД.О.01.7.5.2.1ОД.О.01.7.5.2.2 ОД.О.01.7.5.2.3ОД.О.01.7.5.2.4ОД.О.01.7.5.2.5ОД.О.01.7.5.2.6ОД.О.01.7.5.3.ОД.О.01.7.6.ОД.О.01.7.6.1ОД.О.01.7.6.2ОД.О.01.7.6.2.1ОД.О.01.7.6.2.2ОД.О.01.7.6.3ОД.О.01.7.6.3.1ОД.О.01.7.6.3.2ОД.О.01.7.6.3.3ОД.О.01.7.6.4ОД.О.01.7.6.4.1ОД.О.01.7.6.4.2ОД.О.01.7.6.5.ОД.О.01.7.6.5.1ОД.О.01.7.6.5.2ОД.О.01.7.6.5.3ОД.О.01.7.6.6ОД.О.01.7.6.6.1ОД.О.01.7.6.6.2ОД.О.01.7.6.7ОД.О.01.7.6.8ОД.О.01.7.7.ОД.О.01.7.7.1ОД.О.01.7.7.2ОД.О.01.7.7.2.1 ОД.О.01.7.7.2.2ОД.О.01.7.7.2.2ОД.О.01.7.7.2.3ОД.О.01.7.7.2.4ОД.О.01.7.7.3.ОД.О.01.7.7.4.ОД.О.01.7.7.5.ОД.О.01.7.8ОД.О.01.7.8.1ОД.О.01.7.8.1.1ОД.О.01.7.8.1.2ОД.О.01.7.8.1.3ОД.О.01.7.8.2ОД.О.01.7.8.3ОД.О.01.7.8.3.1ОД.О.01.7.8.3.2ОД.О.01.7.8.3.3ОД.О.01.7.8.3.4ОД.О.01.7.9.ОД.О.01.7.9.1. ОД.О.01.7.9.1.1ОД.О.01.7.9.1.2 ОД.О.01.7.9.1.2.1 ОД.О.01.7.9.1.2.2ОД.О.01.7.9.1.2.3ОД.О.01.7.9.1.2.4ОД.О.01.7.9.1.2.5ОД.О.01.7.9.1.2.6ОД.О.01.7.9.1.2.7ОД.О.01.7.10.ОД.О.01.7.10.1ОД.О.01.7.10.2ОД.О.01.7.10.3ОД.О.01.7.10.4ОД.О.01.7.11 | ЛитератураЛ1.1;Л1.2;Л1.3;Л2.1;Л2.2;Л2.3Л3.1Л3.2Л1.1;Л1.2;Л1.3;Л2.1;Л2.2;Л2.3Л3.1    Л1.1;Л1.2;Л1.3;Л2.1;Л2.2;Л3.1;Л3.2  Л1.1;Л1.2;Л1.3;Л2.1;Л2.2;Л3.1;Л3.2 Л2.1;Л2.2;Л3.1;Л3.2 Л1.1;Л1.2;Л1.3;Л2.1;Л2.2;Л3.1;Л3.2 Л1.1;Л1.2;Л1.3;Л2.1;Л2.2;Л3.1;Л3.2 Л1.1;Л1.2;Л1.3;Л2.1;Л2.2;Л3.1;Л3.2 Л1.1;Л1.2;Л1.3;Л2.1;Л2.2;Л3.1;Л3.2 Л1.1;Л1.2;Л1.3;Л2.1;Л2.2;Л3.1;Л3.2  | Лек/ч2211122211 | Пр/ч10,510,510,510,510,510,510,510,510,51010 | Ср/ч66555557755 |

|  |
| --- |
| **5.ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ** |

Методика преподавания дисциплины «Физиология и патология беременности» предусматривает чтение лекций, проведение практических занятий, самостоятельную работу ординатора.

По изучаемой дисциплине установлен перечень обязательных видов работы ординатора, включающий:

* Посещение лекционных занятий
* Решение практических задач и заданий на практическом занятии
* Выполнение контрольных работ
* Работа на фантомах.

Текущий и промежуточный контроль успеваемости ординатора по дисциплине осуществляется преподавателем путем устного и письменного опроса. Итоговый контроль успеваемости врача-ординатора включает в себя теоретический зачет по дисциплине.

Практические занятия проводятся в строгом соответствии с методическими указаниями для ординаторов и преподавателей.

Самостоятельная работа с использованием дистанционных образовательных технологий может предусматривать: чтение учебника, первоисточника, учебного пособия, лекции, презентации ит.д., составление плана текста, графическое изображение структуры текста, конспектирование текста, выписки из текста, работы со словарями, справочниками; ознакомление с нормативными документами; учебно-исследовательскую работу.

Для формирования умений: решение задач, и упражнений по образцу; решение вариативных задач и упражнений, выполнение схем, заполнение форм, решение ситуационных задач, подготовка к деловым играм, проектирование и моделирование различных видов и компонентов профессиональной деятельности, полученные знания и умения необходимы специалисту в его дальнейшей деятельности.

|  |
| --- |
| **6.ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ ,ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ИТОГАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ** |

Устный и письменный опрос, тестовый контроль, задачи по теме.

**1.    Объективное исследование беременной или роженицы начинается с:**
1)    пальпации живота
2)    аускультации живота
3)    измерения окружности таза
4)    объективного обследования по системам

**2.    Положение плода - это:**
1)    отношение спинки плода к сагиттальной плоскости
2)    отношение спинки плода к фронтальной плоскости
3)    отношение оси плода к продольной оси матки
4)    взаимоотношение различных частей плода

**3.    Правильным является членорасположение, когда:**
1)    головка разогнута, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобедренных суставах, туловище согнуто
2)    головка согнута, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобедренных суставах, туловище согнуто
3)    головка согнута, позвоночник разогнут, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобедренных суставах, туловище согнуто
4)    головка согнута, ручки скрещены на груди, ножки разогнуты в тазобедренных и коленных суставах

**4.    Правильным положением плода считается:**
1)    продольное
2)    косое
3)    поперечное с головкой плода, обращенной влево
4)    поперечное с головкой плода, обращенной вправо

**5.    Позиция плода при поперечном положении определяется по расположению:**
1)    спинки
2)    головки
3)    мелких частей
4)    тазового конца

**6.    Предлежание плода - это отношение:**
1)    головки плода ко входу в таз
2)    тазового конца плода ко входу в малый таз
3)    наиболее низколежащей части плода ко входу в таз
4)    головки плода ко дну матки

**7.    Первым приемом наружного акушерского исследования определяется:**
1)    позиция плода
2)    вид плода
3)    высота стояния дна матки
4)    предлежащая часть

**8.    Окружность живота во 2 половине беременности измеряется:**
1)    на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком
2)    на уровне пупка
3)    на 3 поперечных пальца ниже пупка
4)    на 2 поперечных пальца выше пупка

**9.    Истинная конъюгата - это расстояние между:**
1)    серединой верхнего края лонного сочленения и мысом
2)    наиболее выступающими внутрь точками симфиза и мысом
3)    нижним краем симфиза и выступающей точкой мыса
4)    гребнями подвздошных костей

**10.    При развивающейся беременности не происходит:**
1)    увеличения размеров матки
2)    размягчения ее
3)    изменения реакции на пальпацию
4)    уплотнения матки
5)    изменения ее формы

**11.    Достоверным признаком беременности является:**
1)    отсутствие менструации
2)    увеличение размеров матки
3)    диспепсические нарушения
4)    наличие плода в матке
5)    увеличение живота

**12.    Для тазового предлежания при наружном акушерском исследовании не характерно:**
1)    высокое расположение дна матки
2)    баллотирующая часть в дне матки
3)    сердцебиение плода, лучше прослушиваемое выше пупка
4)    баллотирующая часть над входом в малый таз
5)    высокое расположение предлежащей части

**13.    Характерным признаком полного плотного прикрепления плаценты является:**
1)    боль в животе
2)    кровотечение
3)    высота стояния дна матки выше уровня пупка после рождения плода
4)    отсутствие признаков отделения плаценты

**14.    Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты осложняется:**
1)    формированием матки Кувелера
2)    интранатальной гибелью плода
3)    развитием ДВС синдрома
4)    геморрагическим шоком
5)    всем вышеперечисленным

**15.    При кровотечении в 3 м периоде родов и наличии признаков отделения плаценты необходимо:**
1)    провести наружный массаж матки
2)    ручное отделение плаценты
3)    выделить послед наружными приемами
4)    ввести сокращающие матку средства
5)    положить лед на низ живота

**16.    Принципы борьбы с геморрагическим шоком в акушерстве включают:**
1)    местный гемостаз
2)    борьбу с нарушением свертываемости [крови](http://fundamed.ru/gist/82-blood-limfa.html)
3)    инфузионно-трансфузионную терапию
4)    профилактику почечной недостаточности
5)    все вышеперечисленное

**17.    К способам выделения из матки неотделившегося последа относят:**
1)    метод Абуладзе
2)    потягивание за пуповину
3)    метод Креде-Лазаревича
4)    ручное отделение и выделение последа

**18.    Для оценки состояния плода применяется:**
1)    аускультация
2)    кардиотокография
3)    ультразвуковое исследование
4)    все вышеперечисленное

**19.    Возникновению клинически узкого таза способствует:**
1)    крупный плод
2)    переношенная беременность
3)    неправильное вставление головки
4)    все вышеперечисленное

**20.    Тяжесть токсикоза 1 й половины беременности характеризуется:**
1)    потерей массы тела
2)    ацетонурией
3)    субфебрилитетом
4)    головной болью
5)    болями внизу живота

**21.    УЗ исследование в акушерстве позволяет оценить:**
1)    расположение плаценты, ее размеры и структуру
2)    анатомию плода
3)    неразвивающуюся беременность
4)    врожденные пороки развития плода
5)    все вышеперечисленное

**22.    При послеродовом эндометрите не имеет места:**
1)    субинволюция матки
2)    болезненность при пальпации
3)    сукровично-гнойные выделения
4)    повышение тонуса матки
5)    снижение тонуса матки

**23.    Наиболее частой формой послеродовой инфекции является:**
1)    мастит
2)    тромбофлебит
3)    эндометрит
4)    септический шок
5)    перитонит

**24.    На развитие гестационного пиелонефрита не влияет:**
1)    инфицирование организма
2)    изменение гормонального баланса
3)    давление матки и варикозно расширенных вен на мочеточник
4)    пузырно-мочеточниковый рефлюкс
5)    ранний токсикоз

**25.    При оценке состояния новорожденного по шкале Апгар не учитывается:**
1)    сердцебиение
2)    дыхание
3)    состояние зрачков
4)    мышечный тонус
5)    цвет кожи

**26.    Наиболее грозным симптомом гестоза является:**
1)    альбуминурия 1 г/л
2)    значительная прибавка в весе
3)    боли в эпигастральной области
4)    заторможенность
5)    повышенная возбудимость

**27.    Наиболее характерным для преэклампсии признаком является:**
1)    отеки голеней
2)    альбуминурия
3)    жалобы на головную боль, нарушения зрения
4)    развитие во второй половине беременности

**28.    Классификация гестоза включает:**
1)    нефропатию
2)    преэклампсию
3)    эклампсию
4)    водянку беременных
5)    все вышеперечисленное

**29.    Признаками эклампсии являются:**
1)    гипертензия
2)    альбуминурия и отеки
3)    диарея
4)    судороги и кома

**30.    Осложнением эклампсии нельзя считать:**
1)    неврологические осложнения
2)    гибель плода
3)    отек легких
4)    маточно-плацентарную апоплексию

**31.    Критерием тяжести гестоза не является:**
1)    длительность заболевания
2)    наличие сопутствующих соматических заболеваний
3)    количество околоплодных вод
4)    неэффективность проводимой терапии
5)    синдром задержки роста плода

**32.    Наиболее частая причина самопроизвольного аборта в ранние сроки:**
1)    несовместимость по Rh фактору
2)    поднятие тяжести, травма
3)    хромосомные аномалии эмбриона
4)    инфекции
5)    истмико-цервикальная недостаточность

**33.    Признаком развившейся родовой деятельности не является:**
1)    излитие вод
2)    нарастающие боли в животе
3)    увеличивающаяся частота схваток
4)    укорочение и раскрытие шейки матки
5)    боли в надлобковой и поясничной областях

**34.    Гормоном, не продуцируемым плацентой, является:**
1)    эстроген
2)    прогестерон
3)    ХГ
4)    ФСГ
5)    все вышеперечисленные

**35.    Наиболее частая причина лихорадки на 3–4 й день после родов:**
1)    инфекция мочевого тракта
2)    эндометрит
3)    мастит
4)    тромбофлебит
5)    ничего из вышеперечисленного

**36.    Наиболее частая причина смертности недоношенных новорожденных:**
1)    респираторный дистресс-синдром
2)    геморрагическая болезнь новорожденных
3)    пороки развития
4)    желтуха новорожденных
5)    инфекции

**37.    Причиной аборта может быть:**
1)    инфекция
2)    цервикальная недостаточность
3)    травма
4)    ионизирующее облучение
5)    все вышеперечисленное

**38.    У правильно сложенной женщины поясничный ромб имеет форму:**
1)    геометрически правильного ромба
2)    треугольника
3)    неправильного четырехугольника
4)    четырехугольника, вытянутого в вертикальном направлении

**39.    При правильном членорасположении плода головка находится в состоянии:**
1)    максимального сгибания
2)    умеренного сгибания
3)    умеренного разгибания
4)    максимального разгибания

**40.    Во 2 м периоде родов сердцебиение плода контролируется:**
1)    после каждой потуги
2)    через каждые 15 минут
3)    через каждые 10 минут
4)    через каждые 5 минут

**41.    Вид плода - это отношение:**
1)    спинки плода к сагиттальной плоскости
2)    головки плода к плоскости входа в малый таз
3)    спинки плода к передней и задней стенкам матки
4)    оси плода к продольной оси матки

**42.    Головное предлежание плода при физиологических родах:**
1)    передне-головное
2)    затылочное
3)    лобное
4)    лицевое

**43.    Диагональная конъюгата - это расстояние между:**
1)    нижним краем симфиза и мысом
2)    седалищными буграми
3)    гребнями подвздошных костей
4)    большими вертелами бедренных костей

**44.    Истинная конъюгата в норме равна (см):**
1)    11
2)    13
3)    9
4)    20

**45.    В конце беременности у первородящей женщины в норме шейка матки:**
1)    укорочена, размягчена
2)    сглажена частично
3)    сглажена полностью
4)    сохранена

**46.    Плацента непроницаема для:**
1)    алкоголя
2)    морфина, барбитуратов
3)    пенициллина, стрептомицина
4)    тиоурацила, эфира
5)    гепарина

**47.    Наружное акушерское исследование во 2 й половине беременности не предполагает:**
1)    определения положения, позиции, размера плода
2)    анатомической оценки таза
3)    определения срока беременности
4)    функциональной оценки таза
5)    оценки частоты и ритма сердцебиения плода

**48.    Диагностика малых сроков беременности предполагает:**
1)    изменение базальной температуры
2)    определение уровня хорионического гонадотропина в моче
3)    УЗ исследование
4)    динамическое наблюдение
5)    все вышеперечисленное

**49.    Объективным признаком развившейся регулярной родовой деятельности является:**
1)    излитие вод
2)    нарастающие боли в животе
3)    увеличивающаяся частота схваток
4)    укорочение и раскрытие шейки матки
5)    боли в надлобковой и поясничной областях

**50.    Предлежание плаценты можно предполагать в случае:**
1)    дородового излитая вод
2)    если при пальпации неясна предлежащая часть плода
3)    несоответствия высоты стояния дна матки сроку беременности
4)    кровяных выделений из половых путей
5)    острой боли в животе

**51.    Наиболее частой причиной преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты является:**
1)    гестоз
2)    травма живота
3)    перенашивание беременности
4)    многоводие, многоплодие
5)    короткая пуповина

**52.    Патологическая кровопотеря в раннем послеродовом периоде требует прежде всего:**
1)    прижать аорту
2)    ввести сокращающие матку средства
3)    клеммировать параметрий
4)    произвести ручное обследование матки
5)    осмотреть родовые пути

**53.    Для кровотечения при предлежании плаценты характерно:**
1)    внезапность возникновения
2)    повторяемость
3)    безболезненность
4)    различная интенсивность
5)    все вышеперечисленное

**54.    Наиболее частой причиной возникновения предлежания плаценты являются:**
1)    аномалии развития матки
2)    воспалительные процессы гениталий
3)    миома матки
4)    эндометриоз
5)    аборты

**56.    Эффективность родовой деятельности объективно оценивается:**
1)    по частоте и продолжительности схваток
2)    по длительности родов
3)    по динамике сглаживания и раскрытия шейки матки
4)    по состоянию плода
5)    по времени излития околоплодных вод

**57.    Начавшийся аборт характеризуется:**
1)    болями внизу живота
2)    кровяными выделениями из половых путей
3)    признаками размягчения и укорочения шейки матки
4)    отхождением элементов плодного яйца
5)    изменением размеров матки

**58.    Дискоординированная родовая деятельность характеризуется:**
1)    нерегулярными схватками
2)    схватками различной интенсивности
3)    болезненными схватками
4)    плохой динамикой раскрытия шейки матки
5)    всем вышеперечисленным

**59.    Для зрелой шейки матки характерно:**
1)    расположение ее по проводной оси таза
2)    размягчение на всем протяжении
3)    проходимость цервикального канала для 1–1,5 пальца
4)    укорочение шейки до 1–1,5 см
5)    все вышеперечисленное

**60.    Наиболее тяжелым осложнением в родах при тазовом предлежании является:**
1)    несвоевременное отхождение вод
2)    слабость родовой деятельности
3)    травматические повреждения плода
4)    выпадение пуповины
5)    выпадение ножки

**61.    Для лактостаза характерно:**
1)    значительное равномерное нагрубание молочных желез
2)    умеренное нагрубание молочных желез
3)    температура тела 40С, озноб
4)    свободное отделение молока
5)    повышение [артериального давления](http://fundamed.ru/nphys/60-nphys-ad.html)

**62.    Признаком клинического несоответствия между головкой плода и тазом матери является:**
1)    положительный признак Вастена
2)    задержка мочеиспускания
3)    отек шейки матки и наружных половых органов
4)    отсутствие поступательного движения головки при хорошей родовой деятельности
5)    все вышеперечисленное

**63.    Для первичной слабости родовой деятельности характерно:**
1)    наличие регулярных схваток
2)    болезненные схватки
3)    недостаточное продвижение предлежащей части
4)    недостаточная динамика раскрытия шейки матки
5)    запоздалое излитие околоплодных вод

**64.    В лечении послеродового эндометрита не применяются:**
1)    антибиотики
2)    аспирация содержимого полости матки
3)    инфузионная терапия
4)    эстроген-гестагенные препараты

**65.    Наиболее частая причина желтухи новорожденных на 2 й или 3 й день:**
1)    несовместимость групп крови
2)    физиологическая желтуха
3)    септицемия
4)    сифилис
5)    лекарственные препараты

**66.    Показанием к экстренному родоразрешению при тяжелых формах гестоза является:**
1)    длительное течение и неэффективность терапии
2)    олигурия
3)    синдром задержки роста плода
4)    полиурия
5)    головная боль

**67.    Критерием тяжести гестоза не является:**
1)    длительность заболевания
2)    наличие сопутствующих соматических заболеваний
3)    количество околоплодных вод
4)    неэффективность проводимой терапии
5)    синдром задержки роста плода

**68.    Факторами, предрасполагающими к гестозу, являются:**
1)    заболевания почек
2)    многоплодная беременность
4)    [эндокринная](http://fundamed.ru/gist/79-epitelialnaya-tkan-ekzokrinnye-i-endokrinnye-zhelezy.html) патология
4)    гипертоническая болезнь
5)    все выше перечисленные

**69.    Дифференциальный диагноз при эклампсии проводится:**
1)    с эпилепсией
2)    с истерией
3)    с гипертоническим кризом
4)    с менингитом
5)    со всем вышеперечисленным

**70.    Четвертым приемом наружного акушерского исследования определяется:**
1)    предлежащая часть
2)    членорасположение плода
3)    позиция плода
4)    отношение предлежащей части плода ко входу в таз

**71.    Методом инструментального исследования, применяемым при беременности и в родах, является:**
1)    зондирование матки
2)    осмотр шейки матки с помощью зеркал
3)    биопсия
4)    гистерография

**72.    К достоверным признакам беременности относится:**
1)    шевеление плода
2)    увеличение матки
3)    цианоз влагалища
4)    пальпация частей плода
5)    повышение ректальной температуры

**73.    Формированию клинически узкого таза способствует:**
1)    крупный плод
2)    переношенная беременность
3)    неправильное вставление головки
4)    все вышеперечисленное

**74.    Тактика ведения третьего периода родов зависит от:**
1)    степени кровопотери
2)    длительности родов
3)    наличия признаков отделения последа
4)    состояния новорожденного
5)    длительности безводного промежутка

**75.    Лучше всего прослушивается сердцебиение плода при 1 й позиции, переднем виде затылочного предлежания:**
1)    справа ниже пупка
2)    слева ниже пупка
3)    слева выше пупка
4)    слева на уровне пупка

**76.    При начавшемся аборте показано:**
1)    госпитализация
2)    инструментальное удаление плодного яйца
3)    применение антибиотиков
4)    лечение в амбулаторных условиях
5)    применение сокращающих средств

**77.    К развитию фетоплацентарной недостаточности чаще приводят:**
1)    гестоз
2)    заболевания почек
3)    гипертоническая болезнь
4)    анемия беременных
5)    ожирение

**78.    Для клинической картины преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты характерны:**
1)    боли в животе
2)    геморрагический шок
3)    изменение сердцебиения плода
4)    изменение формы матки
5)    все вышеперечисленное

**79.    Наиболее частой методикой операции кесарева сечения (КС) является:**
1)    корпоральное КС
2)    экстраперитонеальное КС
3)    истмико-корпоральное (продольным разрезом) КС
4)    КС в нижнем маточном сегменте (поперечным разрезом)
5)    влагалищное КС

**80.    Для лактостаза характерно:**
1)    значительное равномерное нагрубание молочных желез
2)    умеренное нагрубание молочных желез
3)    температура тела 40С, озноб
4)    свободное отделение молока
5)    повышение артериального давления

**81.    Для послеродового мастита не характерно:**
1)    повышение температуры тела с ознобом
2)    нагрубание молочных желез
3)    болезненный ограниченный инфильтрат в молочной железе
4)    свободное отделение молока
5)    гиперемия молочной [железы](http://fundamed.ru/gist/79-epitelialnaya-tkan-ekzokrinnye-i-endokrinnye-zhelezy.html)

**82.    Оптимальным вариантом родоразрешения при тяжелых гестозах является:**
1)    наложение акушерских щипцов
2)    самостоятельное родоразрешение
3)    операция кесарева сечения
4)    вакуум-экстракция плода
5)    плодоразрушающая операция

**83.    Факторами, предрасполагающими к гестозу, являются:**
1)    заболевания почек
2)    многоплодная беременность
3)    эндокринная патология
4)    гипертоническая болезнь
5)    все вышеперечисленные

**84.    Инфузионная терапия при тяжелых формах гестоза предполагает:**
1)    уменьшение гиповолемии
2)    улучшение реологических свойств крови
3)    нормализацию микроциркуляции в жизненно важных органах
4)    лечение гипоксии плода
5)    все вышеперечисленное

Про резус, Разрывы матки, Рубец на матке, Узкие тазы

**85. Клинические признаки перерастяжения нижнего маточного сегмента являются основополагающими для постановки диагноза:**
1)    отслойки плаценты
2)    острой гипоксии плода
3)    угрожающего разрыва матки
4)    начавшегося разрыва матки
5)    совершившегося разрыва матки

**86. Для угрожающего механического разрыва матки характерны клинически симптомы:**
1)    перерастяжение нижнего сегмента
2)    кровяные выделения из половых путей
3)    гипертонус матки (не расслабляется между схватками)
4)    гипоксия плода
5)    геморрагический шок

**87. Каковы показания к кесареву сечению при наличии рубца на матке:**
1)    возраст беременной старше 30 лет
2)    несостоятельность рубца на матке после кесарева сечения по данным УЗИ
3)    рубец после лапароскопического удаления интерстициально расположенного миоматозного узла
4)    правильные ответы 2,3
5)    рубец после лапароскопического удаления миоматозного узла на ножке

**88. Каковы признаки угрожающего разрыва матки по рубцу во время беременности:**
1) кровяные выделения из половых путей
2) гипоксия плода
3) гипертермия, озноб
4) тошнота, боли в эпигастрии
5) все ответы правильные

**89. Укажите характерные ультразвуковые признаки гемолитической болезни плода:**
1) маловодие
2) преждевременное «старение» плаценты
3) утолщение плаценты
4) гепатомегалия
5) правильные ответы 3,4

**90. Укажите наиболее точный метод диагностики гемолитической болезни плода (ГБП) и степени ее тяжести:**
1)    определение титра антител
2)    УЗ-исследование
3)    амниоцентез
4)    кордоцентез
5)    кардиотокография

**91. При каких акушерских осложнениях нередко диагностируется внутриутробная гибель плода?**
1) преждевременная отслойка плаценты
2) преждевременное излитие околоплодных вод
3) совершившийся разрыв матки
4) многоводие
5) правильные ответы 1,3

**92. Что является основной причиной клинически узкого таза:**
1)    тазовое предлежание плода
2)    поперечное положение плода
3)    преждевременное излитие вод
4)    анатомически узкий таз
5)    выпадение петель пуповины

**93. Какой из перечисленных методов является патогенетически обоснованным в лечении гемолитической болезни плода:**
1) плазмоферез
2) гемосорбция
3) пересадка кожного лоскута от мужа
4) внутриутробное переливание крови плоду
5) амниоцентез

**94. Каковы показания к кесареву сечению при тазовом предлежании плода:**
1) ножное предлежание
2) предполагаемая масса плода более 3600 г
3) анатомически узкий таз
4) раннее излитие околоплодных вод
5) правильные ответы 1,2,3

**95. Роды через естественные родовые пути при нормальных размерах таза и средней величины плода не возможны:**
1) при лицевом предлежании
2) при тазовом предлежании
3) при лобном предлежании
4) при затылочном предлежании
5) при переднеголовном предлежании

**96. Отсутствие динамики раскрытия шейки матки при наличии клинически выраженной родовой деятельности характерно для:**
1) первичной слабости родовой деятельности
2) вторичной слабости родовой деятельности
3) патологического прелиминарного периода
4) дискоординации родовой деятельности
5) чрезмерной родовой деятельности

**97. О гипоксии плода во время беременности по данным кардиотокографического исследования свидетельствуют:**
1) базальная частота 120-160 ударов в минуту
2) наличие спородических акцелераций
3) наличие поздних децелераций
4) верно 1,2.

**98. Началом второго периода родов является:**
1) полное раскрытие шейки матки
2) излитие околоплодных вод
3) появление регулярных схваток
4) изгнание плода
5) верно 1,2

**99. Признаками анатомически узкого таза являются:**
1) отсутствие продвижения головки при хорошей родовой деятельности
2) уменьшение хотя бы одного из размеров таза на 2 см и более по сравнению с нормальным
3) неправильное вставление головки
4) положительный симптом Вастена
5) верно 1,4

**100. Проводной точкой при переднем виде затылочного предлежания является:**
1) малый родничок
2) большой родничок
3) подбородок
4) граница волосистой части головы
5) надпереносье

**101. К признакам гестоза не относится:**
1) протеинурия
2) отеки
3) головная боль
4) повышение артериального давления
5) верно 2,3

**102. Введение антирезус-иммуноглобулина с целью профилактики резус-сенсибилизации не показано при:**
1) наличии резус-антител
2) рождении резус-положительного ребенка
3) рождении резус-отрицательного ребенка
4) при внематочной беременности
5) верно 1,3

|  |
| --- |
| **7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)** |
| **7.1. Рекомендуемая литература** |
| **7.1.1. Основная литература** |
|  | **Авторы, составители** | **Заглавие** | **Издательство, год** | **Колич-во** |
| Л1.1 | Э.К.Айламазян, В.И.Кулаков, В.Е.Радзинский, Г.М.Савельева | Акушерство: национальное руководство  |  М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.- (Серия «Национальные руководства») | 1 |
| Л1.2 | Айламазян Э.К., Рябцева И.Т |  Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии.  | Москва: Медкнига, Н.Новгород: Изд. НГМА, 2003.  | 1 |
| Л1.3 |  М.М. Шехтман | Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. | 2 |
| **7.1.2. Дополнительная литература** |
| Л2.1 | Абрамченко В.В., Ланцев Е.А. | Кесарево сечение в перинатальной медицине | СПб., 2006 | 1 |
| Л2.2 | Боголюбов В.М. | Медицинская реабилитация или восстановительная медицина | Ростов-на-Дону. Феникс, 2006. | 1 |
| Л2.3 | Под ред. Н. Н. Володина | Неонатология: национальное руководство(Национальные руководства)+CD. | Володин. - М.: ГЭОТАР - Медиа,2007. - 848 с. |  |
| **7.1.3. Методические разработки** |
| Л 3.1 | M. Энкин с соавт. | Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. Перев. с англ. под ред. А.В. Михайлова,  | . Санкт Петербург: «Петрополис», 2003. | 1 |
| Л3.2 | Зайнулина М.С., Корнюшина Е.А., Степанян М.Л., Мозговая Е.В., Александрова Л.А. под ред. Айламазяна Э.К.  | Тромбофилии в акушерской практике.Учебно-методическое пособие. | СПб: Издательство Н-Л, 2005 | 1 |

Для обеспечения освоения всех разделов программы необходимо:

* Наличие информационно-телекоммуникационных средств доступа к интернет-ресурсу центра дистанционного обучения для освоения части программы, предусматривающей использование дистанционных образовательных технологий
* Аудитории для проведения практических занятий
* Лекционный зал для чтения лекций
* **Перечень оборудования, необходимого для проведения аудиторных занятий по дисциплине.**
* 1. Технические средства обучения – мультимедийная система (проектор, экран), видеокамера, видеоплеер, телевизор, компьютеры – 3 (в том числе 2 ноутбука).
* 2. Мультимедийные наглядные материалы (электронные учебники – 10, лекции и видеоролики по актуальным разделам акушерства и гинекологии – в достаточном количестве).
* 3. Другие учебные материалы: ситуационные задачи, тестовые задания – в достаточном количестве, таблицы – 135, стенды – 2, микро и макропрепараты – нет.
* 3. Рентгенограммы и другое диагностическое оборудование – кольпоскоп, УЗИ – аппарат, кардиотокограф.
* **Перечень оборудования, необходимого для проведения аудиторных занятий по дисциплине.**
* 1. Технические средства обучения – мультимедийная система (проектор, экран), видеокамера, видеоплеер, телевизор, компьютеры – 3 (в том числе 2 ноутбука).
* 2. Мультимедийные наглядные материалы (электронные учебники – 10, лекции и видеоролики по актуальным разделам акушерства и гинекологии – в достаточном количестве).
* 3. Другие учебные материалы: ситуационные задачи, тестовые задания – в достаточном количестве, таблицы – 135, стенды – 2.
* 3. Рентгенограммы и другое диагностическое оборудование – кольпоскоп, УЗИ – аппарат, кардиотокограф (Областной перинатальный центр).
* **Образовательные технологии в интерактивной форме, используемые в процессе преподавания дисциплины:**
* В соответствии с требованиями ФГОС ВПО реализация компетентного подхода должна предусматривать широкое использование в учебном процессе активных и интерактивных форм проведения занятий (компьютерных симуляций, разбор конкретных ситуаций) в сочетании с внеаудиторной работой с целью формирования и развития профессиональных навыков обучающихся. В рамках учебных курсов должны быть предусмотрены встречи с представителями российских и зарубежных компаний, государственных и общественных организаций, мастер-классы экспертов и специалистов, телемосты по актуальным вопросам акушерства. Удельный вес занятий, проводимых в интерактивных формах, определяется главной целью программы, особенностью контингента обучающихся и содержанием конкретных дисциплин и в целом в учебном процессе они должны составлять не менее 10% аудиторных занятий. Занятия лекционного типа не могут составлять более 30% аудиторных занятий. Кафедрами предусмотрены симуляционные занятия с использованием фантомов в межкафедральном центре практических навыков АГМА.