

Рабочая учебная программа практики разработана в соответствии с:

- Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 декабря 2011 г. № 1476-н «Об утверждении Федеральных государственных требований к структуре основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования (клиническая ординатура); отдельными разделами из приказа Министерства образования и науки РФ от 25.08.2014 № 1043 «ОБ утверждении Федерального государственного стандарта высшего образования по специальности 31.08.01 акушерство и гинекология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)».

- типовой учебной программой по акушерству и гинекологии.

Программа разработана сотрудниками кафедры: зав. кафедрой, д.м.н.,профессором С.П. Синчихиным, зав. кафедрой, д.м.н., доцентом Л.В. Дикаревой, д.м.н., профессором Е.Г. Шварёвым, д.м.н., профессором О.Б. Мамиевым, к.м.н., доцентом Л.В. Удодовой к.м.н., ассистентом П.П. Гореловым, к.м.н., ассистентом М.А.Кузьминой, ассистентом Н.А. Власовой, ассистентом А.А. Суверневой под руководством ректора ГБОУ ВПО «Астраханский государственный медицинский университет» МЗ РФ д.м.н., профессора Х.М. Галимзянова.

**Рекомендована к утверждению рецензентами:**

1. Заведующий кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздравсоцразвития России, Заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор И.А. Салов
2. Заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО ВолГМУ Минздрава РФ, д.м.н., профессор Н.А. Жаркин

.

Программа содержит методические указания к проведению практики в соответствии с основными положениями о послевузовском профессиональном образовании (ординатура) по специальности «акушерство и гинекология» для ординаторов.

Содержится материал по организации, прохождению практики и критерии оценки.

Приведены конкретные рекомендации по проведению практики.

Приводится перечень практических навыков для их освоения и закрепления в соответствии с должностными требованиями акушера-гинеколога.

Изложены обязанности руководителя практикой, обязанности ординаторов в период прохождения практики, основные положения по аттестации практических навыков; требования к оформлению отчетной документации по практике и сдаче зачета.

В приложениях приведены контрольные вопросы и задачи для закрепления практических навыков.

Цель практической подготовки: Закрепление профессиональных знаний и умений, формирование профессиональной компетенции соответствующей уровню подготовки заведующего отделением акушерско-гинекологического профиля.

Задачи первого года подготовки:

1. Квалифицированное ведение беременных высокой степени риска в женской консультации.
2. Работа в перинатальном центре или клиническом акушерском стационаре многопрофильной больницы.
3. Оказание квалифицированной ургентной и плановой медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам высокой степени риска.
4. Участие в работе комиссии по разбору случаев материнской и перинатальной заболеваемости и смертности на ведомственном уровне.

Задачи второго года подготовки:

1. Углубление профессиональных знаний и умений в работе в женской консультации.
2. Ведение диспансерных групп женского населения. Проведение сравнительного анализа работы участка и женской консультации.
3. Освоение новых хирургических технологий в диагностике и лечении гинекологических больных в амбулаторных условиях.
4. Работа в гинекологическом стационаре. Освоение новых технологий в обследовании и лечении гинекологических больных.
5. Работа в операционном блоке. Овладение техникой эндоскопических, влагалищных и внутриполостных операций и исследований в гинекологической практике.

**Решение поставленных задач будет способствовать формированию профессиональных компетенций специалиста, способного руководить структурным подразделением службы охраны здоровья матери и ребенка.**

**Клинические базы в лечебно-профилактических учреждениях Минздрава РФ:** ГБУЗ АО АМОКБ (Областной перинатальный центр, отделение гинекологии, клиника «Семья»), ГБУЗ АО Областной онкологический диспансер, ГБУЗ АО КРД, женская консультация, Отделенческая больница на ст. Астрахань-1, ГБУЗ АО городская поликлиника №2, женская консультация, ГБУЗ АО городская поликлиника №5, женская консультация, ГБУЗ АО городская поликлиника №8 им. Пирогова, женская консультация, ГБУЗ АО ГКБ №3 им. С.М. Кирова, ГБУЗ АО городская поликлиника № 10, женская консультация.

* 1. **Общее руководство практикой:**
* Общее руководство и контроль за прохождением практики возлагается на деканат ФПО.
* Непосредственное руководство и контроль за выполнением программы практики врача-ординатора осуществляется руководителем от кафедры.

***Руководитель практической подготовки:***

* Обеспечивает четкую организацию, планирование и учет результатов практики.
* Согласовывает индивидуальный план подготовки врача-ординатора
* Знакомит врача-ординатора с планом практической подготовки
* Оказывает научную и методическую помощь врачу-ординатору в планировании и организации практической подготовки.
* Контролирует работу врача-ординатора, посещает его рабочее место, принимает меры по устранению недостатков в практической подготовке.
* Оценивает результаты практической подготовки врача-ординатора.

***Непосредственный куратор от базы практической подготовки:***

* организует качественное прохождение практики закрепленных за ним врачей ординаторов;
* осуществляет инструктаж по технике безопасности и охране труда, правилам внутреннего распорядка;
* составляет план работы на каждый день и на весь календарный срок в соответствии с рабочей программой практики;
* ежедневно контролирует ведение дневника, оказывает содействие в выполнении выпускной квалификационной работы;
* обеспечивает участие врачей-ординаторов в общественной жизни базы практики: содействует проведению бесед, чтению лекций, выпуску бюллетеней по специальной тематике;
* контролирует соблюдение ординаторами производственной дисциплины, в случае необходимости может налагать взыскания на врачей-ординаторов, нарушающих правила внутреннего распорядка и сообщать об этом в деканат ФПО.

**Права и обязанности врача-ординатора, проходящего практическую подготовку**

Врач-ординатор имеет право по всем вопросам, возникшим в процессе практики, обращаться к руководителю практики, пользоваться учебно-методическими пособиями, вносить предложения по совершенствованию организации практики.

Выполняет все виды работ, предусмотренные программой практики, тщательно готовится к выполнению новых трудовых функций.

Врач-ординатор подчиняется правилам внутреннего трудового распорядка университета и базы практической подготовки, распоряжениям администрации и руководителя практики. В случае невыполнения требований, предъявляемых к практиканту, врач-ординатор может быть отстранен от прохождения практики.

Врач-ординатор, отстраненный от практики или работа которого признана неудовлетворительной, считается не выполнившим учебный план. По представлению руководителя практики и решению декана ФПО ему может назначаться повторное ее прохождение.

В соответствии с программой практики врач-ординатор обязан своевременно заполнять отчетные разделы индивидуального плана.

**2. ТРЕБОВАНИЯ К УРОВНЮ ПРАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ ПО ПРОГРАММЕ ПОСЛЕВУЗОВСКОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»**

Обязательный минимум квалификационных требований для врача акушера-гинеколога

включает в себя:

-общеврачебные навыки и манипуляции;

-навыки и манипуляции по специальности;

-навыки и манипуляции по смежным специальностям;

-навыки по оказанию скорой и неотложной помощи;

-операции (типичные);

-интерпретацию результатов лабораторных и инструментальных методов исследования;

-совершенствование навыков социальной деятельности;

-владение правовыми и законодательными основами деятельности врача по специальности;

-владение алгоритмом постановки диагноза;

-владение современными методами лечения, фармакотерапии, клинических исследований, профилактики и реабилитации;

-фундаментальную подготовку специалиста;

-подготовку по организации, экономике и управлению здравоохранением.

***Врач специалист акушер-гинеколог оказывает помощь:***

- в государственных медицинских учреждениях (женская консультация, родильный дом, поликлиника, больница, МСЧ, городская и сельская врачебная амбулатория, здравпункт и др.);

- в негосударственном медицинском учреждении;

- в порядке частной практики.

***Врач специалист акушер-гинеколог*** осуществляет самостоятельный амбулаторный прием и посещение на дому, оказывает неотложную и скорую помощь в необходимом объеме, самостоятельно дежурит по родильному дому и гинекологическому отделению, проводит комплекс профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, содействует решению медико-социальных проблем и проблем планирования семьи.

***За врачом специалистом*** ***акушером-гинекологом***, имеющим частную практику на договорной основе, могут быть закреплены койки в ста­ционаре для ведения больных.

***Врач специалист акушер-гинеколог*** руководствуется законодательными и нормативными документами Российской Федерации по вопросам охраны здоровья населения и оказания акушерско-гинекологичес­кой помощи.

***Контроль*** за деятельностью врача специалиста акушера-гинеколога проводится в установленном порядке органами здравоохранения по месту работы врача.

**Задачи практики врача - специалиста, акушера-гинеколога**

***Осуществление профилактической работы***, направленной на выявление ранних и скрытых форм заболеваний и факторов риска, нарушающих специфические функции женского организма, осложняющие течение беременности и родов.

***Проведение динамического наблюдения*** за состоянием здоровья пациенток с проведением необходимого обследования и санации.

***Оказание срочной и неотложной помощи*** при акушерско-гинекологической патологии, острых и неотложных состояниях, угрожающих жизни и здоровью пациенток.

***Своевременное консультирование*** и госпитализация больных и беременных в установленном порядке.

***Проведение лечебных и реабилитационных мероприятий*** в объеме, соответствующем квалификационной характеристике.

***Проведение экспертизы временной нетрудоспособности*** пациенток с инструкцией «О порядке выдачи больничных листков» и направление на ВТЭК.

***Оказание консультативной помощи*** по вопросам планирования семьи, этики, психологии и гигиены медико-сексуальных аспектов семейной жизни.

***Ведение*** утвержденных форм учетно-отчетной документации.

**3. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА**

Врач-специалист акушер-гинеколог должен обладатьобщекультурными (ОК) и профессиональными компетенциями (ПК).

**Общекультурные компетенции (ОК) характеризуются:**

* способностью и готовностью анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной деятельности акушера-гинеколога*;*
* способностью и готовностью к логическому и аргументированному анализу, публичной речи, ведению дискуссии и полемики, редактированию текстов профессионального содержания, осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности;
* способностью и готовностью использовать методы управления, организовывать работу исполнителей, находить и принимать ответственные управленческие решения в условиях различных мнений и в рамках своей профессиональной компетенции врача акушера-гинеколога;
* способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну.

**Профессиональные компетенции (ПК) характеризуются**:

в диагностической деятельности:

* способностью и готовностью к постановке диагноза на основании диагностического исследования в акушерстве и гинекологии;
* способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, использовать основные методики клинического, лабораторного и инструментального обследования состояния организма женщин для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов у беременных и гинекологических больных;
* способностью и готовностью выявлять у пациенток основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования органов и систем при гинекологических заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-X), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в акушерстве и гинекологии.

в лечебной деятельности:

- способностью к овладению необходимым уровнем **знаний** по акушерству, гинекологии, гинекологической эндокринологии, онкогинекологии, избранным вопросам смежных дисциплин, общей патологии и фармакотерапи,

- способностью овладения достаточным объемом **практических навыков и умений**

профессиональной медицинской помощи в полном объеме;

лечебно-диагностическими процессами, оперативной техникой для оказания

- умением оказать помощь при экстренных ситуациях в акушерстве, гинекологии

и перинатологии;

- способностью и готовностью выполнять основные лечебные мероприятия при критических состояниях в акушерстве и гинекологии, использовать методики их немедленного устранения, осуществлять противошоковые мероприятия;

- умением выделить «группу риска» у беременных и группу гинекологических больных, подлежащих диспансерному наблюдению, назначить адекватное лечение в соответствии с поставленным диагнозом, осуществить алгоритм ведения беременной и наметить план родоразрешения.

в реабилитационной деятельности:

- способностью и готовностью применять различные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические) при наиболее распространенных патологических состояниях и повреждениях организма;

- способностью и готовностью давать рекомендации по выбору оптимального режима в период реабилитации беременных и больных (двигательной активности в зависимости от морфофункционального статуса), определять показания и противопоказания к назначению средств лечебной физкультуры, физиотерапии, рефлексотерапии, фитотерапии.

в профилактической деятельности:

* способностью и готовностью применять современные гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья женского населения в целях сохранения репродуктивного здоровья женщин и разработки научно обоснованных мер по улучшению демографической ситуации в регионе;
* проводить санитарно-просветительскую работу по гигиеническим вопросам.

в организационно-управленческой деятельности:

- способностью и готовностью использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, международную систему единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы женских консультаций, родильных домов и перинатальных центров;

- способностью и готовностью использовать знания организационной структуры управленческой и экономической деятельности указанных медицинских организаций по оказанию медицинской помощи, анализировать показатели их работы, проводить оценку эффективности современных медико-организационных и социально-экономических технологий при оказании медицинских услуг в акушерстве и гинекологии.

Формирование профессиональных компетенций врача-специалиста предполагает овладение врачом акушером-гинекологом системой профессиональных знаний, умений, навыков, владений.

**4. Перечень знаний, умений и владений врача-специалиста**

**Знать:**

– Основы юридического права в акушерстве и гинекологии.

– Основы законодательства о здравоохранении, директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения.

– Организацию акушерско-гинекологической помощи в стране, работу скорой и неотложной помощи.

– Медицинское страхование.

– 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.

– Структуру гинекологической заболеваемости, мероприятия по ее снижению.

– Основы топографической анатомии областей тела и, в первую очередь, передней брюшной стенки, брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза, 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.

– Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции.

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

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

– Влияние производственных факторов на специфические функции женского организма.

– Клиническую симптоматику и терапию неотложных состояний, в том числе в акушерстве, гинекологии и перинатологии, их профилактику.

– Клиническую симптоматику доброкачественных и злокачественных опухолей женской половой системы, их диагностику, принципы лечения и профилактики.

– Клиническую симптоматику, диагностику, лечение и профилактику предраковых заболеваний.

– Физиологию и патологию системы гемостаза, коррекцию нарушений.

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

– Основы эндоскопии, рентген-радиологии в диагностике и лечении.

– Роль и назначение биопсии, морфогистологического исследования в онкогинекологии.

– Вопросы асептики и антисептики, профилактики внутрибольничной инфекции.

– Основы иммунологии и генетики в акушерстве и гинекологии.

– Приемы и методы обезболивания; основы инфузионно-трансфузионной терапии и реанимации в акушерстве, гинекологии и неонатологии.

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

– Принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных, профилактику осложнений.

– Основы физиотерапии и лечебной физкультуры в акушерстве и гинекологии. Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению.

– Основы рационального питания и принципы диетотерапии в акушерско-гинекологической практике.

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

– Знать эфферентные методы лечения в акушерстве (классификация по принципам действия). Детоксикацию. Рекоррекцию. Иммунокоррекцию. Показания к их применению.

– Основы онкологической настороженности в целях профилактики и ранней диагностики злокачественных новообразований у женщин.

– 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 и гинекологических больных.

– Оборудование и оснащение операционных, отделений (палат) интенсивной терапии. Технику безопасности при работе с аппаратурой. Хирургический инструментарий и шовный материал, используемые в акушерско-гинекологической практике.

– Принципы работы с мониторами.

– Принципы организации и задачи службы медицины катастроф и медицинской службы гражданской обороны, их учреждения, формирования, органы управления и оснащение.

– Принципы организации лечебно-эвакуационного обеспечения пораженного населения в чрезвычайных ситуациях.

– Основные принципы и способы защиты населения при катастрофах.

– Основы медицинской психологии.

– Психические свойства личности. Особенности психических процессов при острой септической инфекции в акушерстве, при выявлении злокачественной опухоли органов репродуктивной системы.

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

– Основы информатики, вычислительной техники, медицинской кибернетики и области их применения.

– Общие принципы статистических методов обработки медицинской документации.

– Общую структуру и функцию компьютера.

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

- Ознакомиться с методами профилактики и лечения, так называемой, традиционной медицины: рефлексотерапии, апитерапии, гидротерапии, фитотерапии, а также с методами лечения альтернативной медицины: гомеопатия, психотерапия и др.

- Знать особенности течения гинекологической патологии в пожилом и старческом возрасте, подготовку к операции, течение послеоперационного периода, профилактику осложнений. Адаптационные возможности организма при старении.

**Уметь:**

– Организовать лечебно-диагностический процесс и проведение профилактических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях, в дневном стационаре и на дому 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 признаки ранней или поздней патологии беременности (угрозы прерывания, несостооявшегося выкидыша, преэклампсии).

– Определить степень "зрелости шейки матки" и готовность организма к родам.

– Провести физиологические и патологические роды (тазовое предлежание, разгибание головки, асинклитические вставления, роды при крупном плоде, двойне).

– Провести роды при узком тазе.

– Своевременно определить показания к операции кесарева сечения. Уметь оценить противопоказания.

– Обосновать тактику поворотов плода (наружный, комбинированный) при поперечном положении.

– Провести все мероприятия по остановке профузного кровотечения во время беременности (самопроизвольный выкидыш, шеечно-перешеечная беременность, предлежание плаценты), в родах (предлежание плаценты, приращение плаценты, преждевременная отслойка плаценты, гипотоническое и коагулопатическое кровотечение, разрывы матки и родовых путей) и в послеродовом периоде.

– Провести дифференциальную диагностику коматозных состояний (гипо- и гипергликемическое, экламптическое и постэкламптическое, аорто-кавальная компрессия беременной маткой и др.).

– Обосновать тактику ведения беременности и родов при экстрагенитальных заболеваниях, установить медицинские показания к прерыванию беременности.

– Определить аномалии родовой деятельности (слабость, дискоординацию, быстрые и стремительные роды). Осуществитьрегуляцию родовой деятельности.

– Установить причину акушерского кровотечения во время беременности, родов и послеродовом периоде. Уметь оказать необходимую помощь.

– Выполнить реанимационные мероприятия при асфиксии и родовой травме новорожденного.

– Оценить течение последового и послеродового периодов, выявить и предупредить осложнения.

– 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.

– Анализировать основные показатели деятельности лечебно-профилактического учреждения.

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

– Подготовить необходимую документацию в аттестационную комиссию на получение квалификационной категории.

– Организовать работу в условиях экстремальной обстановки при массовом поступлении раненых и больных по оказанию медико-санитарной помощи, в объеме первой врачебной помощи и необходимой квалифицированной акушерско-гинекологической помощи.

– Оказывать первую врачебную помощь в условиях экстремальной обстановки, в очагах катастроф.

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

– *Использовать персональный компьютер на рабочем месте.*

– 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

– Проводить научные исследования по полученной специальности.

**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.

**5. НОРМАТИВНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ, ИСПОЛЬЗУЮЩАЯСЯ ВО ВРЕМЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ**:

* Федеральный закон о высшем и послевузовском профессиональном образовании (Федеральный закон от 22.08.1996 N 125-ФЗ (ред. от 27.07.2010) «О высшем и послевузовском профессиональном образовании» (Принят ГД ФС РФ 19.07.1996));
* Федеральный закон от 16 июня 2011 г. N 144-ФЗ «О внесении изменений в Закон Российской Федерации «Об образовании» и Федеральный закон «О высшем и послевузовском профессиональном образовании»;
* Распоряжение Правительства Российской Федерации от 7 февраля 2011 г. N 163 р «О Концепции Федеральной целевой программы развития образования на 2011-2015 годы»;
* Письмо Министерства образования и науки Российской Федерации от 22 июня 2011 г. N ИБ-733/12 «О формировании основных образовательных программ послевузовского профессионального образования»;
* Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 декабря 2011 г. №1476н «Об утверждении федеральных государственных требований к структуре основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования (интернатура)»;
* Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 декабря 2011 г. №1475н «Об утверждении федеральных государственных требований к структуре основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования (ординатура)»;
* Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17 февраля 1993 г. N 23г об утверждении «Положения о клинической ординатуре»;
* Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. N 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»»;
* Приказ МЗ и СР РФ от 07 июля 2009 г. N 415н «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения»;
* Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 августа 2009 г. N 581н «О внесении изменений в порядок совершенствования профессиональных знаний медицинских и фармацевтических работников»;
* Письмо МЗ и СР РФ от 17 июня 2010 г. N 16-3/10/2-5048 «Об итоговой аттестации врачей-интернов».

**Порядки оказания медицинской помощи:**

* Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 1 ноября 2004 г. N 179 «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи»  
  (с изменениями от 2 августа 2010 г., 15 марта 2011 г.);
* » Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 декабря 2010 г. N 1182н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным хирургическими заболеваниями»;
* Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 13 апреля 2011 г. №315н «Об утверждении Порядка оказания анестезиолого-реанимационной помощи взрослому населению»;
* Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 декабря 2009 г. N 944н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях»;
* Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 апреля 2010 г. N 243н «Об организации Порядка оказания специализированной медицинской помощи»;
* Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 1 июня 2010 г. N 409н «Об утверждении Порядка оказания неонатологической медицинской помощи»;
* Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Статья 37. Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи
* Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от «01» ноября 2012 г. № 572н «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»
* Распоряжение министерства здравоохранения Астраханской области от 29.08.2013 № 737р "О реализации Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) на территории Астраханской области"
* Приложение к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 ноября 2012 г. N 600н «Стандарт специализированной медицинской помощи при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты»
* Приложение к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 ноября 2012 г. N 597н «Стандарт специализированной медицинской помощи при кровотечении в связи с предлежанием плаценты, требующим медицинской помощи матери»
* Приложение к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 ноября 2012 г. N 597н «Стандарт специализированной медицинской помощи при кровотечении в последовом и послеродовом периоде»
* Приказ МЗ РФ №170 от 27.05.97 г. «О переходе органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации на Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем Х пересмотра (с изменениями от 12 января 1998 г.)»
* Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. N 572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»
* Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 ноября 2012 г.N 596н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при отеках, протеинурии и гипертензивных расстройствах во время беременности, родов и в послеродовом периоде»
* Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 декабря 2012 г.N 1418н «Об утверждении стандарта медицинской помощи при эклампсии»

Федеральное государственное бюджетное учреждение Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова Минздравсоцразвития

России О.Н. Ткачева, Е.М. Шифман, Н.К. Рунихина, О.Л. Полянчикова, З.С.

**6. ВЕДЕНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПЛАНА**

Индивидуальный план является документом, фиксирующим выполнение программы практической подготовки.

Индивидуальный план подготовки врача-ординатора логически состоит из информационного, рабочего и аттестационного блоков. В информационном блоке помещены материалы, которыми должен руководствоваться ординатор, обучающийся по специальности «акушерство и гинекология». В рабочем блоке врач-ординатор обязан своевременно фиксировать прохождение обучения по обязательным дисциплинам, обучающему симуляционному курсу, самостоятельную работу в организации, работу с учебной, научной литературой и нормативными документами, участие в научных конференциях, симпозиумах, заседаниях.

В разделе «Практическая подготовка» необходимо внести необходимые данные о базе и сроках прохождения практической подготовки, а также получить зачеты по каждому блоку приобретенных умений и навыков в соответствии с квалификационной характеристикой. Оценку практической зрелости врача-ординатора проводят руководитель или куратор от лечебной организации, совместно с куратором от кафедры.

Выполнение всех разделов программы обучения в ординатуре, отраженных в индивидуальном плане является необходимым условием для допуска к итоговой государственной аттестации. Допуск осуществляется куратором или деканом ФПО.

В разделе «Итоговая государственная аттестация» фиксируется тема выпускной квалификационной работы, а также оценки по разделам государственного комплексного экзамена: практическим навыкам, тестированию и собеседованию

Контроль обучения врача-ординатора проводится непрерывно как со стороны кураторов и деканата ФПО, так и руководителя организации и опытных специалистов, курирующих стажировку ординатора.

Индивидуальный план необходимо систематически представлять на проверку и подпись руководителю практики. По окончании производственной практики индивидуальный план должен быть заверен подписью руководителя практики, подписью руководителя (заведующего, директора) и печатью учреждения базы практической подготовки.

В период практики индивидуальный план периодически представляется для проверки руководителю практики на кафедре.

**Срок обучения**: 3240 учебных часов (60 недель)

**Трудоемкость:** 90 (в зачетных единицах)

**Режим занятий:** 9 учебных часов в день

***Первый год 31 неделя,1674ч***

***Второй год29 недель,1566ч***

**7.ПРОГРАММА ПРАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Виды профессиональной деятельности (ординатора)** | **Место работы** | **Продолжительность практики** | **Формируемые профессиональные**  **компетенции** | **Форма контроля** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.  2.  3. | **Организация работы ЖК.**  **Диспансерное наблюдение беременных.**  **Планирование семьи.**  1.Первичный прием  больных  2.Выделение группы  больных для диспансерного наблюдения.  2. Умение выпол- нить основные диагностические манипуляции  3. Проведение лечебно-диагностических манипуляций и  малых операций  3.Проведение реабилитационных и профилактических  мероприятий.  4.Специализированные приемы (невынашивание  беременности,  патология шейки матки и т.д.)  Ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях. | Женская консульта- ция | I семестр  Организация работы ЖК(1неделя,54ч)  Диспансерное наблюдение беременных  (2недели,108ч)  Планирование семьи  (1неделя,54ч)  II семестр  108 часов  2 недели | Профилактическая деятельность:  готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания  готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными, предупреждение непланируемой беременности. | **Зачет**  **Зачет**  **Зачет** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4. | **Физиология и патология**  **родов.**  1.Родоразрешение:  -через естественные родовые пути;  -путем операции кесарева сечения.  2.Малые акушерские операции  3.Роды при тазовых предлежаниях плода  4.Родоразрешение при различных видах акушерской и экстрагенитальной патологии:  -при аномалиях вставления головки  плода;  -при аномалиях ро- довой деятельности;  -при узком тазе;  -при преэклампсии;  -при кровотечениях  -при экстрагенитальных заболевания  5.Лечение асфиксии  новорожденных Ведение учетно-отчетной документации. | **Родовое отделение** | I семестр  108 часов,  2недели  IIсеместр  216ч;  4недели | Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;  готовность к управлению коллективом,  готовность к родовспоможению и лечению пациенток, оказанию акушерско-гинекологической помощи,  готовность к определению у пациенток патологических состояний, симптомов, синдромов, требующих медицинской помощи.  Готовность принять  роды и  выполнить типичные акушерские операции, оказать пособия.  Готовность оказать  помощь в экстренных ситуациях (владеть ручным отделением плаценты и выделением последа, ручным обследованием полости матки, методом УБТ и др.)  Готовность выполнить основные лечебные мероприятия при критических состояниях в акушерстве согласно действующим клиническим протоколам. | **Зачет** |
| 5.  6. | **Патология беременности**.  **Диагностика неотложных состояний у беременных,**  **врачебная тактика**.  1. Курирование  беременных с акушерской и экстрагенитальной патологией  2.Применение дополнительных  методов обследова-ния состояния бере- менной и плода.  3.Подготовка бере менных к родораз –решению (родовоз буждение) и  антенатальная оценка состояния плода.  4 Выбор метода родоразрешения, оформление документации.  Оказание специализированной медицинской помощи;  участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. Ведение учетно-отчетной документации. | Отделение патологии беременных.  Приемное отделение.  Родовое отделение. | I семестр  216 ч.,  4недели  II семестр  216 ч.,  4 недели  II семестр 7недель,  378часов | Готовность к ведению, родовспоможению и лечению пациенток с акушерской и экстрагенитальной патологией  готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов;  готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации;  готовность выполнить основные лечебные мероприятия при критических состояниях в акушерстве согласно действующим клиническим протоколам. | **Зачет**  **Зачет** |
| 7. | **Физиология и патология послеродового периода.**  1.Курирование ро-  дильниц с физиоло- гическим течением послеродового периода.  2.Курирование родильниц с послеродовыми инфекционными заболеваниями, нарушениями  лактации  3.Курирование  новорожденных | Послеродовое отделение | I семестр  108 часов  2 недели  II семестр  108 часов  2 недели | Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, выявление локализованных форм ГСО,  готовность к применению лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациенток, нуждающихся в медицинской реабилитации. | **Зачет** |
| 8. | **Консервативная**  **гинекология.**  1. Курирование  Больных  2.Выполнение лечебно-диагности–ческих манипуляций  3.Дифференцированное назначение контрацептивных средств, препаратов для менопаузной гормонотерапии.  4.Определение показаний и противопоказаний к физиотерапевтичес-ким процедурам, санаторно-курортному лечению | гинекологическое отделение | III семестр  432часа;  8 недель. | готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической [классификацией](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_MED_1991/) болезней и проблем, связанных со здоровьем;  готовность к ведению, и лечению пациенток, нуждающихся в оказании акушерско-гинекологической медицинской помощи;  готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении. | **Зачет** |
| 9. | **Онкогинекология.**  диагностическая деятельность:  диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;  диагностика неотложных состояний;  Умение использовать алгоритм обследования больных  при различной гинекологической патологии Выполнение основных диагностических манипуляций (забор мазков на онкоцитологию, взятие биопсии, аспирационной биопсии, раздельного диагностического выскабливания слизистой цервикального канала и полости матки и др.) | Онкологический диспансер | III семестр  216 часов;  4 недели | Профилактическая деятельность:  готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения, распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания ;  готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и онкологическими больными. | **Зачет** |
| 10 | **Диспансеризация гинекологических**  **больных**  диагностическая деятельность:  диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;  диагностика неотложных состояний;  Умение использовать алгоритм обследования больных при различной гинекологической патологии | Женская консультация | III семестр  108 часов  2 недели. | Профилактическая деятельность:  готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения, распространения заболеваний, их раннюю диагностику и адекватного лечения, предупреждение непланируемых беременностей. | **Зачет** |
| 11. | **Оперативная**  **гинекология.**  1. Курирование  больных  2.Ассистенция на  плановых операциях  3.Самостоятельное выполнение  экстренных операций  под руководством  врача  Диагностика неотложных состояний (эктопическая беременность, апоплексия яичника, тубооовариальное образование и др),  доброкачественных, предраковых и злокачественных опухолей женской половой системы.  Использование алгоритма обследования и лечения больных  при различной гинекологической патологии. | Гинекологичес-кое отделение | IV семестр  10 недель, 540часов. | Готовность к ведению, и лечению пациентов, нуждающихся в оказании акушерско-гинекологической медицинской помощи ;  готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях,  диагностика заболеваний и патологических состояний пациенток на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;  диагностика неотложных состояний;  диагностика беременности;  проведение медицинской экспертизы;  оказание медицинской помощи при неотложных состояниях у беременных и гинекологических больных. | **Зачет** |
| 12. | **Эндокринология**  **в акушерстве и**  **гинекологии*.***  диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования | Специализирован  ный приём | III  семестр,  108 часов  IV семестр 162 часа, 3 недели | Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за гинекологическими больными с эндокринной патологией;  готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении. | **Зачет** |

**8.ГРАФИК ПРАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Неделя** | **Даты** | **Наименование** | **Подтверждение выполнения**  (подпись ординатора) |
|  |  | . |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | . |  |
|  |  |  |

**9. ОСНОВНЫE ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ ПО ПРАКТИКЕ**

**АКУШЕРСТВО.**

1. ***Организация работы женской консультации***

Вопросы контроля:

1. Какими законодательными документами регламентируется охрана здоровья женщины в РФ?
2. По каким принципам строится работа женской консультации?
3. Какой объем обследования должен быть назначен беременной при первой явке в женскую консультацию?
4. В каких случаях беременность у женщины можно отнести в группу высокого риска?
5. Какой срок беременности является основанием для предоставления женщине дородового отпуска?

**Ситуационные задачи:**

1. Беременная А., 25 лет, с 8-недельного срока беременности регулярно наблюдается в женской консультации. Беременность протекает нормально, жалобы отсутствуют. На очередной прием к врачу пришла по истечении 30 недель для получения дородового декретного отпуска. Определите время следующей явки беременной к врачу. Какие клинико-лабораторные показатели необходимо определить у беременной при повторном обследовании на 30-й неделе беременности?
2. Беременная Л., 37 лет, продавец промышленных товаров, взята на учет в женской консультации в 26 недель беременности. Из анамнеза: беременность 6-я, предстоят 3-и роды двойней, первые роды закончились антенатальной гибелью плода, вторая беременность завершилась кесаревым сечением при сроке беременности 38 недель, затем беременности прерывались медицинскими абортами по желанию женщины в сроках до 12 недель. Определите срок повторного посещения консультации этой беременной. Определите группу риска, к которой относится беременная. В каком сроке беременная имеет право на получение отпуска по беременности и родам и какова его продолжительность?
3. ***Диагностика беременности и определение ее сроков.***

Вопросы контроля:

1. Методы диагностики факта беременности.
2. Какие данные позволяют определить срок беременности?
3. Назовите способы определения даты предполагаемых родов.
4. Какие существуют лабораторные методы диагностики беременности раннего срока?
5. Назовите особенности бимануального исследования в ранние сроки беременности.

**Ситуационные задачи:**

1. Пациентка Т., 26 лет, обратилась к гинекологу женской консультации с жалобами на отсутствие менструации в течение 2х месяцев, на тошноту, отсутствие аппетита, иногда рвоту. При объективном обследовании выявлен цианоз слизистой оболочки влагалища и шейки матки, обильные выделения молочного цвета во влагалище без запаха. При внутреннем влагалищном исследовании отмечается «размягчение» перешейка матки. Матка мягковатой консистенции, становится более плотной при пальпации, увеличена до 6-7 недель. Безболезненная. Придатки матки не увеличены, безболезненные. Диагноз. Какие признаки беременности выявлены? Определите объем лабораторно-инструментального обследования для подтверждения диагноза.
2. Пациентка М., 23 лет, обратилась в женскую консультацию 10 марта. Жалоб не предъявляет. Последняя менструация 25 декабря. По данным УЗИ от 5 февраля: в полости матки одно плодное яйцо, КТР 1,9. Данные влагалищного исследования: размеры матки соответствуют 10 неделям беременности. Определите срок беременности на 10 марта и предполагаемую дату родов. Соответствуют ли данные УЗИ результатам влагалищного исследования? Определите план обследования при первом обращении беременной в женскую консультацию.
3. ***Факторы, определяющие прогноз беременности и родов.***

Вопросы контроля.

1. Назовите плоскости малого таза и их основные размеры?
2. Какие существуют анатомические различия между мужским и женским тазом?
3. Перечислите признаки зрелого доношенного плода.
4. Дайте определение виду, позиции, положению и предлежанию плода.
5. Назовите методики пельвиометрии.

**Ситуационные задачи.**

1. Пациентка М., 23 лет, поступила в дородовое отделение с диагнозом: беременность 39 недель. При пельвиометрии выявлено: distantiaspinarum – 25 см, distantiacristarum – 29 см, distantiatrochanterica – 33 см, conjugataexterna – 21 см. Индекс Соловьева 15 см. Какова величина истинной и диагональной конъюгат?
2. При наружном акушерском исследовании у беременной Н., со сроком беременности 36 недель, выявлено, что спинка плода пальпируется справа и спереди, над лоном определяется мягкая часть плода, которая не баллотирует над входом в малый таз. Определите положение, позицию, вид и предлежащую часть плода.
3. ***Изменения в организме женщины во время беременности***

Вопросы контроля:

1. Как изменяются органы половой системы при беременности?
2. Какие изменения происходят в нервной системе женщины при беременности?
3. В чем заключается перестройка эндокринной системы у беременной?
4. Какие изменения во время беременности происходят в органах сердечно-сосудистой системы?
5. Какие изменения в иммунной системе обеспечивают возможность вынашивания беременности?

**Ситуационные задачи**

1. Пациентка З., 21 года, обратилась с жалобами на задержку менструации, тошноту, рвоту, раздражительность. Менструации с 12 лет, по 4-5 дней через 28, умеренные, болезненные. Последняя менструация 40 дней тому назад. Половая жизнь с 20 лет. Беременностей – 0. При внутреннем исследовании: слизистая оболочка влагалища цианотична, шейка коническая, зев точечный, закрыт. Матка увеличена до 5 недель беременности, перешеек размягчен. Придатки матки не пальпируются. Диагноз. Дополнительные методы исследования.
2. ***Обследование беременной в поздние сроки беременности.***

Вопросы контроля:

1. Цель и методы обследования женщины в поздние сроки беременности.
2. Как определить вид, позицию и предлежание плода?
3. Методы определения предполагаемой массы плода.
4. Какие инструментальные исследования позволяют оценить состояние плода?
5. Какие параметры составляют биофизический профиль плода?

**Ситуационные задачи:**

1. При обследовании повторнобеременной Л., 27 лет, обнаружено: форма живота продольноовальная, окружность живота – 98 см, высота стояния дна матки- 36 см, в дне матки – мягкая крупная часть плода, спинка плода справа, над входом в малый таз – плотная, круглая, баллотирующая часть плода. Срок беременности 39 недель. Определите положение, предлежание, позицию плода и его предполагаемую массу.
2. Пациентке 32 лет в 38 недель беременности выполняется кардиотокография. Определены следующие параметры: базальная ЧСС – 138-142 уд/мин, частота осцилляций 5 в 1 мин, амплитуда осцилляций 12 в 1 мин, отмечаются спорадические акцелерации, децелерации отсутствуют. Оцените сердечную деятельность плода по шкале Г.М. Савельевой. Какие можно выполнить функциональные пробы с целью определения компенсаторных и резервных возможностей плода?
3. ***Биологическая готовность беременной к родам. Предродовый подготовительный период.***

Вопросы контроля

1. Перечислите изменения в гормональном статусе беременной перед наступлением родов.
2. Какова роль плода в возникновении родовой деятельности?
3. Чем характеризуется подготовительный период?
4. Что входит в симптомокомплекс предвестников родов?
5. Назовите методики определения «зрелости» шейки матки. Критерии оценки «зрелости» шейки матки по шкале Бишопа.

**Ситуационные задачи.**

1. Беременная л., 24 года, поступила в приемное отделение с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота. Срок беременности 40-41 нед. Что позволит определить наличие биологической готовности беременной к родам?
2. У беременной К., 27 лет, находящейся в дородовом отделении по поводу доношенной беременности и отеков ног, при обследовании выявлен 4 тип цитологического мазка и положительный маммарный тест. Можно ли судить о готовности организма беременной к родам по этим признакам? Возможно ли спонтанное начало родовой деятельности в ближайшее время?
3. **Клиническое ведение родов**

Вопросы контроля

1. Назовите периоды родов.
2. Какие показания существуют к проведению влагалищного исследования в родах?
3. Назовите признаки отделения плаценты.
4. Какие существуют способы выделения последа?
5. Определите основные этапы оказания акушерского пособия в родах.
6. Изложите методику проведения амниотомии.

**Ситуационные задачи.**

1. Повторнородящая Е., 26 лет, поступила в родильный дом с доношенной беременностью и со схватками, начавшимися 14 часов назад. Положение плода продольное, спинка слева, предлежит головка плода большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 148 уд/мин. Схватки через 2-3 минуты по 40 секунд, средней силы, переходящие в потуги. Размеры таза: 25-28-32-21 см. Окружность живота 94 см, высота стояния дна матки 38 см. Данные внутреннего исследования: влагалище рожавшей женщины, шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет, предлежит головка плода большим сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева и спереди. Мыс не достижим. Диагноз. Определите предполагаемую массу плода, вставление головки плода, вид и позицию плода. Составьте план ведения родов.
2. У повторнородящей Б., 29 лет, потуги через 1-2 мин по 40-45 сек, достаточной силы. Головка плода врезывается. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 138-144 уд/мин. В предыдущих родах разрыва и рассечения промежности не было. Диагноз. Какое необходимо выполнить пособие? Перечислите его цели.
3. ***Обезболивание родов***

Вопросы контроля:

1. Что необходимо учитывать при выборе метода обезболивания в родах?
2. Показания к акушерскому наркозу в родах.
3. Какие средства применяются для современного внутривенного наркоза?
4. Какое обезболивание при дистоции шейки матки является наиболее эффективным?
5. Назовите противопоказания к эпидуральной анестезии.
6. Изложите методику проведения пудендальной анестезии.

**Ситуационные задачи**

1. Первородящая б., 22 лет, 8 часов в родах, родовая деятельность имеет тенденцию к ослаблению, ночь не спала, утомлена. Срок беременности доношенный, размеры таза: 25-28-32-21 см. Предполагаемая масса плода 3700 г. Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 3 см, плодный пузырь цел, головка прижата ко входу в малый таз. Мыс не достижим. Кости таза без экзостозов. Диагноз. Определите тактику ведения родов. Какие препараты следует использовать для акушерского наркоза?
2. У повторнобеременной первородящей К., 29 лет, головка плода врезывается, ткани промежности ригидные, планируется эпизиотомия. Требуется ли обезболивание перед эпизиотомией? Если да, то каким методом?
3. ***Физиологический послеродовый период.***

Вопросы контроля:

1. Какова продолжительность послеродового периода (раннего, позднего)?
2. Механизмы гемостаза в матке в послеродовом периоде.
3. Чем определяется характер лохий в пуэрперальном периоде?
4. Определите возможные изменения основных клинико-лабораторных показателей в послеродовом периоде.
5. Какой объем клинико-лабораторного обследования родильницы перед выпиской из стационара?
6. Методика исследования молочных желез в послеродовом периоде.

**Ситуационные задачи**

1. У повторнородящей А. только что произошли неосложненные роды через естественные родовые пути доношенным плодом мужского пола массой 3500 г, длиной 52 см, с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов. Когда следует приложить новорожденного к груди и какие преимущества раннего прикладывания к груди? Через какой промежуток времени можно разрешить встать родильнице?
2. Родильница В., на 3-й день послеродового периода, после вторых срочных родов, отметила появление выраженных болей в нижних отделах живота, особенно усиливающихся при кормлении новорожденного. Дифференциальный диагноз. Объем необходимых исследований. Принципы лечения.
3. ***Артериальная гипертензия, индуцированная беременностью, преэклампсия***

Вопросы контроля:

1. Какие осложнения развиваются при преэклампсии и эклампсии?
2. Определите объем лабораторно-инструментальных методов обследования беременной, входящей в группу риска по развитию поздних осложнений беременности.
3. Какова терапия и тактика при появлении симптомов преэклампсии тяжелой степени?
4. Определите объем неотложной помощи при эклампсии.

**Ситуационные задачи**

1. Повторнобеременная М., состоит на учете в женской консультации с 8 недель беременности. При очередном визите к врачу в сроке 30 недель, после месячного перерыва в связи с болезнью ребенка, предъявила жалобы на наличие отеков на ногах, руках, головную боль. В анамнезе во время предыдущей беременности был приступ эклампсии в родах. Объективно отмечено наличие отеков на конечностях и передней брюшной стенке, повышение АД на обеих руках до 150/90 мм рт. ст. Диагноз. План обследования. Прогноз для беременной и плода. Лечение.
2. Через три часа после начала регулярной родовой деятельности у первородящей В., 25 лет, находящейся в родильном отделении, появилась головная боль, через 10 минут произошел приступ судорог с кратковременной потерей сознания; АД 150/95 на правой руке и 160/100 мм рт.ст. на левой руке. При исследовании мочи обнаружен белок в количестве 1,65 г/л. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 132 уд/мин. При влагалищном исследовании обнаружено: шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 2 см. Плодный пузырь цел. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Диагноз. Лечение. План ведения родов.
3. ***Невынашивание беременности***

Вопросы контроля:

1. Назовите принципы диагностики и лечения угрожающего и начавшегося выкидыша.
2. Укажите особенности обследования женщин, страдающих привычным невынашиванием беременности.
3. В чем заключаются принципы лечения инфицированного аборта?
4. Особенности ведения преждевременных родов.
5. Методы диагностики преждевременного излития околоплодных вод.

**Ситуационные задачи**

1. В отделение патологии поступила первородящая В., 20 лет с жалобами на тянущие боли внизу живота. Объективно: живот овоидной формы за счет беременной матки, соответствующей 30 неделям беременности. Матка при пальпации приходит в повышенный тонус, положение плода продольное, головка над входом в малый таз, сердцебиение ясное, ритмичное до 140 уд/мин. Диагноз. План ведения.
2. В родильный дом поступила беременная М., с жалобами на схваткообразные боли в течение 4 часов и подтекание околоплодных вод в течение 3 часов. Объективно: матка соответствует 34-35 неделям беременности. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз, сердцебиение ясное, ритмичное 136 уд\мин, подтекают светлые воды. Диагноз. План ведения.
3. ***Ведение беременности и родов при экстрагенитальной патологии***

Вопросы контроля:

1. Каковы принципы диспансеризации и тактика ведения беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы?
2. Какие показания для прерывания беременности на ранних и поздних сроках у женщин с заболеваниями сердечно-сосудистой системы?
3. Какие существуют методы профилактики и лечения фетоплацентарной недостаточности при анемии беременных?
4. Определите основные принципы лечения и акушерской тактики при пиелонефрите.
5. Какие положения необходимо учитывать при ведении беременности и родов при сахарном диабете?

**Ситуационные задачи**

1. Пациентка А., 36 лет, обратилась в женскую консультацию по поводу задержки менструации в течение 3-х недель и предполагаемой беременности, в которой она заинтересована. Из анамнеза известно, что год назад женщина перенесла митральнуюкомиссуротомию в связи с ревматическим пороком сердца. В течение 5 лет обострения ревматического процесса не наблюдалось. На момент осмотра жалоб не предъявляет. Диагноз. План обследования. Тактика врача.
2. Первобеременная В., 23 лет, обратилась к врачу с жалобами на повышение температуры тела до 38,5С, озноб, появление болей в поясничной области справа с иррадиацией в паховую область и вниз живота, общее недомогание, головную боль. В настоящее время срок беременности 24 рнедели. Соматически здорова. Указанные жалобы возникли впервые. Объективно: кожные покровы, слизистые бледные, сухие. Общее состояние относительно удовлетворительное. Пульс 90 ударов в 1 минуту, удовлетворительного наполнения. АД 110/65 мм рт. ст. (Д=S). Тоны сердца ясные, чистые, шумов нет. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Поколачивание по поясничной области резко болезненно справа. Матка возбудима при пальпации, безболезненна во всех отделах. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд в 1 мин. Диагноз. Тактика врача.
3. ***Ведение беременности при аномалиях костного таза***

Вопросы контроля:

1. Какие анатомические изменения характерны для узкого таза?
2. Методы диагностики анатомически узкого таза.
3. Что лежит в основе определения степени сужения таза?
4. Особенности ведения родов при анатомически узком тазе.
5. Методика определения и оценки признака Вастена.

**Ситуационные задачи**

1. Первобеременная А., 20 лет, при беременности сроком 39 недобследована в женской консультации. Получены следующие данные: размеры таза 22-24-26-17 см, индекс Соловьева 14 см, предполагаемая масса плода 3600 г, диагональная коньюгата 9 см. Диагноз. Тактика ведения беременной.
2. Первородящая Б., 25 лет, поступила в родильный дом через 9 часов от начала родовой деятельности, околоплодные воды отошли час назад. При осмотре: рост 173 см, масса тела 73 кг. Живот овоидной формы, окружность живота 102 см, высота стояния дна матки 39 см. Размеры таза: 24-26-29-20 см, окружность таза 82 см, боковые коньюгаты 15,5 см, индекс Соловьева 15 см. Ромб Михаэлиса: вертикальный размер 11 см, горизонтальный 8 см. Положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Схватки через 2-2,5 мин, по 45 сек, достаточные по силе, умеренно болезненные. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд/мин. Подтекают светлые околоплодные воды. Данные влагалищного исследования: раскрытие маточного зева 7 см, края маточного зева тонкие, податливые. Плодный пузырь отсутствует. Головка плода прижата. Стреловидный шов в прямом размере, малый родничок спереди. Мыс не достижим.Диагноз. Тактика ведения родов.
3. ***Ведение беременности и родов при тазовом предлежании плода***

Вопросы контроля:

1. Назовите причины образования тазового предлежания плода.
2. Биомеханизм родов при тазовом предлежании плода.
3. Методы диагностики тазового предлежания.
4. Какие осложнения беременности и родов встречаются при тазовом предлежании плода?
5. Изложите методики оказания пособия по Цовьянову при ягодичном, ножном предлежании.
6. Изложите методику классического ручного пособия при запрокидывании ручек плода.
7. Показания к кесареву сечению при тазовом предлежании плода.

**Ситуационные задачи**

1. В приемный покой родильного дома поступила первобеременная А., 23 лет, с доношенным сроком беременности, с жалобами на излитие вод 3 часа назад и схватки, начавшиеся 2 часа назад. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный. АД 120/70 мм рт. ст. Размеры таза 25-28-30-20 см. Схватки через 4-5 минут, по 30-35 секунд средней силы. Окружность живота 97 см. Высота стояния дна матки – 36 см. Положение плода продольное. В дне матки определяется крупная, плотная часть. Сердцебиение плода 142 удара в минуту, ритмичное, выслушивается выше пупка. Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 3 см, края тонкие, податливые. Плодного пузыря нет. Во влагалище определяется ножка плода. Подтекают воды, окрашенные меконием. Мыс не достижим. Через 1 час после поступления при очередном осмотре роженицы обнаружено, что из влагалища выпала ножка плода. Сердцебиение плода по данным мониторного наблюдения без изменений, 146 ударов в минуту. Сформулируйте клинический диагноз. Какие ошибки были допущены при ведении роженицы? План дальнейшего ведения родов.
2. Повторнородящая Л., 32 лет, с чисто ягодичным предлежанием плода находится во втором периоде родов. После рождения плода до нижнего угла лопатки продвижение его прекратилось. Потуги слабые, редкие. Сердцебиение плода приглушено, 100 ударов в минуту. Диагноз. Как вести роды?
3. ***Ведение беременности и родов при крупном плоде, разгибательных предлежаниях головки и неправильных положениях плода***

Вопросы контроля:

1. Назовите наиболее частые осложнения родов при крупном плоде.
2. По каким признакам ставится диагноз клинически узкого таза?
3. Укажите методики диагностики разгибательных предлежаний плода.
4. Методы диагностики поперечного положения плода.
5. Чем характеризуется запущенное поперечное положение плода и каковы методы родоразрешения?

**Ситуационные задачи**

1. Повторнородящая Л., 36 лет (третьи роды). Поступила в клинику через 5 часов после начала родовой деятельности. Воды не отходили. Беременность доношенная. При осмотре: брюшная стенка растянута, имеется расхождение мышц по средней линии, многочисленные рубцы беременных. При наружном исследовании установлено наличие поперечного положения плода (передний вид). Данные влагалищного исследования: шейка сглажена, раскрытие маточного зева 6 см, края толстые. Плодный пузырь цел, напряжен. Предлежащая часть не достигается. Диагноз. Тактика ведения родов.
2. Первородящая М., 29 лет. Беременность доношенная. В родах 8 часов, безводный промежуток 2 часа. Жалуется на появление схваток потужного характера. Схватки сильные, болезненные через 1-2 мин по 40-50 сек. Положение плода продольное, предлежит головка плода. Сердцебиение плода 100 уд/мин. Признак Вастена вровень, окружность живота 102 см, высота стояния дна матки 41 см. Данные влагалищного исследования: шейка сглажена, раскрытие маточного зева 9 см, края тонкие. Плодного пузыря нет. Предлежит головка нижним полюсом между I и II параллельными плоскостями. Мыс не достижим, экзостозов нет. Диагноз. План ведения родов. Прогноз для роженицы и плода.
3. ***Ведение беременности и родов при многоплодии***

Вопросы контроля:

1. Назовите наиболее частые причины многоплодной беременности.
2. Клинические признаки многоплодной беременности.
3. Какие осложнения характерны для многоплодной беременности?
4. Возможные осложнения в родах при многоплодии и их профилактика. Ведение родов двойней.
5. Какие аномалии внутриутробного развития наиболее часто встречаются у близнецов?
6. Методика классического комбинированного наружновнутреннего поворота плода на ножку.
7. Методика осмотра родившегося последа.

**Ситуационные задачи**

1. У повторнородящей С., 28 лет, при беременности двойней на 32 неделе беременности произошло преждевременное излитие светлых околоплодных вод. Оба плода находятся в головном предлежании, продольном положении, по данным ультразвуковой фетометрии соответствуют сроку беременности. При влагалищном исследовании обнаружено, что шейка матки отклонена кзади, наружный зев пропускает кончик пальца. Подтекают светлые околоплодные воды. По данным КТГ состояние обоих плодов удовлетворительное. Обоснуйте прогноз и тактику ведения беременности. План ведения родов.
2. Повторнородящая Г., 37 лет, предъявляет жалобы на наличие регулярных схваток продолжительностью 25-35 сек с интервалами 7-9 мин. При обследовании установлено наличие беременности двойней, срок беременности 37 недель. Оба плода находятся в головном предлежании, продольном положении. Состояние плодов, по данным КТГ, удовлетворительное. Размеры таза: 26-28-31-21 см. Индекс Соловьева 17 см. При влагалищном исследовании обнаружено, что шейка матки укорочена до 1,5 см, размягчена, цервикальный канал проходим для 2 пальцев. Плодный пузырь цел. Головка первого плода прижата ко входу в малый таз. Какова тактика ведения родов?
3. ***Аномалии родовой деятельности***

Вопросы контроля:

1. Причины развития аномалий родовой деятельности.
2. Какие осложнения для матери и плода возможны в родах при слабости родовой деятельности?
3. Назовите клинические признаки дискоординированной родовой деятельности.
4. Проведите дифференциальную диагностику дискоординации и слабости родовой деятельности.
5. Методика оценки сократительной активности матки.
6. Кардиотокография. Методика проведения, критерии оценки.
7. Показания и противопоказания к родостимуляции.

**Ситуационные задачи**

1. Повторнородящая Л., 32 лет. Роды срочные. Родовая деятельностьдлится 10 часов, схватки по 45-50 сек., через 3-5 минут, болезненные, 2 года назад перенесла эндометрит после перфорации матки во время аборта. Размеры таза 25-28-31-21 см. Предполагаемая масса плода 3400 г. Раскрытие маточного зева 4 см, предлежит головка – прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 130 уд/мин, ясное. Диагноз. Осложнения в родах. План ведения родов. Лечение.
2. Первородящая М., 24 лет, поступила через 3 часа от начала родовой деятельности. Беременность доношенная. Схватки через 1,5 – 2 минуты по 35-40 сек потужного характера. Размеры таза 27-30-33-21 см. Предполагаемая масса плода 3300 г. При поступлении в клинику отошли светлые околоплодные воды. При влагалищном исследовании отмечено: открытие маточного зева полное, головка в полости малого таза. Сердцебиение плода 110 уд/мин, приглушено, после потуги не выравнивается. Диагноз. План ведения родов. Прогноз родов для матери и плода. Лечение.
3. ***«Острый живот» у беременных***

Вопросы контроля:

1. Назовите основные клинические симптомы внематочной беременности.
2. Какие существуют методы лечения внематочной беременности? Опишите технику проведения тубэктомии.
3. В чем особенности оперативного лечения и ведения послеоперационного периода у беременных с острым аппендицитом?
4. Какова тактика ведения беременных с острым холециститом?
5. Особенности лечения беременных с кишечной непроходимостью.
6. Методика определения симптома Куленкампфа, Промптова.
7. Методика проведения пункции Дугласова пространства.

**Ситуационные задачи**

1. Больная В., 28 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на задержку менструации на 2 нед, мажущие кровянистые выделения из половых путей, тупые схваткообразные боли в нижних отделах живота. Беременностей ранее не было. Тест на ХГ, выполненный дома, положительный. При гинекологическом осмотре отмечен цианоз слизистой оболочки влагалища, увеличение и болезненность правых придатков матки. Предварительный диагноз. Объем дополнительного обследования. Тактика лечения.
2. В женскую консультацию обратилась больная А. при сроке беременности 20 недель с жалобами на боль внизу живота. Боль появилась неожиданно несколько часов назад, локализовалась в эпигастральной области, затем опустилась в правую подвздошную область. Больная отмечает также сухость во рту, повышение температуры тела до 37,4 С, однократную рвоту. В беременности заинтересована. Диагноз. Тактика врача. Особенности лечения.
3. ***Беременность и опухоли женских половых органов***

Вопросы контроля:

1. Какие осложнения течения беременности возникают при миоме матки и цистаденоме яичника?
2. Какие отклонения в течении родов возможны при миоме матки?
3. Какова тактика лечения рака яичника IА стадии у беременной при сроке беременности 8 недель?
4. Что делать при обнаружении одиночного субсерозного миоматозного узла на передней стенке матки диаметром 6 см во время операции кесарева сечения?
5. Особенности терапии угрозы прерывания беременности в I триместре при наличии миомы матки.
6. Методика получения мазков с экзо- и эндоцервикса для цитологического исследования. Жидкостная цитология. Особенности забора материала. Критерии оценки. Преимущества.

**Ситуационные задачи**

1. Беременная К., 32 лет, наблюдается в женской консультации по поводу беременности 24 нед, миомы матки. В течение двух дней отмечает тянущие боли в области нижней части живота. Из анамнеза: менструации с 12 лет, установились сразу, по 4-5 дней, через 30 дней, последние были 6 месяцев назад. Половая жизнь с 19 лет, в браке. Беременность – 1, прервана путем мед. аборта. В течение 7 лет проходила обследование и лечение по поводу вторичного бесплодия трубно-перитонеальной формы. Три года назад выявлена миома матки интрамурально-субсерозной локализации размерами 1,5х2,0 см. Данная беременность вторая, наступила после экстракорпорального оплодотворения. До 24 нед. течение беременности гладкое. Объективно: матка возбудима при пальпации, дно ее на 1 поперечный палец выше пупка, по правой боковой стенке матки пальпируется миоматозный узел размерами 7х8 см, болезненный. Диагноз. Дифференциальный диагноз. План обследования и лечения беременной.
2. Пациентка Н., 27 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на тянущие боли внизу живота, больше справа, в течение последних 5 дней. У пациентки имеется задержка менструации в течение 2-х месяцев. При УЗ исследовании обнаружено: в полости матки один живой подвижный плод, соответствует 8 нед беременности, плацента формируется по передней стенке. В области правых придатков матки обнаружено многокамерное образование размерами 5х7 см, с толстыми стенками, наличием пристеночных гиперэхогенных включений по внутренней поверхности капсулы; левый яичник 4х3 см обычной структуры, содержит гипоэхогенное образование 1х1,5 см (желтое тело?). Диагноз. План обследования и лечения.
3. ***Кровотечения во второй половине беременности, в родах и раннем послеродовом периоде***

Вопросы контроля:

1. Причины появления кровотечения во второй половине беременности и в родах.
2. Методы диагностики расположения плаценты.
3. Оказание неотложной помощи при подозрении на преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты. Лечебная тактика при беременности и во время родов.
4. Основные причины кровотечений во время родов и в послеродовом периоде.
5. Алгоритм действий врача при кровотечении в последовом и раннем послеродовом периодах.

**Ситуационные задачи**

1. Роженица Н. Поступила в клинику с жалобами на регулярные схватки в течение 5 часов и отхождение околоплодных вод в большом количестве 3 часа назад. Из анамнеза известно: предшествующие беременности I – роды, II – медаборт. В сроке беременности 34/35 нед находилась на стационарном лечении в дородовом отделении по поводу легкой преэклампсии. Данные осмотра: общее состояние удовлетворительное, кожа и видимые слизистые оболочки бледные. У роженицы отмечаются выраженные отеки стоп, голеней, передней брюшной стенки, лица, кистей рук. Пульс 110 уд в мин., ритмичный. АД 90/50 мм рт.ст. Размеры таза в пределах нормы. Матка напряжена, не расслабляется между схватками, болезненная при пальпации. Схватки через 4-5 мин по 30-35 сек, сильные, болезненные. Определить положение плода четко не удается, части плода не пальпируются. Сердцебиение плода глухое, ритмичное, 90 уд/мин, между схватками не выравнивается. При внутреннем исследовании: влагалище емкое, шейка матки сглажена, края маточного зева средней толщины, ригидные, раскрытие маточного зева 3 см. Плодного пузыря нет, подтекают воды, окрашенные кровью. Головка прижата ко входу в малый таз. Мыс не достигается. Выделения кровянистые, умеренные. Диагноз. План обследования. Тактика врача.
2. ***Родовой травматизм матери***

Вопросы контроля:

1. Какой объем лечебных и диагностических мероприятий необходимо выполнить, если при осмотре родовых путей обнаружен разрыв шейки матки с переходом на свод влагалища?
2. Какие мероприятия необходимо провести в первую очередь в случае, если поставлен диагноз угрожающего разрыва матки в родах?
3. Каким должен быть минимальный объем терапии у родильницы с разрывом лонного сочленения?
4. В чем причина формирования пузырно-влагалищных свищей?
5. Травмой каких анатомических структур сопровождается разрыв промежности III степени?

**Ситуационные задачи**

1. Родильница К., 23 лет, доставлена машиной «скорой помощи» в стационар после первых срочных родов, произошедших на дому. Вместе с родильницей доставлен доношенный ребенок массой 4300 г, длиной 54 см. Послед массой 600 г визуально цел, оболочки все. Со слов доставившего фельдшера 2 часа назад внезапно начались резкие схваткообразные боли внизу живота, которые в течение часа значительно усилились, приняли потужной характер, вызвала «скорую». Спустя 1 час 30 минут от начала схваток родила живую девочку. При поступлении состояние родильницы тяжелое, заторможена, контакт затруднен. Кожные покровы бледные. АД 70/40 мм рт.ст., пульс 100 уд/мин, слабого наполнения. Дно матки плотное, на 2 поперечных пальца ниже пупка, из половых путей – кровотечение. Диагноз. Дифференциальный диагноз. План обследования и лечения.
2. Родильница В., 34 лет, находится в послеродовом отделении после первых срочных родов, произошедших 16 часов назад. Роды продолжались 18 часов, осложнились преждевременным излитием околоплодных вод, слабостью родовой деятельности, острой асфиксией плода в периоде изгнания, по поводу чего были наложены полостные акушерские щипцы. Масса ребенка при рождении 3600г, по Апгар 4/6 баллов, размеры таза матери 25-28-30-19 см, индекс Соловьева 17 см. Родильница жалуется на боль в области лобка, особенно при разведении ног, согнутых в коленях и тазобедренных суставах. Пальпация лона резко болезненна, определяется отечность тканей и углубление между концами лобковых костей. Диагноз. План обследования и лечения. Причина возникновения данного осложнения.
3. ***Акушерские операции***

Вопросы контроля:

1. Каковы показания для амниотомии? Техника проведения.
2. Абсолютные и относительные показания для операции кесарева сечения. Методика проведения корпорального кесаревого сечения, кесарева сечения в нижнем сегменте матки по Л.В. Гусакову и П.В. Занченко.
3. В чем принципиальные отличия в показаниях для наложения акушерских щипцов и вакуум-экстрактора? Опишите методику наложения выходных акушерских щипцов.
4. В каких случаях производится перинеотомия, а в каких эпизиотомия? Методика перинеотомии.
5. Показания и методика ручного обследования полости матки.
6. Показания к проведению плодоразрушающих операций. Методика операции.
7. Операции искусственного прерывания беременности. Показания. Методика проведения.

**Ситуационные задачи**

1. Родильница (4-е сутки после родов) предъявила жалобы на обильные кровянистые выделения из половых путей, слабость. В анамнезе 5 медицинских абортов (последний аборт был осложнен метроэндометритом). Состояние удовлетворительное. Пульс 78 уд/мин, АД 100\60 мм рт.ст. Температура тела 36,7С. По данным влагалищного исследования тело матки увеличено до 16 недель, мягковатой консистенции, безболезненное при пальпации. Цервикальный канал свободно проходим для 1 поперечного пальца. По данным УЗИ: полость матки расширена, имеются в области дна матки анэхогенные и гиперэхогенные участки (подозрение на остатки плаценты, сгустки крови). Диагноз. Тактика врача.
2. Повторнобеременная, с доношенным сроком беременности, 36 лет, обратилась с жалобами на появление 2 часа назад регулярных схваток. Воды целы. При осмотре выявлено: состояние удовлетворительное, схватки через 6-7 мин по 35 сек. Предлежащая часть над входом в малый таз не определяется, головка плода пальпируется справа. Диагноз. Способ родоразрешения и в каких условиях.
3. ***Послеродовые гнойно-воспалительные заболевания***

Вопросы контроля:

1. Клинические формы послеродовой инфекции.
2. Основные возбудители и пути распространения послеродовой инфекции.
3. Клиника, диагностика и прогноз послеродового эндометрита.
4. Факторы риска развития лактационного мастита.
5. Профилактика послеродовых инфекционных заболеваний.
6. Методика осмотра промежности и влагалищного исследования при наличии послеродовой инфекции.
7. Исследование молочных желез при лактационном мастите.
8. На чем основан диагноз послеродового сепсиса?
9. Основные принципы лечения септического шока.
10. Диагноз и принципы лечения акушерского перитонита.
11. Клиническое различие септикопиемии и септицемии.
12. Методика подсчета шокового индекса.
13. Методика подсчета лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ).

**Ситуационные задачи**

1. Родильница Г., 33 лет, на 5-е сутки после 3-их родов пожаловалась на слабость, небольшие боли в области левой голени. На следующий день боли усилились, появился озноб, температура тела повысилась до 38 С. В родах – вторичная слабость родовой деятельности, наложение выходных акушерских щипцов. Предыдущие 2 родов и 1 искусственный аборт протекали без осложнений. После 2-х родов появилось варикозное расширение вен нижних конечностей. Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 38,5С. Пульс 92 удара в минуту. АД 140/80 мм рт.ст. Кожные покровы лица гиперемированы. Живот мягкий, безболезненный. Дно матки на середине расстояния между пупком и лоном. Матка безболезненная. Лохии серозно-кровянистые, незначительные, без запаха. Имеется выраженное расширение вен обеих стоп и голеней. На внутренней поверхности левой голени по ходу большой подкожной вены имеется покраснение кожи. Вена на протяжении около 10 см уплотнена и болезненна. Паховые лимфатические увеличены и болезненны. Левая стопа пастозна. Анализ крови: лейкоциты – 12х10Х9/л; п- 12, с-50, СОЭ – 40 мм/ч. Протромбиновый индекс – 103, протромбиновое время 36. Клинический диагноз. Перечислите факторы риска возникновения этого заболевания в послеродовом периоде. План лечения.
2. Первобеременная А., 30 лет, по поводу упорной первичной слабости родовой деятельности произведено кесарево сечение в нижнем маточном сегменте. Безводный промежуток составил 14 часов 30 минут. Интраоперационная кровопотеря 900 мл. Назначена антибактериальная терапия (пенициллин, канамицин). На 5-е сутки послеоперационного периода отмечено повышение температуры тела до 38,6С. В течение суток состояние стало тяжелым. Живот при пальпации напряжен в нижних отделах, вздут, отмечается резкая болезненность, положительные симптомы раздражения брюшины. При внутреннем исследовании: матка увеличена до 12 недель беременности, мягкая, болезненная. Выделения обильные, гноевидные. Диагноз. Какие необходимо выполнить дополнительные диагностические исследования? Как проводится лечение?

**ГИНЕКОЛОГИЯ**

1. **Женщина в течение 2 лет отмечает нерегулярные менструации с интервалами от 30 до 50 дней. Она не может забеременеть в течение 1 года. Внешне женщина выглядит здоровой; спортсменка, участвует в соревнованиях на бегу на длинные дистанции. Какое из нижеперечисленных исследований даст наибольшую информацию о причине бесплодия?**
2. Лапароскопия
3. Анализ спермы ее полового партнера
4. Измерение базальной температуры тела
5. Посткоитальная проба
6. Гистероскопия
7. **Выберите наиболее точный метод для определения причины патологического маточного кровотечения у женщин в возрасте 30-40 лет.**
8. Измерение базальной температуры
9. Биопсия эндометрия
10. Диагностическое выскабливание матки
11. Гистероскопия
12. Определение концентрации эстрогенов и прогестерона
13. **Диагноз внематочной беременности ставят на основании:**
14. Кульдоцентеза – при получении несвернувшейся крови
15. Пролиферативных изменений эндометрия по результатам диагностического выскабливания
16. Отсутствия в матке плодного яйца в 6 недель беременности при УЗИ органов малого таза
17. Положительной пробы мочи на беременность
18. Результатов анализа сыворотки крови на наличие в-субъединицы ХГТ
19. **36-летняя женщина, не имевшая беременностей, предъявляет жалобы на болезненные менструации и бесплодие в течение 1 года половой жизни без использования противозачаточных средств. Последние несколько лет она пользовалась ВМС, удаленным затем из-за постоянных болей. После удаления ВМС женщина прошла курс лечения антибиотиками. Она думает, что больна эндометриозом. Какие признаки и симптомы подтвердили бы этот диагноз?**
20. Узлы на прямокишечно-маточных связках
21. Увеличение яичников
22. Ретроверсия матки
23. Выявление эндометриоидных имплантатов при лапароскопии
24. Диспареуния
25. **При каких из указанных состояний, сопровождающихся аменореей, следует ожидать повышение концентрации гонадотропинов?**
26. Синдром Рокитанского-Кюстера-Хаузера
27. Синдром Колмена
28. Дисгенезия гонад
29. Неврогенная (нейро-психическая) анорексия
30. Аденома гипофиза
31. **24-летняя женщина обращается с жалобами на мажущие кровянистые выделения из влагалища и незначительную боль в правой подвздошной области. Анамнез: менструации нерегулярные, последняя была 7 недель назад. При обследовании определяют матку нормальных размеров с мягким дном и незначительную болезненность в правой подвздошной области. Содержание в-субъединицы ХГТ за день до обследования составляло 1000 мМЕ/л. Что из нижеперечисленного должен сделать врач в первую очередь?**
32. Рекомендовать диагностическую лапароскопию
33. Произвести УЗИ органов малого таза
34. Произвести кульдоцентез
35. Повторить определение содержания в-субъединицы ХГТ через 24 часа
36. Повторить определение содержания в-субъединицы ХГТ через одну неделю
37. **У женщины инвазивный плоскоклеточный рак шейки матки, распространяющийся на нижнюю треть влагалища. При исследовании, направленном на выявление метастазов, выявлен правосторонний гидронефроз. Какая стадия рака соответствует данной клинике?**
38. IБ
39. IIБ
40. IIIА
41. IIIБ
42. IVА
43. **Каким преимуществом обладает влагалищная цистоуретропексия перед другими хирургическими методами оперативного лечения неудержания мочи?**
44. При чрезвлагалищном доступе операция сопровождается меньшим риском, чем при абдоминальном
45. Одновременно возможна коррекция несостоятельности мышц тазового дна
46. Частота излечения выше, чем при абдоминальном доступе
47. Меньше вероятность задержки мочи в послеоперационном периоде
48. **Концентрация какого из перечисленных веществ отражает содержание андрогенов в крови?**
49. Свободный тестостерон
50. Андростендион
51. Общий тестостерон
52. ДГЭАС
53. 17-Гидроксипрогестерон
54. **52-летняя женщина обеспокоена тем, что в прошлом месяце у нее в течение 4 дней были кровянистые выделения из влагалища. Последняя менструация была 2 года назад. При биопсии эндометрия была выявлена аденоматозная гиперплазия. Что из нижеуказанного могло бы объяснить эту клиническую картину?**
55. Избыточное преобразование преандрогенов в жировой ткани
56. Секреция эстрогенов клетками theca
57. Высокое содержание ФСГ
58. Недостаточная ароматизация преандрогенов при гипотиреозе
59. Избыточная секреция андрогенов корой надпочечников
60. **Какой из перечисленных методов применяют на первом этапе лечения диссинергии детрузора – врожденной патологии мочевого пузыря, способной быть причиной неудержания мочи?**
61. Лекарственная терапия
62. Физиотерапия
63. Оперативное лечение
64. Психотерапия
65. Отсутствие лечения
66. **Данные раздельного диагностического выскабливания цервикального канала и полости матки, проведенного в связи с кровотечением в постменопаузе 51-летней женщине: глубина матки 7 см, в эндоцервикальном соскобе патологии не выявлено, при исследовании ткани эндометрия обнаружена высокодифференцированная аденокарцинома. Метастазов нет. Какой метод лечения будет правильным?**
67. Экстирпация тела матки и придатков
68. Гистерэктомия
69. Тазовая экзентерация
70. Лучевая терапия
71. Химиотерапия
72. **Пероральные контрацептивы можно применять для профилактики рака:**
73. Влагалища
74. Маточной трубы
75. Эндометрия
76. Шейки матки
77. Толстого кишечника
78. **С чем может быть связано ДМК в период перименопаузы7**
79. Повышение содержания ФСГ
80. Избыток прогестерона в крови
81. Усиленная ароматизация предшественников андрогенов
82. Атрофия эндометрия
83. **Что из перечисленного подтверждает диагноз эндометриоза?**
84. Двустороннее увеличение яичников
85. Узловатость позадиматочной области
86. Дисменорея
87. Ничто из перечисленного
88. **У 23 летней женщины с нерегулярными менструальными циклами (беременностей не было) выявлена гиперплазия эндометрия. Она очень хочет иметь ребенка. Что необходимо предпринять на первом этапе лечения?**
89. Циклическая терапия пероральными контрацептивами в течение 3 месяцев
90. Повторная биопсия эндометрия через 3 месяца без проведения какого-либо лечения
91. Стимуляция овуляции кломифеном
92. Циклическая терапия прогестинами
93. Непрерывная терапия прогестинами
94. **35-летняя женщина закончила лечение эндометриоза 6 месяцев назад. Сейчас ее беспокоит аменорея. Она отвечает, что во время лечения у нее были нерегулярные кровянистые выделения, прибавка массы тела и приступы депрессии. По ее словам, диспареунии во время лечения не было. Какой препарат был назначен больной?**
95. Один из агонистов гонадолиберина
96. Даназол
97. Один из прогестинов
98. Пероральный контрацептив
99. Кортикостероид
100. **Выберите порядок обследования при оценке характера болей в брюшной или тазовой области**
101. Осмотр, перкуссия, аускультация, пальпация
102. Пальпация, осмотр, аускультация, перкуссия
103. Осмотр, аускультация, перкуссия, пальпация
104. Аускультация, осмотр, пальпация, перкуссия
105. Пальпация, осмотр, перкуссия, аускультация
106. **23 летняя женщина обращается к врачу с жалобами на слизисто-гнойные выделения из влагалища, боли внизу живота и повышение температуры, возникшие к концу менструации. Какое из передаваемых половым путем заболеваний наиболее вероятно у больной?**
107. Гарднереллез
108. Хламидиоз
109. Гонорея
110. Шанкроид
111. Паховая гранулема
112. **Какое лечение необходимо назначить 21-летней одинокой студентке с диагностированным эндометриозом легкой степени и дисменореей?**
113. Непрерывный прием пероральных контрацептивов
114. Даназол
115. Длительно действующие прогестины в/м
116. Циклический прием пероральных контрацептивов
117. Агонисты гонадолиберинов
118. **Женщине с аденокарциномой эндометрия (стадия I , степень 1) произведена тотальная абдоминальная гистерэктомия с двусторонней сальпингоофорэктомией (экстирпация тела матки и придатков). При исследовании препарата матки выявлена злокачественная инвазия миометрия на глубину 3 мм. Ваша дальнейшая тактика7**
119. Выжидательная (никакого лечения)
120. Местное облучение культи влагалища
121. Наружное облучение таза
122. Биопсия парааортальных лимфатических узлов
123. Терапия медроксипрогестероном
124. **19-летняя женщина обращается к врачу с жалобами на острую боль внизу живота, возникающую ежемесячно со времени начала менструаций в возрасте 14 лет. Приблизительно через 2 недели после 2-3-дневного приступа болей у нее начинается менструация. Наиболее вероятная причина болей?**
125. Эндометриоз
126. Дисменорея
127. ВЗОТ
128. Межменструальные боли
129. Эктопическая беременность
130. **25-летняя женщина предъявляет жалобы на мажущие кровянистые выделения из влагалища в течение 3 дней. Последняя менструация была за 6 недель до начала выделений, до этого менструальные циклы были регулярными. Болей нет. При влагалищном исследовании размеры матки – верхняя граница нормы, патологических образований в области придатков нет. Что должен сделать врач?**
131. Провести гистероскопию
132. Провести диагностическое выскабливание
133. Измерить базальную температуру тела
134. Определить содержание ХГТ
135. Назначить прогестины, например, медроксипрогестерон ацетат
136. **Аменорея у 16 летней девочки может быть результатом всех перечисленных состояний, кроме:**
137. Заращения девственной плевы
138. Синдрома нечувствительности к андрогенам
139. Синдрома Тернера
140. Поликистоза яичников
141. Гранулезоклеточной опухоли
142. **Женщина обращается в отделение неотложной помощи с жалобами на боли внизу живота слева и незначительные кровянистые выделения в течение последних 2 дней. Последняя менструация была 6 недель назад. Предохраняется от беременности с помощью ВМС. АД при поступлении – 110/70 мм рт.ст., Hb- 124 г/л. Что из нижеперечисленного поможет поставить диагноз?**
143. УЗИ органов малого таза
144. Анализ мочи на беременность
145. Кульдоцентез
146. Трансвагинальная эхография
147. **Женщина, постоянно принимавшая пероральные контрацептивы в течение 6 месяцев, решает забеременеть и прекратить прием препаратов. Причиной последующей аменореи в течение 4х месяцев может быть все перечисленное, кроме:**
148. Аденомы гипофиза
149. Предшествующей олигоменореи
150. Беременности
151. Длительного применения пероральных контрацептивов
152. Яичниковой недостаточности
153. **49 летняя женщина пришла к врачу на ежегодное обследование. Жалоб нет. Менструации регулярные, очень обильные, длятся 5 дней. При влагалищном исследовании выявлена миоматозная матка с неровными контурами, соответствующая 12-недельному сроку беременности. Hb – 122 г/л. Обследование и лечение включает все перечисленное, кроме:**
154. Гистерэктомии
155. Абдоминального УЗИ
156. Агонистов гонадолиберина
157. Миомэктомии
158. Наблюдения
159. **23-летняя одинокая студентка с нерегулярными менструациями в анамнезе (в течение 4-5 лет) обращается по поводу избыточного роста волос на теле. По результатам обследования , соотношение ЛГ/ФСГ составляет 3:1. Правильная терапия в данном случае будет направлена на все перечисленное, кроме:**
160. Уменьшения количества андростендиона, секретируемого в яичниках
161. Вытеснения андрогенов из циркуляции за счет их превращения в коже
162. Повышения содержания глобулинов, связывающих половые гормоны
163. Снижения концентрации тестостерона в крови
164. Снижения активности 5а- редуктазы
165. **Женщина с 3х дневной задержкой менструации обращается с жалобами на боли внизу живота. При осмотре температура тела снижена, матка болезненна, слева в области придатков определяется образование. С целью предохранения от беременности женщина использует ВМС. Ближайшая тактика ведения должна включать все перечисленное, кроме:**
166. Пробы на беременность
167. Лапароскопии
168. УЗИ органов малого таза
169. Антибиотикотерапии
170. Удаления ВМС
171. **Показания к хирургическому лечению миомы матки включают все перечисленное, кроме:**
172. Гиперменореи с анемией
173. Бесплодия в течение 1 года
174. Увеличения матки до 18-недельного срока беременности
175. Быстрого роста миомы
176. Гидронефроза
177. **Кому из перечисленных лиц не обязательно проходить консультацию генетика?**
178. 35-летняя женщина, планирующая рождение ребенка
179. Одинокая небеременная женщина, носительница гена по болезни Тэя-Сакса
180. 39-летняя разведенная женщина, желающая иметь детей; первый ребенок родился с дефектом нервной трубки
181. Супружеская пара; в генотипе их детей – несбалансированная транслокация
182. 21-летняя беременная с неосложненным семейным анамнезом
183. **55-летняя женщина в периоде постменопаузы предъявляет жалобы на чувство жжения во влагалище, жидкие водянистые выделения и диспареунию. Заместительную терапию эстрогенами не получала. Мази не помогают. При исследовании влагалища возможно выявление всех перечисленных признаков, кроме:**
184. Истончение эпителия
185. Наличия поверхностных плоских клеток
186. Уменьшения количества гликогена в клетках влагалища
187. Щелочного рН
188. Наличия белей
189. **Для лечения нарушений лютеиновой фазы цикла показаны все перечисленные средства, кроме:**
190. Кломифена цитрата
191. ХГТ
192. Дополнительного приема прогестерона после овуляции
193. Низких доз эстрогенов
194. ФСГ и ЛГ
195. **Найдите гистологический признак, не характерный для пузырного заноса**
196. Наличие кровеносных сосудов в ворсинах
197. Отсутствие тканей плода
198. Пролиферация трофобласта
199. Увеличение ворсин
200. Отек ворсин
201. **30-летняя женщина бесплодна в течение 2 лет. Диагноз эндометриоз средней степени тяжести. Решено провести хирургическое лечение. При хирургическом лечении эндометриоза средней степени тяжести необходимо провести все перечисленные мероприятия, кроме:**
202. Реперитонизации всех открытых поверхностей
203. Фиксации матки
204. Тщательного гемостаза
205. Введения в брюшную полость 32% декстрана 70 (или полиглюкина)
206. Послеоперационного применения даназола
207. **Привычный аборт может быть следствием всех перечисленных состояний, кроме:**
208. Недостаточности шейки матки
209. Гормональных расстройств
210. Хромосомных нарушений
211. Двурогой матки
212. Субсерозной миомы матки
213. **После кольпоскопии у 38-летней женщины результаты биопсии слизистой оболочки шейки матки оказались без патологических изменений (отрицательный результат биопсии); в то же время в соскобе из цервикального канала выявлены атипичные клетки (положительный результат). Какое действие следует предпринять?**
214. Повторить Пап-мазок через 3 месяца
215. Повторить кольпоскопическое исследование через 3 месяца
216. Произвести конизацию шейки матки
217. Произвести вагинальную гистерэктомию
218. Не требуется дальнейшего наблюдения
219. **Послеоперационное наблюдение за пациентками с пузырным заносом включает все перечисленное, КРОМЕ:**
220. Определения уровня ХГТ
221. Обследования органов малого таза
222. Контрацепции
223. Рентгенографии грудной клетки
224. Химиотерапии
225. **Женщине проведена вакуум-аспирация пузырного заноса. В течение 6 недель уровень ХГТ снижался, а затем удвоился за 2 недели. Выберите НЕПРАВИЛЬНОЕ утверждение:**
226. Прогноз при отсутствии метастазов благоприятный
227. Показана гистерэктомия без химиотерапии
228. Необходимо проведение химиотерапии до тех пор, пока титр ХГТ не будет отрицательным в течение 3 недель
229. Показана химиотерапия (высокие дозы метотрексата с фолиевой кислотой)
230. **50-летняя женщина с диагностированной миомой матки обратилась с жалобами на нерегулярные менструальные кровотечения. Она сообщила, что у нее обильные менструации каждые 5-6 недель, в последние три цикла появились межменструальные кровянистые выделения продолжительностью 5-7 дней. Подберите наиболее правильную тактику ведения больной.**
231. Назначение препаратов железа
232. Назначение гормональных препаратов
233. Диагностическое выскабливание полости матки
234. Миомэктомия
235. Гистерэктомия
236. **У 23-летней женщины Пап-мазок III класса. При проведении кольпоскопии: стык плоского и цилиндрического эпителия виден полностью, при выскабливании цервикального канала патологических изменений не выявлено. При прицельной биопсии шейки матки обнаружен очаг опухолевой инвазии размером 1 мм. Выберите наиболее подходящую процедуру:**
237. Частичное расширение цервикального канала и выскабливание
238. Односторонняя сальпингоофорэктомия
239. Конизация шейки матки
240. Циклическое применение пероральных контрацептивов
241. Лазерное прижигание шейки матки
242. **35-летней женщине, имеющей в анамнезе несколько беременностей, 3 месяца назад произведен медицинский аборт с перевязкой труб. Она обратилась к врачу с жалобами маточное кровотечение. Титр ХГТ 30000 мМЕ/мл. Матка не увеличена. При рентгенографии грудной клетки и УЗИ органов малого таза патологических изменений не выявлено. После диагностического выскабливания поставлен диагноз гестационной трофобластической неоплазии. Выберите способ лечения.**
243. Химиотерапия
244. Химиотерапия и гистерэктомия
245. Гистерэктомия
246. Вакуум-аспирация
247. Никакого лечения не показано
248. **У 28-летней женщины, имеющей одного ребенка, матка достигает размеров, соответствующих 14-недельной беременности. Пациентку беспокоят боли и гиперменорея. Медицинский осмотр выявил выступающее по задней поверхности дна матки образование, по-видимому, составляющее большую часть объема матки. Подберите наиболее правильную тактику ведения больной.**
249. Назначение препаратов железа
250. Назначение гормональных препаратов
251. Диагностическое выскабливание полости матки
252. Миомэктомия
253. Гистерэктомия
254. **24-летняя пациентка через 6 месяцев после первых родов обратилась с жалобой на аменорею. Беременность закончилась кесаревым сечением по поводу отслойки плаценты и асфиксии плода. Кровопотеря составила приблизительно 2000 мл вследствие нарушения свертываемости крови. Выберите наиболее подходящее лабораторное исследование.**
255. Определение уровня гонадотропинов
256. Определение концентрации пролактина в сыворотке крови
257. Прогестероновая проба
258. Определение содержания ТТГ
259. Определение содержания тестостерона в сыворотке крови
260. **Какой метод диагностики эктопической беременности наиболее точен?**
261. Кульдоцентез
262. Биопсия эндометрия
263. Лапароскопия
264. Серийное определение ХГТ
265. УЗИ-органов малого таза
266. **Женщина поступила с предположительным диагнозом эктопической беременности. В связи с желанием женщины прервать данную беременность производят диагностическое выскабливание матки. Какая из патологических находок исключает необходимость лапароскопии?**
267. Децидуальная ткань без ворсин
268. Гиперсекреторный эндометрий
269. Реакция Ариас-Стелла
270. Пролиферирующий эндометрий
271. Хронический эндометрит
272. **29-летняя женщина приходит на прием к врачу с жалобами на хронические боли в низу живота. Боль тупая и постоянная. В анамнезе олигоменорея, а также несколько госпитализаций в связи с суицидальными попытками. Она принимает множество препаратов по поводу артрита, астмы, язвы желудка и депрессии. Наиболее вероятная причина боли в этом случае:**
273. Эндометриоз
274. Миома матки
275. Овуляция
276. Спайки в области таза
277. Психогенная причина
278. **15-летняя девочка доставлена в медицинское учреждение матерью, подозревающей у дочери патологическое кровотечение. Первая менструация была 18 месяцев назад. Что из перечисленного наиболее вероятно у пациентки?**
279. Регулярные циклы с обильными менструациями
280. Мажущие выделения в середине цикла
281. Ановуляторное кровотечение
282. Кровотечение, обусловленное падением уровня прогестерона
283. Незрелость гипоталамо-гипофизарной системы
284. **18-летняя женщина поступает в клинику с острой болью в нижней части живота, возникшей через одну неделю после менструации, наступившей с задержкой на 7 дней. Она ведет активную половую жизнь и не пользуется противозачаточными средствами. Температура 37,4С. Лейкоцитоз 12,4 х 10\*9/л. При пальпации боли распространяются до верхней части живота справа. Дифференциальную диагностику проводят со всеми следующими заболеваниями, КРОМЕ:**
285. Эктопической беременности
286. Синдрома ФицХью-Кертиса
287. Аппендицита
288. Туберкулеза тазовых органов
289. Острого сальпингита
290. **19-летняя сексуально активная женщина жалуется на периодическую боль в нижней части живота в течение 3х недель, субфебрильную температуру (37,5С), обильные мутные нераздражающие выделения из влагалища, боль при мочеиспускании. Выберите наиболее подходящий диагностический тест:**
291. Окрашивание экссудата по Граму
292. Исследование в темном поле
293. Нативный препарат в физиологическом растворе
294. Флюоресцентные меченые моноклональные АТ
295. Культура в кровяном агаре

|  |  |
| --- | --- |
| **Номер вопроса** | **Вариант ответа** |
| 1 | С |
| 2 | С |
| 3 | Е |
| 4 | D |
| 5 | С |
| 6 | D |
| 7 | D |
| 8 | В |
| 9 | А |
| 10 | А |
| 11 | А |
| 12 | А |
| 13 | С |
| 14 | С |
| 15 | D |
| 16 | А |
| 17 | С |
| 18 | С |
| 19 | С |
| 20 | D |
| 21 | А |
| 22 | D |
| 23 | D |
| 24 | Е |
| 25 | D |
| 26 | D |
| 27 | D |
| 28 | Е |
| 29 | В |
| 30 | В |
| 31 | Е |
| 32 | В |
| 33 | D |
| 34 | А |
| 35 | Е |
| 36 | Е |
| 37 | С |
| 38 | Е |
| 39 | В |
| 40 | С |
| 41 | С |
| 42 | В |
| 43 | D |
| 44 | А |
| 45 | С |
| 46 | D |
| 47 | Е |
| 48 | С |
| 49 | D |
| 50 | D |

**10. ПОРЯДОК СДАЧИ ЗАЧЕТА ПО ПРАКТИКЕ**

К зачету по практике допускаются ординаторы, представляющие индивидуальный план, подписанный ординатором, заверенный печатью базы практики и подписью заведующего базой практики или его заместителя;

Основное внимание на зачете уделяется усвоению практических умений, знанию конкретных условий работы лечебных учреждений, приказов и другой документации, регламентирующих лечебно - диагностическую деятельность. При выведении оценок за практику учитываются теоретическая и практическая подготовка ординатора, а также качество и своевременность оформления документов по практике.

1. **Перечень практических навыков**

**врача-специалиста акушера-гинеколога**

***Акушерство***

| **№** | **Практические навыки** | **Количество**  **манипуля-ций** | **Уровень**  **освоения** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | Правильная оценка анамнеза и особенностей течения беременности | 300 | III |
| 2. | Правильная оценка противопоказаний к сохранению беременности. | 50 | III |
| 3. | Выявление факторов риска развития беременности, проведение профилактики осложнений | 300 | III |
| 4. | Правильный выбор и оценка методов исследования беременной и плода, состояния фетоплацентарной системы, проведение профилактики | 300 | III |
| 5. | Осуществление дифференциального подхода к составлению плана ведения беременной с различной акушерской и соматической патологией | 300 | II |
| 6. | Определение "зрелости" шейки матки и готовности организма к родам | 500 | III |
| 7. | Осуществить прием родов | 50 | III |
| 8. | Операция кесарево сечение | 5-10 | III |
| 9. | Амниотомия | 100 | III |
| 10. | Эпизио-, перинеотомия | 100 | III |
| 11. | Осмотр шейки матки при помощи зеркал | 500 | III |
| 12. | Зашивание разрывов промежности 1 и 2 степени | 150 | III |
| 13. | Выходные акушерские щипцы | 3 | III |
| 14. | Пособие по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании | 2-3 | III |
| 15. | Ручное пособие при тазовом предлежании плода | 1-3 | II |
| 16. | Контрольное ручное обследование стенок послеродовой матки | 3-5 | III |
| 17. | Ручное отделение плаценты и выделение последа | 2-5 | III |
| 18. | Прерывание беременности в поздние сроки | 5-10 | II |
| 19. | Выработка тактики ведения родов при патологически протекающей беременности, преждевременных и запоздалых родах, определение показаний к оперативному родоразрешению | 100 | II |
| 20. | Проведение инфузионно-трансфузионной терапии | 100 | III |
| 21. | Интерпретация показателей системы гемостаза и проведение коррекции выявленных нарушений | 100 | III |
| 22. | Проведение медикаментозной профилактики акушерских кровотечений при патологически протекающей беременности в родах (низкая плацентация, гестоз, рубец на матке, многоводие, многоплодная беременность) | 300 | III |
| 23. | Владение способами остановки кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде | 20-30 | II |
| 24. | Оценка степени тяжести гестоза, эффективности проведения терапии, состояния плода и фетоплацентарной системы, показания к досрочному родоразрешению, методы родоразрешения | 100 | III |
| 25. | Выбор тактики ведения беременности и родоразрешения у беременных с акушерской и экстрагенитальной патологией | 100 | II |
| 26. | Проведение профилактики развития послеродовых воспалительных заболеваний в группах риска | 100 | III |
| 27. | Разработка дифференциального плана ведения родильниц после осложненных и оперативных родов. Выбор соответствующих методов лечения и обследования | 100 | II |
| 28. | Составление плана дальнейшего ведения родильниц из групп "риска" и разработка принципов реабилитации в женской консультации | 100 | III |
| 29. | Умение провести анализ основных показателей деятельности акушерского стационара и женской консультации | 15 | III |

***Пренатальная диагностика***

| **№** | **Практические навыки** | **Количество**  **манипуля-ций** | | **Уровень**  **освоения** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | | 4 | |
|  | **Эхографическая диагностика:**  *Первый триместр беременности* |  | |  | |
| 1. | Выявление плодного яйца и определение  его локализации | 30-50 | | III | |
| 2. | Измерение плодного яйца | 30-50 | | II | |
| 3. | Выявление эмбриона в полости плодного яйца | 30-50 | | II | |
| 4. | Измерение эмбриона | 30-50 | | II | |
| 5. | Определение расположения ворсистого  хориона | 30-50 | | II | |
|  | Выявление патологии плодного яйца  и эмбриона: |  | |  | |
| 6. | – аномальное расположение плодного яйца; | 10 | | II | |
| 7. | – анэмбриония | 5 | | II | |
| 8. | – неразвивающаяся беременность | 10 | | II | |
|  | Эхографические признаки: |  | |  | |
| 9. | – угрозы прерывания беременности; | 20 | | II | |
| 10. | – начавшегося аборта; | 5 | | II | |
| 11. | – аборта в ходу | 5 | | II | |
| 12. | Эхография матки и придатков матки | 30 | | II | |
|  | Выявление патологии матки и придатков матки: |  | |  | |
| 13. | – патология миометрия | 30 | | II | |
| 14. | – аномалии развития матки | 10 | | II | |
| 15. | – истмикоцервикальная недостаточность | 10 | | II | |
| 16. | – внематочная беременность | 5 | | II | |
| 17. | – патологические образования в области  придатков матки | 5 | | II | |
| 18. | Подготовка заключения по результатам  диагностики | 60 | | II | |
|  | *Второй и третий триместры беременности* |  | |  | |
| 19. | Фетометрия | 30-50 | | II | |
| 20. | Выявление задержки развития плода | 20-30 | | II | |
| 21. | Оценка анатомического состояния плода с целью выявления отклонений от его нормального развития (аномалии развития) | | 30 | | II |
| 22. | Без уточнения формы патологии | | 30 | | II |
| 23. | Определение функционального состояния плода: | | 30 | | II |
| 24. | – оценка дыхательных движений | | 30 | | II |
| 25. | – оценка двигательной активности | | 30 | | II |
| 26. | – оценка тонуса | | 30 | | II |
| 27. | Определение степени зрелости плаценты и ее сопоставление с гестационным сроком | | 50 | | II |
| 28. | Измерение толщины плаценты | | 50 | | II |
| 29. | Определение расположения плаценты | | 50 | | II |
| 30. | Выявление патологических включений в структуре плаценты | | 50 | | II |
| 31. | Определение объема околоплодных вод | | 50 | | II |
| 32. | Подготовка заключения по результатам эхографического исследования­ | | 50 | | II |
| 33. | Допплерографическая диагностика:  – маточно-плацентарного кровотока (маточная артерия);  – фетоплацентарного кровотока (артерии пуповины);  – плодового кровотока (аорта плода).  Подготовка заключения по результатам допплерографии | | 25 | | II |
| 34. | **Кардиотокография** | | 30 | | II |
|  | Определение базального ритма  Определение вариабельности базального ритма  Определение характера и частоты акцелераций  Определение характера и частоты децелераций  Подготовка заключения по результатам кардиотокографии | |  | |  |

***Гинекология и онкогинекология***

| **№** | **Практические навыки** | **Количество**  **манипуля-ций** | | **Уровень**  **освоения** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | | 4 | |
| 1. | Получить объективную информацию о заболевании | 100 | | III | |
| 2. | Выявить специфические признаки гинекологического заболевания | 100 | | III | |
| 3. | Определить необходимость применения специфических методов исследования | 100 | | III | |
| 4. | Определить показания к госпитализации | 100 | | III | |
| 5. | Оценить тяжесть состояния больной | 100 | | III | |
| 6. | Выработать план ведения больной | 100 | | III | |
| 7. | Произвести бимануальное влагалищное, ректовагинальное исследование и интерпретировать полученные данные | 100 | | III | |
| 8. | Взятие мазков на флору из влагалища, цервикального канала и уретры | 100 | | III | |
| 9. | Взятие мазков на онкоцитологию | 100 | | III | |
| 10. | Проведение расширенной кольпоскопии | 100 | | III | |
| 11. | Проведение тестов функциональной диагностики и умение их оценивать | 100 | | III | |
| 12. | Проведение кольпоцитологического исследования | 100 | | II | |
| 13. | Проведение и интерпретация данных УЗИ у гине­кологических и онкологических больных, включая транс-вагинальное | 100 | | II | |
| 14. | Зондирование полости матки | 50 | | III | |
| 15. | Взятие аспирата из полости матки | 50 | | III | |
| 16. | Пункция брюшной полости через задний свод | 50 | | III | |
| 17. | Удаление полипа слизистой цервикального канала | 50 | | III | |
| 18. | Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и стенок матки | 100 | | III | |
| 19. | Медицинский аборт | 100 | | III | |
| 20. | Проведение гистероскопии | 10-20 | | III | |
| 21. | Проведение гистеросальпингографии | 20-30 | | III | |
| 22. | Интерпретация данных ректоскопии. | 10 | | III | |
| 23. | Проведение парацентеза | 10 | | III | |
| 24. | Проведение плевральной пункции | 5-10 | | III | |
| 25. | Зондирование и промывание желудка | | 20-30 | | III |
| 26. | Участие в проведении хромоцистоскопии.  Интер­претация данных | | 10 | | II |
| 27. | Участие в лапароскопии. Интерпретация данных | | 10-20 | | II |
| 28. | Удаление кист наружных половых органов | | 10 | | III |
| 29. | Пункция лимфатических узлов и опухолевых обра­зований | | 10 | | III |
| 30. | Проведение ножевой биопсии шейки матки | | 30 | | III |
| 31. | Проведение диатермокоагуляции шейки матки | | 30 | | III |
| 32. | Проведение криодеструкции шейки матки | | 30 | | III |
| 33. | Проведение конизации шейки матки | | 10 | | III |
| 34. | Проведение лазерной коагуляции шейки матки | | 20 | | III |
| 35. | Проведение последовательной ревизии органов брюшной полости | | 10 | | II |
| 36. | Тубэктомия | | 20-30 | | III |
| 37. | Проведение стерилизации на трубах | | 5-10 | | III |
| 38. | Удаление яичника | | 10 | | III |
| 39. | Резекция яичника | | 5-10 | | III |
| 40. | Удаление тубовариального образования | | 5-10 | | II |
| 41. | Надвлагалищная ампутация матки без придатков. | | 3 | | II |
| 42. | Надвлагалищная ампутация матки с придатками. | | 3 | | II |
| 43. | Экстирпация матки с придатками | | 1 | | II |
| 44. | Экстирпация матки без придатков | | 1 | | II |
| 45. | Резекция большого сальника | | 4 | | II |
| 46. | Резектоскопия | | 10 | | II |
| 47. | Ассистенция на операции влагалищной экстирпации матки без придатков. | | 3-5 | | I |
| 48. | Ассистенция на операции влагалищной экстирпации матки с придатками. | | 2-3 | | I |
| 49. | Ассистенция на различных влагалищных пластических операциях: Передняя кольпоррафия. Кольпоперинеоррафия. Срединная кольпоррафия. Манчестерская операция. Вентрофиксация матки | | 10-15 | | I |

**Примечание:** уровень усвоения - степень мастерства овладения деятельностью, достигнутую [ординатором](http://www.znannya.org/?view=concept:1002) в результате [обучения](http://www.znannya.org/?view=concept:1005)

**12. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА**

1. Бодяжина В.И., Сметник В.П., Тумилович Л. Т. Неоперативная гинекология. - М.: Медицина, 1990.
2. Бохман Я.В. Руководство по онкологии. - Л.: Медицина, 1989.
3. Малиновский М.С. Оперативное акушерство. - М., 1974.
4. Машковский М.Д. Лекарственные средства. - М.: Медицина, 1996.
5. Савельева Г.М., Серов В.И. Предрак эндометрия. - М.: Медицина, 1990.
6. Савельева **Г**.М., Сичинава Л.**Г.,** Клименко В.**И.** Плацентарная недостаточность. - М.: Медицина, 1991.
7. Серов ВН., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Руководство по практическому акушерству. - М.: МИА, 1997.
8. Леон Сперофф, Филип Д. Дарни перевод с англ. Под редакцией профессора В.Н. Прилепской. Клиническое руководство по контрацепции. Москва, 2009.
9. Стрижаков А.Н., А.И. Давыдов, Л.Д. Белоцерковцева, И.В. Игнатко. Физиология и патология плода – М: Медицина ,2004
10. Кулаков В.И., И.Б. Манухина , Г.М. Савельева Гинекология : Национальное руководство М.: ГЭОТАР –медиа , 2007.-1072с.- ( Серия « Национальные руководства»)
11. Шехтман М. М Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных Издательство « Триада –Х» Москва 2008г
12. Аймалазян Э.К., Кулаков В.И.,. Радзинский В.Е, Савельева Г.М.– Акушерство : национальное руководство М : ГЭОТАР –Медиа, 2007
13. Федеральные клинические рекомендации диагностика, профилактика и лечение железодефицитных состояний у беременных и родильниц
14. Клинические рекомендации :Интраоперационная реинфузия аутологичных эритроцитов при абдоминальном родоразрешении.
15. Базовый протокол ведения родов Баев О.Р. Комиссарова Л.М. Пучко Т.К. Васильченко О.Н. Мальбахова Е.Т. Полянчикова О.Л. Шифман Е.М. Москва, 2011
16. Федеральные клинические рекомендации диагностика и лечение заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин Москва, 2013 год
17. Федеральные клинические рекомендации диагностика и лечение синдрома гиперстимуляции яичников. Москва, 2013 год
18. Клинические рекомендации. Кесарево сечение: показания, методы обезболивания, хирургическая техника. Москва, 2013 год.
19. Профилактика, лечение и алгоритм ведения при послеродовом кровотечении Клинические рекомендации. Организации-разработчики: ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И.Кулакова Министерства здравоохранения Российской Федерации ФГБУ, «Уральский НИИ охраны материнства и младенчества» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова Минздрава России. Авторы: Серов В.Н., Тютюнник В. Л., Шмаков Р. Г., Баев О. Р., Башмакова Н.В. и др.
20. Проект протокола оказания медицинской помощи при одноплодных родах в затылочном предлежании (без осложнений). Адамян Л.В, Смольнова Т.Ю, Петрухин В.А., Баев О.Р, Радзинский В.Е. ФГБУ "Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И.Кулакова" Минздрава России, Кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологииФПДО Первого Московского государственного медицинского Университета им. И.М. Сеченова, кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО МГМСУ, ГБУЗ МО Московский областной НИИ акушерства и гинекологии, ГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии.
21. Федеральное государственное учреждение Научный центр акушерства, инекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова Минздрава России Е.М. Шифман, О.Л. Полянчикова, О.Р. Баев, Р.Г. Шмаков, Т.А. Федорова, С.В. Сокологорский, А.В. Пырегов, П.А.Кирющенков Клинический протокол «Послеродовое кровотечение (профилактика, лечение, алгоритм ведения)»
22. В.Е. Радзинский Формуляр лекарственных средств в акушерстве и гинекологии Москва « ГЭОТАР –Медиа», 2011
23. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. Status Praesens, 2011
24. Кулаков В.И., Прилепская В.Н., Радзинский В.Е. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии « ГЭОТАР – Медиа», 2007
25. Радзинский В.Е.Женская консультация « ГЭОТАР-Медиа» 2009
26. Серов В.Н., Сухих Г.Т., Баранов И.И., Пырегов А.В.,. Тютюнник В.Л, Шмаков Р.Г. Неотложные состояния в акушерстве « ГЭОТАР – Медиа» ,2011
27. Аймалазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике « Спецлит», 2007
28. Баев О.Р., Румянцева В.П., Кан Н.Е., Тетруашвили Н.К., Тютюнник В.Л., Ходжаева З.С., Адамян Л.В., Сухих Г.Т. Подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение (клинический протокол). Москва, 2012 .Федеральные клинические рекомендации гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. преэклампсия. эклампсия, 2013 Организации-разработчики:ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. Академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Московский Областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии, Уральский НИИ охраны материнства и младенчества Министерства здравоохранения Российской Федерации.
29. Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений в акушерстве и гинекологии Клинические рекомендации Организации-разработчики: ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии « ГЭОТАР – Медиа», 2007
30. Серов В.Н., Сухих Г.Т., Баранов И.И., Пырегов А.В.,. Тютюнник В.Л, Шмаков Р.Г. Неотложные состояния в акушерстве « ГЭОТАР – Медиа» ,2011
31. Аймалазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике « Спецлит», 2007
32. Баев О.Р., Румянцева В.П., Кан Н.Е., Тетруашвили Н.К., Тютюнник В.Л., Ходжаева З.С., Адамян Л.В., Сухих Г.Т. Подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение (клинический протокол). Москва, 2012 .Федеральные клинические рекомендации гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. преэклампсия. эклампсия, 2013 Организации-разработчики:ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. Академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Московский Областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии, Уральский НИИ охраны материнства и младенчества Министерства здравоохранения Российской Федерации.
33. Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений в акушерстве и гинекологии Клинические рекомендации Организации-разработчики: ФГБУ «Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации