

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

**«Ижевская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

ПРОГРАММА

**ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»
СПЕЦИАЛИСТОВ С ВЫСШИМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ
ОБРАЗОВАНИЕМ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»
(повышение квалификации)**

Ижевск 2016 год

Программа дополнительного профессионального образования «Акушерство и гинекология» (повышения квалификации) для специалистов с высшим профессиональным образованием по специальности «Акушерство и гинекология» разработана сотрудниками кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ПП Ижевской государственной медицинской академии. Заведующая кафедрой – доктор медицинских наук, профессор Тетелютина Ф.К., ректор ФГБОУ ВО ИГМА – доктор медицинских наук, профессор Н.С. Стрелкова.

Рекомендована Ученым советом ФГБОУ ВО ИГМА в качестве программы дополнительного профессионального образования по специальности «Акушерство и гинекология» (повышения квалификации)
«__26__» ____января_ _____2016 года (протокол №__5__)

СОДЕРЖАНИЕ

Состав рабочей группы и консультантов по разработке программы дополнительного профессионального образования «Акушерство и гинекология»	4
Пояснительная записка	5
Требования к уровню подготовки врача акушера-гинеколога, успешно освоившего программу дополнительного профессионального образования «Акушерство и гинекология» (повышение квалификации)	7
Профессиональные компетенции врача акушера-гинеколога	7
Перечень знаний, умений и владений врача акушера-гинеколога	8
Содержание рабочей программы дисциплины (модуля) «Акушерство и гинекология»	11
Раздел 1 «Социальная гигиена и организация акушерско-гинекологической помощи»	11
Раздел 2. «Основные методы обследования в акушерстве и гинекологии»	11
Раздел 3. «Физиология беременности и родов»	11
Раздел 4. «Патологическое и оперативное акушерство»	11
Раздел 5. «Экстрагенитальные заболевания в акушерстве и гинекологии»	11
Раздел 6 «Кровотечения в акушерстве. Шоки и терминальные состояния в акушерстве и гинекологии»	12
Раздел 7. «Токсикозы беременности»	12
Раздел 8. «Эндокринология в акушерстве и гинекологии»	12
Раздел 9. «Воспалительные заболевания и септическая инфекция в акушерстве и гинекологии»	12
Раздел 10. «Новообразование женских половых органов и молочных желез»	12
Раздел 11. «Острый живот в гинекологии»	12
Раздел 12. «Эндометриоз»	12
Раздел 13. «Бесплодие»	12
Раздел 14 «Оперативная гинекология»	12
Раздел 15 «Травматизм в акушерстве и гинекологии»	12
Раздел 16 «Аntenатальная охрана здоровья плода и перинатальная патология»	12
Раздел 17. «Избранные вопросы смежных дисциплин»	12
Раздел 18. «Планирование семьи и контрацепция»	12
Учебный план программы дополнительного профессионального образования в рамках специальности «Акушерство и гинекология» (повышения квалификации)	14
Учебно-тематический план программы дополнительного профессионального образования «Акушерство и гинекология» (повышения квалификации)	16
Контрольные задания	20
Список литературы	65
Законодательные и нормативно-правовые документы	71

СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ И КОНСУЛЬТАНТОВ

**по разработке программы дополнительного профессионального образования
«акушерство и гинекология» для специалистов с высшим профессиональным
образованием по специальности «акушерство и гинекология»
(повышения квалификации)**

№ пп.	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Тетелютина Фаина Константиновна	Доктор медицинских наук, профессор	Заведующая кафедрой	ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России
2.	Пашукова Елизавета Александровна	Кандидат медицинских наук, доцент	Доцент	ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России
3.	Горбунова Елена Евгеньевна	Кандидат медицинских наук	Ассистент	ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России
4.	Уракова Наталья Александровна	Кандидат медицинских наук	Ассистент	ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России
5.	Бушмелева Наталья Николаевна	Кандидат медицинских наук	Ассистент	ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России
6.	Шиляева Екатерина Геннадьевна	Кандидат медицинских наук	Ассистент	ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России
7.	Копысова Евгения Дмитриевна	Кандидат медицинских наук	Ассистент	ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России
По методическим вопросам				
1.	Дударев Михаил Валерьевич	Доктор медицинских наук, доцент	Декан ФПК и ПП	Деканат ФПК и ПП ФГБОУ ВО ИГМА
2.	Кудрина Елена Аркадьевна	Доктор медицинских наук, доцент	Председатель методического совета ФПК и ПП	Деканат ФПК и ПП ФГБОУ ВО ИГМА

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Программа дополнительного профессионального образования «Акушерство и гинекология» для специалистов акушеров-гинекологов (повышение квалификации) является нормативно-методическим документом, регламентирующим содержание и организационно-методические формы обучения в дополнительном профессиональном образовании.

Актуальность программы «Акушерство и гинекология» обусловлена необходимостью совершенствования профессиональных знаний и компетенций в рамках имеющейся квалификации врачей акушеров-гинекологов. Специалистам акушерско-гинекологической службы необходимо углубление знаний по основным профессиональным проблемам с учетом современных исследований, открытий, появлению новых технологий, новых методов диагностики и лечения соответственно современным стандартам оказания квалифицированной помощи по профилю «акушерство и гинекология», приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)" от 01.11.2012 года и Федеральному закону Российской Федерации №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 года.

Настоящая дополнительная профессиональная программа предназначена для повышения квалификации врачей акушеров-гинекологов, работающих в женских консультациях, акушерских и гинекологических стационарах.

Цель обучения - углубление знаний по основным разделам акушерства и гинекологии, а также получение новой компетенции – овладение современными методами диагностики и лечения беременных и гинекологических больных соответственно с новыми требованиями по приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации №572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)" от 01.11.2012 года.

Задачи обучения:

1. Углубление знаний по актуальным вопросам акушерства и гинекологии.
2. Совершенствование компетенции - ведение беременных в соответствии с современными требованиями (стандартами) в женской консультации, родильном доме.
3. Совершенствование компетенции - ведение гинекологических больных в соответствии с современными требованиями (стандартами) в женской консультации, гинекологических клиниках.

Программа дополнительного профессионального образования «Акушерство и гинекология» включает в себя: содержание рабочей программы дисциплины (модуля); учебный план; учебно-тематический план; контрольно-измерительные материалы для итоговой аттестации.

Для реализации программы повышения квалификации дополнительного профессионального образования «Акушерство и гинекология» кафедра располагает наличием: 1) учебно-методической документацией и материалом по всем разделам дисциплины (модуля); 2) учебно-методической литературы для внеаудиторной работы обучающихся; 3) материально-технической базой, обеспечивающей организацию всех видов дисциплинарной подготовки:

– учебную аудиторию и кабинет, оснащенные материалами и оборудованием для проведения учебного процесса; клиническая база ГКБ №9 (женская консультация, стационар дневного пребывания, гинекологическое отделение, кабинет планирования семьи).

- клиническую базу в БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР» (специализированная женская консультация по приему беременных заболеванием ССС, женское кардиологическое отделение, родильный дом №6).

- клиническую базу ГКБ №8 (гинекологическое отделение, терапевтическое отделение, специализированное по лечению беременных с экстрагенитальной патологией).

- клиническую базу в республиканском клиническом онкологическом диспансере (гинекологическое и поликлиническое отделения).

В процессе подготовки слушателей повышения квалификации дополнительного профессионального образования «Акушерство и гинекология», обязательным является определение базисных знаний, умений и навыков обучающихся перед началом обучения (входной контроль). Текущий контроль знаний осуществляется в процессе изучения учебной темы. При этом используются различные формы контроля: решение ситуационных задач, тестовый контроль и итоговая аттестация. В процессе обучения будут использованы симуляционные методы обучения и дистанционные технологии обучения.

Обучение слушателей складывается из аудиторной учебной работы (лекции, семинары, практические занятия) и самостоятельной подготовки. Общее рабочее время аудиторной работы обучающихся составляет 144 часа.

В процессе обучения слушатели обязаны посещать лекции, семинары, практические занятия и совершенствовать свои знания путем изучения научных статей, руководств, монографий, нормативной и специальной литературы.

ТРЕБОВАНИЯ К УРОВНЮ ПОДГОТОВКИ ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА, УСПЕШНО ОСВОИВШЕГО ПРОГРАММУ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»

В процессе освоения программы дополнительного профессионального образования «Акушерство и гинекология» формируются следующие компетенции:

1. Общекультурные компетенции характеризуются

1. способностью и готовностью осуществлять свою профессиональную деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты, сохранять врачебную тайну
2. способность и готовность анализировать медико-социальные проблемы здоровья женского населения, демографические показатели, и использовать их в своей профессиональной деятельности;
3. способностью и готовностью к организации работы сотрудников лечебно-профилактического учреждения, принятие ответственных управленческих решений в рамках своей профессиональной компетенции.

2. Профессиональные компетенции характеризуются:

в лечебной деятельности:

1. способностью и готовностью оказывать квалифицированную медицинскую помощь беременным женщинам и гинекологическим больным в соответствии с современными требованиями (стандартами);
2. способностью и готовностью устанавливать (подтверждать) диагноз на основании новых теоретических положений в акушерстве и гинекологии и других дисциплинах, а также использовать современные технологии ведения и лечения беременных и гинекологических больных

в профилактической деятельности:

1. способностью и готовностью к проведению санитарно-просветительской работе среди населения и медицинских работников по актуальным вопросам современной акушерско-гинекологической дисциплины (прегравидарная подготовка семьи, планируемая беременность у женщин с экстрагенитальной патологией, профилактика аборта, медицинский аборт, современные технологии ЭКО новых методов лечения гинекологических больных, профилактика рака репродуктивной системы, подготовка семьи к рождению ребенка и др.)
2. способностью и готовностью проводить профилактические медосмотры с целью выявления социально-значимых заболеваний женского населения;
3. способностью и готовностью проводить диспансерное наблюдение гинекологических больных и беременных.

в организационно-управленческой деятельности:

1. способностью и готовностью использовать современную нормативную документацию, принятую в Российской Федерации здравоохранении (законы Российской Федерации, федеральные стандарты, приказы МЗ РФ и МЗ УР, учебно-методические рекомендации, действующие международные классификации, а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций);
2. способностью и готовностью руководить коллективом, использовать знания основ медицинского страхования, организационной и управленческой структуры, анализировать показатели работы акушерско-гинекологической службы, проводить оценку качества оказываемой помощи.

**ПЕРЕЧЕНЬ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ И ВЛАДЕНИЙ
ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА ПО ЗАВЕРШЕНИЮ ОБУЧЕНИЯ ПО ПРОГРАММЕ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»**

По завершению повышения квалификации врач акушер-гинеколог должен:

Знать

1. основы законодательства Российской Федерации по охране здоровья населения, основные нормативно-технические документы, регламентирующие деятельность лечебно-профилактических учреждений акушерско-гинекологической службы;
2. организацию акушерско-гинекологической службы, структуру, штаты и оснащение учреждений здравоохранения акушерского и гинекологического профиля;
3. основы юридических прав в акушерстве и гинекологии, правовые аспекты медицинской деятельности;
4. теоретические аспекты всех нозологий по профилю «Акушерство и гинекология», (этиология, патогенез, клиническая симптоматика, особенности течения, современные технологии лечения и реабилитации);
5. общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики;
6. принципы комплексного лечения беременных и гинекологических больных в соответствии современными требованиями;
7. правила оказания неотложной медицинской помощи больным;
8. основы экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы и порядок их проведения;
9. основы санитарного просвещения;
10. правила оформления медицинской документации;
11. принципы планирования деятельности и отчетности акушерско-гинекологической службы, методы и порядок контроля;
12. теоретические основы, принципы и методы диспансеризации;
13. принципы лекарственного обеспечения населения;
14. основы организации лечебно-профилактической помощи в женской консультации, родильном доме и гинекологическом отделении, службы медицины катастроф, санитарно-эпидемиологической службы, организационно-экономические основы деятельности учреждений здравоохранения и медицинских работников в условиях бюджетно-страховой медицины;
15. основы социальной гигиены, организации и экономики здравоохранения, медицинской этики и деонтологии;
16. правила внутреннего трудового распорядка и правила по охране труда и пожарной безопасности.

Уметь:

1. проводить диспансерное наблюдение за беременными женщинами (в том числе патронаж беременных женщин и родильниц), формировать группы высокого акушерского и перинатального риска в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода;
2. организовать и направить пациенток на пренатальный скрининг для формирования групп риска по хромосомным нарушениям и врожденным аномалиям (порокам развития) у плода;
3. осуществлять контроль за результатами пренатального скрининга на хромосомные нарушения и врожденные аномалии (пороки развития) плода и направлять

- беременных женщин группы высокого риска, сформированной по результатам пренатального скрининга, в медико-генетические центры (консультации);
4. организовать и проводить перинатальные консилиумы по формированию дальнейшей тактики ведения беременности в случае пренатально установленного диагноза врожденных аномалий (пороков развития) у плода и хромосомных нарушений;
 5. проводить физическую и психопрофилактическую подготовку беременных женщин к родам, в том числе подготовки семьи к рождению ребенка;
 6. организовать и провести профилактические мероприятия по выявлению, предупреждению и снижению гинекологических и онкологических заболеваний, патологии молочных желез, инфекций, передаваемых половым путем, ВИЧ-инфекции, в том числе передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку;
 7. провести комплекс мероприятий по диспансеризации женского населения участка в соответствии с перечнем нозологических форм, подлежащих диспансерному наблюдению, анализа эффективности и качества диспансеризации;
 8. организовать экстренную и неотложную медицинскую помощь беременным женщинам, родильницам и гинекологическим больным независимо от их места жительства в случае их непосредственного обращения в женскую консультацию при возникновении острых состояний;
 9. организовать в случаях необходимости консультирование беременных женщин и гинекологических больных главным врачом (заведующим) женской консультации, врачами других специальностей женской консультации и других организаций;
 10. определять медицинские показания и направлять беременных женщин, родильниц и гинекологических больных для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях;
 11. осуществлять наблюдение за пациентками на всех этапах оказания медицинской помощи;
 12. подготовить заключения по медицинским показаниям о необходимости направления беременных женщин, женщин с гинекологическими заболеваниями на санаторно-курортное лечение;
 13. проводить клинико-экспертную оценку качества оказания медицинской помощи женщинам вне-, в период беременности, в послеродовом периоде и эффективности лечебных и диагностических мероприятий;
 14. осуществлять санитарно-гигиеническое образование среди прикрепленного женского населения по вопросам охраны и укрепления репродуктивного здоровья, профилактики абортов;
 15. формировать у женщин установки на материнство, сознание необходимости вынашивания беременности и рождения ребенка;
 16. организовать и провести мероприятия по соблюдению санитарно-противоэпидемического режима;
 17. взаимодействовать с медицинскими организациями, страховыми медицинскими компаниями, иными организациями и территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации;
 18. содействовать обеспечению правовой помощи беременным женщинам, родильницам и гинекологическим больным, организовать совместно с органами социальной защиты медико-социальную помощь для социально незащищенных групп населения из числа беременных женщин и кормящих матерей;
 19. организовать деятельность медицинских работников в ЛПУ акушерско-гинекологической службы;
 20. организовать ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством

Владеть:

1. комплексными методами диагностики беременных женщин и гинекологических больных, используя клинические, лабораторные, функциональные и другие методы исследования;
2. комплексными методами диспансерного ведения и лечения беременных и гинекологических больных в соответствии современными требованиями (стандартами);
3. комплексными методами проведения профилактических осмотров, направленных на выявление заболеваний у женского населения в регионе;
4. комплексными методами воспитания, обучения и формирования у населения здорового образа жизни.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»

Индекс	Наименование тем, элементов и т.д.
1.	Раздел 1. Социальная гигиена и организация акушерско-гинекологической помощи
1.1	Теоретические основы охраны здоровья и организации акушерско-гинекологической службы в РФ
1.2	Охрана здоровья матери в российском законодательстве
1.3	Организация амбулаторно-поликлинической и стационарной акушерско-гинекологической помощи
1.4	Российское право и здравоохранение
2	Раздел 2. Основные методы обследования в акушерстве и гинекологии
2.1	Клинические и лабораторные методы исследования
2.2	Электрофизиологические методы исследования матери и плода.
2.3	Ультразвуковые методы исследования
2.4	Эндоскопические методы исследования.
3	Раздел 3. Физиология беременности и родов
3.1	Оплодотворение и внутриутробное развитие плода. Анатомо-физиологические изменения в организме во время беременности.
3.2	Нормальные роды.
3.3	Послеродовый период. Физиология и психология послеродового периода
3.4	Грудное вскармливание
4	Раздел 4. Патологическое и оперативное акушерство
4.1	Патологическое акушерство: аномалии родовой деятельности (слабость и дискоординация).
4.2	Патологическое акушерство. Узкие тазы.
4.3	Патологическое акушерство. Разрывы матки.
4.4	Патологическое акушерство. Преждевременные роды.
4.5	Оперативное акушерство. Кесарево сечение.
5	Раздел 5. Экстрагенитальные заболевания в акушерстве и гинекологии
5.1	Беременность и заболевания сердечно-сосудистой системы. Приобретенные и врожденные пороки сердца
5.2	Гипертоническая и гипотоническая болезнь и беременность
5.3	Беременность и заболевания органов дыхания. Бронхиальная астма
5.4	Беременность и заболевания желудочно-кишечного тракта и печени. Гастроэзофагиальная рефлюксная болезнь и язвенная болезнь
5.5	Беременность и заболевания почек и органов мочевого выделения (пиелонефрит, мочекаменная болезнь, гломерулонефрит, единственная почка).
5.6	Сахарный диабет и беременность
5.7	Заболевания щитовидной железы и беременность
5.8	Беременность и заболевания крови. Анемия беременных (железодефицитная)
5.9	Беременность и инфекционные заболевания. TORCH-инфекция.
6	Раздел 6. Кровотечения в акушерстве. Шок и терминальные состояния в акушерстве и гинекологии
6.1	Кровотечения во время беременности
6.2	Кровотечения во время родов

Индекс	Наименование тем, элементов и т.д.
6.3	Кровотечения в раннем и позднем послеродовом периоде.
6.4	Шоки и терминальные состояния в акушерстве и гинекологии. Эмболия околоплодными водами.
7	Раздел 7. Токсикозы беременности
7.1.	Ранние токсикозы беременных
7.2.	Гестозы. Преэклампсия. Эклампсия.
8	Раздел 8. Эндокринология в акушерстве и гинекологии
8.1	Нейрогуморальная регуляция репродуктивной системы в периоде ее развития.
8.2	Нейрогуморальная регуляция репродуктивной системы в репродуктивном возрасте.
8.3	Расстройство менструальной функции в подростковом возрасте.
8.4	Расстройство менструальной функции в репродуктивном возрасте.
8.5	Нейроэндокринные гинекологические синдромы: транзиторный диэнцефальный синдром.
8.6	Нейроэндокринные гинекологические синдромы: гиперандрогения.
8.7	Нейроэндокринные гинекологические синдромы: климактерический синдром.
9	Раздел 9. Воспалительные заболевания и септическая инфекция в акушерстве и гинекологии
9.1	Септические заболевания в акушерстве
9.2	Воспалительные заболевания половых органов (неспецифические).
9.3	Септические воспалительные заболевания в гинекологии
9.4	Лактационные маститы
10	Раздел 10. Новообразования женских половых органов и молочных желез.
10.1	Профилактика развития опухолей репродуктивной системы
10.2	Доброкачественные и пограничные опухоли.
10.3	Злокачественные опухоли
10.4	Дисгормональные заболевания молочных желез
11	Раздел 11. Острый живот в гинекологии
11.1	Острый живот при кровотечении в брюшную полость
11.2	Острый живот при воспалении половых органов
11.3	Острый живот при нарушении кровоснабжения органов малого таза и опухолей
12	Раздел 12. Эндометриоз
12.1	Внутренний эндометриоз.
12.2	Наружный эндометриоз
12.3	Экстрагенитальный эндометриоз
13	Раздел 13. Бесплодие.
13.1	Эндокринное бесплодие.
13.2	Трубный фактор в бесплодии
13.3	Маточный фактор в бесплодии
14	Раздел 14. Оперативная гинекология
14.1	Предоперационная подготовка
14.2	Операции на матке
14.3	Операции на придатках матки
14.4	Методы оперативного лечения при ретродевиациях, опущении стенок влагалища, выпадении матки
14.5	Интенсивная терапия и профилактика осложнений в послеоперационном

Индекс	Наименование тем, элементов и т.д.
	периоде
15	Раздел 15 Травматизм в акушерстве и гинекологии
15.1	Травматизм в акушерстве
16	Раздел 16 Антенатальная охрана здоровья плода и перинатальная патология
16.1	Антенатальная охрана здоровья плода и иммунобиологические взаимоотношения матери и плода
16.2	Невынашивание беременности.
16.3	Невынашивание беременности. Антифосфолипидный синдром.
16.4	Гипоксия и отставание внутриутробного развития плода
16.5	Реанимация, интенсивная терапия новорожденных
17	Раздел 17. Избранные вопросы смежных дисциплин
17.1	Мобилизационная подготовка и гражданская оборона.
17.2	Туберкулез
17.3	Система обязательного добровольного страхования в здравоохранении
17.4	ВИЧ инфицирование и СПИД
18	Раздел 18. Планирование семьи и контрацепция
18.1	Профилактика нежелательной беременности. Виды абортов. Преимущества медикаментозного аборта. Профилактика осложнений.
18.2	Гормональная контрацепция
18.3	Внутриматочная контрацепция
18.4	Барьерные и прочие методы контрацепции. Стерилизация
18.5	Выбор метода контрацепции в разных возрастных группах, у женщин с экстрагенитальной патологией.

**УЧЕБНЫЙ ПЛАН
ПРОГРАММЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»
(ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ)**

Цель: совершенствование знаний и компетенций, необходимых для профессиональной деятельности врача акушера-гинеколога.

Категория обучающихся: врачи акушеры-гинекологи и заведующие отделений родильных домов, женских консультаций, гинекологических отделений.

Срок обучения: 144 академических часов (4 недели, 1 месяц)

Трудоемкость: 4 ЗЕТ (в зачетных единицах)

Режим занятий: 6 академических часов в день

Форма обучения: **Очная**

№	Наименование разделов	Всего часов	В том числе		Форма контроля
			лекции	практические занятия	
1.	Раздел 1. Социальная гигиена и организация акушерско-гинекологической помощи	4	2	2	входной тестовый контроль, зачет
2	Раздел 2. Основные методы обследования в акушерстве и гинекологии	4	1	3	зачет
3	Раздел 3. Физиология беременности и родов	9	4	5	зачет
4	Раздел 4. Патологическое и оперативное акушерство	13	4	9	зачет
5	Раздел 5. Экстрагенитальные заболевания в акушерстве и гинекологии	9	3	6	зачет
6	Раздел 6. Кровотечения в акушерстве. Шоки и терминальные состояния в акушерстве и гинекологии	9	3	6	зачет
7	Раздел 7. Токсикозы беременности	6	3	3	зачет
8	Раздел 8. Эндокринология в акушерстве и гинекологии	9	3	6	зачет
9	Раздел 9. Воспалительные заболевания и септическая инфекция в акушерстве и гинекологии	9	3	6	зачет
10	Раздел 10. Новообразования женских половых органов и молочных желез.	9	3	6	зачет
11	Раздел 11. Острый живот в гинекологии	6	3	3	зачет
12	Раздел 12. Эндометриоз	3	1	2	зачет
13	Раздел 13. Бесплодие.	4	1	3	зачет
14	Раздел 14. Оперативная гинекология	10	4	6	зачет
15	Раздел 15 Травматизм в акушерстве и гинекологии	3	1	1	зачет

16	Раздел 16 Антенатальная охрана здоровья плода и перинатальная патология	10	4	6	зачет
17	Раздел 17. Избранные вопросы смежных дисциплин	14	6	8	Зачет
18	Раздел 18. Планирование семьи и контрацепция	8	2	6	Зачет
19	Итоговая аттестация	6	-	-	Выход. тестовый контроль, итоговая аттестация

**УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН
ПРОГРАММЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»
(ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ)**

Цель: совершенствование знаний и компетенций, необходимых для профессиональной деятельности врача акушера-гинеколога.

Категория обучающихся: врачи акушеры-гинекологи и заведующие отделений родильных домов, женских консультаций, гинекологических отделений.

Срок обучения: 144 академических часов (4 недели, 1 месяц)

Трудоемкость: 4 ЗЕТ (в зачетных единицах)

Режим занятий: 6 академических часов в день

Форма обучения: **Очная**

№	Наименование разделов	Всего часов	В том числе		Форма Контроля
			лекции	практические занятия	
1.	Раздел 1. Социальная гигиена и организация акушерско-гинекологической помощи	8	4	4	входной тестовый контроль, зачет
1.1	Теоретические основы охраны здоровья и организации акушерско-гинекологической службы в РФ	2	1	1	
1.2	Охрана здоровья матери в российском законодательстве	2	1	1	
1.3	Организация амбулаторно-поликлинической и стационарной акушерско-гинекологической помощи	2	1	1	
1.4	Российское право и здравоохранение	2	1	1	
2	Раздел 2. Основные методы обследования в акушерстве и гинекологии	10	3	7	Зачет
2.1	Клинические и лабораторные методы исследования	3	2	1	
2.2	Электрофизиологические методы исследования матери и плода.	2	-	2	
2.3	Ультразвуковые методы исследования	3	1	2	
2.4	Эндоскопические методы исследования.	2	-	2	
3	Раздел 3. Физиология беременности и родов	18	9	9	Зачет

3.1	Оплодотворение и внутриутробное развитие плода. Анатомо-физиологические изменения в организме во время беременности.	6	3	3	
3.2	Нормальные роды.	7	3	4	
3.3	Послеродовый период. Физиология и психология послеродового периода	3	2	1	
3.4	Грудное вскармливание	2	1	1	
4	Раздел 4. Патологическое и оперативное акушерство	26	13	13	Зачет
4.1	Патологическое акушерство: аномалии родовой деятельности (слабость и дискоординация).	6	3	3	
4.2	Патологическое акушерство. Узкие тазы.	4	2	2	
4.3	Патологическое акушерство. Разрывы матки.	6	3	3	
4.4	Патологическое акушерство. Преждевременные роды.	4	2	2	
4.5	Оперативное акушерство. Кесарево сечение.	6	3	3	
5	Раздел 5. Экстрагенитальные заболевания в акушерстве и гинекологии	18	8	10	Зачет
5.1	Беременность и заболевания сердечно-сосудистой системы. Приобретенные и врожденные пороки сердца	4	2	2	
5.2	Гипертоническая и гипотоническая болезнь и беременность	1	-	1	
5.3	Беременность и заболевания органов дыхания. Бронхиальная астма	1	-	1	
5.4	Беременность и заболевания желудочно-кишечного тракта и печени. Гастроэзофагиальная рефлюксная болезнь и язвенная болезнь	2	1	1	
5.5	Беременность и заболевания почек и органов мочевого выделения (пиелонефрит, мочекаменная болезнь, гломерулонефрит, единственная почка).	2	1	1	
5.6	Сахарный диабет и беременность	2	1	1	
5.7	Заболевания щитовидной железы и беременность	2	1	1	
5.8	Беременность и заболевания крови. Анемия беременных (железодефицитная)	2	1	1	

5.9	Беременность и инфекционные заболевания. TORCH-инфекция.	2	1	1	
6	Раздел 6. Кровотечения в акушерстве. Шок и терминальные состояния в акушерстве и гинекологии	19	8	11	Зачет
6.1	Кровотечения во время беременности	4	2	2	
6.2	Кровотечения во время родов	4	2	2	
6.3	Кровотечения в раннем и позднем послеродовом периоде.	4	1	3	
6.4	Шоки и терминальные состояния в акушерстве и гинекологии. Эмболия околоплодными водами.	7	3	4	
7	Раздел 7. Токсикозы беременности	12	6	6	Зачет
7.1.	Ранние токсикозы беременных	4	2	2	
7.2.	Гестозы. Преэклампсия. Эклампсия.	8	4	4	
8	Раздел 8. Эндокринология в акушерстве и гинекологии	18	9	9	Зачет
8.1	Нейрогуморальная регуляция репродуктивной системы в периоде ее развития.	3	1	2	
8.2	Нейрогуморальная регуляция репродуктивной системы в репродуктивном возрасте.	3	2	1	
8.3	Расстройство менструальной функции в подростковом возрасте.	3	1	2	
8.4	Расстройство менструальной функции в репродуктивном возрасте.	3	2	1	
8.5	Нейроэндокринные гинекологические синдромы: транзиторный диэнцефальный синдром.	2	1	1	
8.6	Нейроэндокринные гинекологические синдромы: гиперандрогения.	2	1	1	
8.7	Нейроэндокринные гинекологические синдромы: климактерический синдром.	2	1	1	
9	Раздел 9. Воспалительные заболевания и септическая инфекция в акушерстве и гинекологии	18	9	9	Зачет
9.1	Септические заболевания в акушерстве	4	2	2	
9.2	Воспалительные заболевания половых органов (неспецифические).	6	3	3	

9.3	Септические воспалительные заболевания в гинекологии	6	3	3	
9.4	Лактационные маститы	2	1	1	
10	Раздел 10. Новообразования женских половых органов и молочных желез.	20	10	10	Зачет
10.1	Профилактика развития опухолей репродуктивной системы	5	3	2	
10.2	Доброкачественные и пограничные опухоли.	5	2	3	
10.3	Злокачественные опухоли	6	3	3	
10.4	Дисгормональные заболевания молочных желез	4	2	2	
11	Раздел 11. Острый живот в гинекологии	12	6	6	Зачет
11.1	Острый живот при кровотечении в брюшную полость	4	2	2	
11.2	Острый живот при воспалении половых органов	4	2	2	
11.3	Острый живот при нарушении кровоснабжения органов малого таза и опухолей	4	2	2	
12	Раздел 12. Эндометриоз	6	3	3	Зачет
12.1	Внутренний эндометриоз.	2	1	1	
12.2	Наружный эндометриоз	2	1	1	
12.3	Экстрагенитальный эндометриоз	2	1	1	
13	Раздел 13. Бесплодие.	8	4	4	Зачет
13.1	Эндокринное бесплодие.	4	2	2	
13.2	Трубный фактор в бесплодии	2	1	1	
13.3	Маточный фактор в бесплодии	2	1	1	
14	Раздел 14. Оперативная гинекология	20	10	10	Зачет
14.1	Предоперационная подготовка	2	1	1	
14.2	Операции на матке	6	3	3	
14.3	Операции на придатках матки	6	3	3	
14.4	Методы оперативного лечения при ретродевиациях, опущении стенок влагалища, выпадении матки	3	1	2	
14.5	Интенсивная терапия и профилактика осложнений в послеоперационном периоде	3	2	1	
15	Раздел 15 Травматизм в акушерстве и гинекологии	6	3	3	Зачет
15.1	Травматизм в акушерстве	6	3	3	
16	Раздел 16 Антенатальная охрана здоровья плода и перинатальная патология	20	10	10	Зачет
16.1	Антенатальная охрана здоровья плода и иммунобиологические взаимоотношения матери и плода	3	2	1	

16.2	Невынашивание беременности.	6	3	3	
16.3	Невынашивание беременности. Антифосфолипидный синдром.	4	2	2	
16.4	Гипоксия и отставание внутриутробного развития плода	4	2	2	
16.5	Реанимация, интенсивная терапия новорожденных	3	1	2	
17	Раздел 17. Избранные вопросы смежных дисциплин	28	13	15	Зачет
17.1	Мобилизационная подготовка и гражданская оборона.	12	6	6	
17.2	Туберкулез	6	3	3	
17.3	Система обязательного добровольного страхования в здравоохранении	4	1	3	
17.4	ВИЧ инфицирование и СПИД	6	3	3	
18	Раздел 18. Планирование семьи и контрацепция	15	7	8	Зачет
18.1	Профилактика нежелательной беременности. Виды аборт. Преимущества медикаментозного аборта. Профилактика осложнений.	4	2	2	
18.2	Гормональная контрацепция	4	2	2	
18.3	Внутриматочная контрацепция	3	1	2	
18.4	Барьерные и прочие методы контрацепции. Стерилизация	2	1	1	
18.5	Выбор метода контрацепции в разных возрастных группах, у женщин с экстрагенитальной патологией.	2	1	1	
19	Итоговая аттестация	6	-	6	Выход. тестовый контроль, итоговая аттестация
20	Всего	144	135	153	

Симуляционное обучение

Задачи	Материалы и методы	Навыки и умения
Принципы диагностики беременности, обследования беременных, рожениц и родильниц	Манекены или фантомы роженицы, позволяющий отработать пальпацию живота, прием Леопольда, аускультация сердцебиения плода, вагинальное обследование, роды в различных позициях, в том числе на спине и в коленно-локтевом положении, головное, тазовое и поперечное предлежание, акушерские измерения, ушивание разрывов промежности Манекен или фантом торса беременной для проведения обследования, бимануального исследования, приемов Леопольда, аускультации сердцебиения плода Манекен или полуторс роженицы для отработки навыков ухода и сестринских манипуляций в акушерстве Набор моделей стадий беременности, 8 частей Модель плода Фантом акушерский	Совершенствование навыков диагностики беременности, пальпации живота, приемами Леопольда, аускультации сердцебиения плода, вагинального обследования,
Принципы неонатологической помощи	Манекен младенца для отработки ухода за новорожденным, в том числе инъекций, обработки пупка, кормления Манекен младенца (IV уровня реалистичности) для отработки неотложных состояний в неонатологии с управлением через электронный контролер или компьютер, с помощью которого можно создавать и проигрывать клинические сценарии, Тренажер «НОЭЛЬ» новорожденный	Совершенствование навыков ухода и оказания неотложной помощи новорожденным
Принципы ведения родов	Тренажеры для диагностики раскрытия шейки в родах	Совершенствование навыков ведения родов на

	для влагалищного исследования, Тренажер «НОЭЛЬ» роженица	различных стадиях родовой деятельности
Принципы оперативного акушерства	Фантом женской промежности для наложения швов	Совершенствование навыков наложения швов на промежности
Принципы и основы оказания медицинской помощи при неотложных и критических состояниях, внезапных заболеваниях	Фантом грудной клетки или манекен с возможностью проведения ИВЛ через рот, имитацией раздувания легких, подвижными шей и нижней челюстью, сжимаемой грудной клеткой для отработки СЛР, в том числе с применением дефибрилляции То же с электронным или компьютерным контроллером СЛР Дефибриллятор учебный Фантом головы с реалистичными дыхательными путями для отработки назальной и оральной эндотрахеальной интубации Фантом верхней части туловища с головой для центрального венозного доступа и региональной анестезии, с имитацией кровообращения Многофункциональный манекен-имитатор с системой мониторинга основных жизненных показателей Индивидуальный мини-тренажер для крикотрахеотомии Тренажер для трахеотомии. Носилки. Шины для фиксации при переломах. Ситуационные задачи	1. Навык медицинской сортировки пострадавших 2. Умение выбора терапевтических мероприятий для устранения травматического шока 3. Навык обеспечения свободной проходимости дыхательных путей 4. Навык непрямого массажа сердца: выбор точки для компрессии грудной клетки; прекардиальный удар; техника закрытого массажа сердца 5. Навык иммобилизации поврежденных конечностей, позвоночника, таза, грудной клетки, головы и транспортировки в лечебное учреждение 6. Навык организации медицинской помощи обожженным и требований к транспортным средствам при перевозке обожженных в специализированное медицинское учреждение 7. Умение выбора медикаментозной терапии с учетом объема поражения при оказании первой медицинской помощи 8. Навык введения препаратов: -внутривенно -внутривенно струйно (через катетер в подключичной вене) 9. Навык организации при необходимости противоэпидемических мероприятий 10. Навык согласованной работы в команде

КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ

Тестовые задания

В нижеперечисленных вопросах отметьте один, с Вашей точки зрения, правильный вариант ответа:

001. При образовании мочепоолового свища после родов пластическую операцию следует производить через

- а) 1-2 мес
- б) 2-3 мес
- в) 3-4 мес
- г) 5-6 мес
- д) 6-12 мес

Ответ: г

002. Признаки, сцепленные с X-хромосомой

- 1) отставание роста
- 2) отклонение в строении
- 3) отсутствие развития или недоразвитие вторичных половых признаков
- 4) бесплодие
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) ни один из перечисленных

Ответ: в

003. Кариотип человека – это

- 1) набор генов
- 2) половые хромосомы
- 3) спираль ДНК
- 4) совокупность данных о числе, размерах и структуре хромосом
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) ни один из перечисленных

Ответ: г

004. Эффекты, приводящие к хромосомным aberrациям в соматических клетках

- 1) радиация
- 2) химические вещества
- 3) вирусы
- 4) биологические факторы
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) ни один из перечисленных

Ответ: в

005. Основной признак синдрома Шерешевского – Тернера

- 1) фенотип женский
- 2) первичная аменорея
- 3) недоразвитие матки
- 4) аплазия или гипоплазия гонад
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные признаки
- г) верно 4
- д) ни один из перечисленных

Ответ: в

006. Для типичного варианта синдрома Клайнфельтера характерно

- 1) увеличение количества половых хромосом
- 2) мужской пол больных
- 3) женский тип строения скелета
- 4) недоразвитие вторичных половых признаков
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные

- г) верно 4
- д) ни один из перечисленных

Ответ: в

007. Дизурия – расстройство мочеиспускания, которое характеризуется

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

Ответ: а

008. Для приступа мочекаменной болезни характерно

- 1) гипоиностенурия
- 2) лейкоцитурия
- 3) дизурия
- 4) резкие боли по ходу мочеточника
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) ни один из перечисленных

Ответ: г

009. Для диагностики мочекаменной болезни во время беременности наиболее целесообразно применить следующие методы исследования

- 1) обзорную рентгенографию
- 2) экскреторную урографию
- 3) цитоскопию
- 4) УЗИ
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) ни один из перечисленных

Ответ: г

010. К группе высокого риска по заболеванию СПИДом относятся

- 1) гомосексуалисты
- 2) наркоманы
- 3) больные гемофилией
- 4) лица, ведущие беспорядочную половую жизнь
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) ни один из перечисленных

Ответ: в

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

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

Ответ: б

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

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

Ответ: б

013. «Малыми» принято называть дозы

- а) не вызывающие лучевой болезни
- б) не вызывающих хромосомных повреждений
- в) не вызывающие генных поломок
- г) не вызывающие специфических изменений в отдельном организме, а вызывающие статически выявленные изменения в состоянии здоровья группы
- д) меньшие, чем допустимые дозы облучения

Ответ: г

014. После облучения мужских гонад наиболее характерными изменениями являются

- а) нарушение половой потенции
- б) гипоспермия
- в) водянка яичка
- г) наследственные болезни у детей
- д) снижение в крови тестостерона

Ответ: б

015. Единица поглощенной дозы

- а) Грей
- б) Зиверт
- в) Рентген
- г) Кюри
- д) Бэр

Ответ: а

016. Лимфопения, выявленная у больного в течение первых суток, обусловлена

- а) локальным внешним облучением конечности
- б) поступлением внутрь радионуклидов
- в) внешним облучением туловища в дозе менее 0.5 г
- г) внешним облучением туловища в дозе более 1 г
- д) заболеванием, не связанным с облучением

Ответ: г

017. Мероприятием, которое нужно проводить по предупреждению медицинского облучения плода на начальных сроках беременности, является

- а) производить рентгеновские исследования в первые 10 дней менструального цикла
- б) производить рентгеновские исследования во второй половине менструального цикла
- в) не использовать флюорографию у женщин детородного возраста
- г) перед рентгеновским исследованием направить женщину на осмотр к гинекологу

Ответ: а

018. Прерывание беременности по медицинским показаниям можно рекомендовать женщине, подвергшейся облучению, в следующем случае

- а) при поглощенной дозе на плод более 0.1 г
- б) при поглощенной дозе на плод более 0.5 г
- в) при поглощенной дозе на плод более 1 г
- г) при облучении в дозе, превышающей допустимый уровень по нормам радиационной безопасности

Ответ: б

019. Число случаев острой лучевой болезни в настоящее время во всем мире составляет

- а) несколько десятков
- б) несколько сотен
- в) несколько тысяч
- г) несколько миллионов

Ответ: б

020. Опасность, которую может представлять больной после внешнего γ -облучения для медицинского персонала

- а) от тела больного исходит γ -излучение
- б) больной выделяет с мочкой радионуклиды
- в) никакую

Ответ: в

021. Мероприятие по оказанию первичной помощи пострадавшему, находящемуся в тяжелом состоянии, - это

- а) дезактивация кожи
- б) прием радиопротектора
- в) реанимационные мероприятия
- г) гемосорбция
- д) купирование рвоты

Ответ: в

022. Степень тяжести лучевого поражения определяется

- а) содержанием радионуклидов на месте облучения
- б) количеством «горячих» частиц в легких
- в) количеством радионуклидов в организме
- г) степенью угнетения кроветворения

Ответ: г

023. Инфекционные осложнения у больных острой лучевой болезнью вероятны при следующем уровне нейтрофилов в крови

- а) менее 3000 в мкл
- б) менее 1000 в мкл
- в) менее нормы
- г) менее 500 в мкл
- д) менее 100 в мкл

Ответ: г

024. Кровоточивость возникает при содержании тромбоцитов в крови

- а) менее 150 тыс. в мкл

- б) менее 100 тыс. в мкл
- в) менее 50 тыс. в мкл
- г) менее 40 тыс. в мкл
- д) менее 10 тыс. в мкл

Ответ: г

025. Число случаев хронической лучевой болезни у работников предприятий атомной промышленности и энергетики составляет

- а) до 10 случаев в год
- б) несколько
- в) менее 100 случаев в год
- г) менее 1000 случаев в год
- д) 20-30 случаев в год

Ответ: б

026. Шахтеры урановых шахт получают наибольшую дозу

- а) на костный мозг
- б) на печень
- в) на легкие
- г) на желудок
- д) на щитовидную железу

Ответ: в

027. Предпочтительным донором костного мозга для лечения больного острой лучевой болезнью являются

- а) родители больного
- б) родные братья или сестры
- в) дети больного
- г) другие члены семьи

Ответ: б

028. Первое место среди причин смерти ликвидаторов аварии на ЧАЭС занимают

- а) сердечно-сосудистые заболевания
- б) онкологические заболевания
- в) травмы и отравления

Ответ: в

029. Первое место среди причин смерти у населения, проживающего на загрязненной территории, занимают

- а) сердечно-сосудистые заболевания
- б) онкологические заболевания
- в) травмы и отравления

Ответ: а

030. Нижеперечисленные злокачественные новообразования, наиболее вероятные для лиц, подвергшихся облучению в результате аварии на ЧАЭС

- а) рак желудка
- б) рак легкого
- в) лейкозы
- г) рак щитовидной железы
- д) рак молочной железы

Ответ: г

031. При массивном кровотечении во время операции кесарева сечения, производимой по поводу предлежания плаценты, наиболее правильной является следующая акушерская тактика

- а) повторное применение препаратов утеротонического действия
- б) экстирпация матки
- в) надвлагалищная ампутация матки
- г) применение простенона в толщу миометрия

Ответ: б

032. При кесаревом сечении по поводу преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты после извлечения плода и плаценты следует

- а) вывести матку в рану и тщательно осмотреть ее поверхность (переднюю и заднюю)
- б) ввести метилэргометрин (или окситоцин)
- в) полностью восполнить кровопотерю
- г) сделать все перечисленное
- д) не делать ничего из перечисленного

Ответ: г

033. Для клинической симптоматики преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты характерно все перечисленное, кроме

- а) болей в животе
- б) анемии
- в) асимметрии матки
- г) гипоксии плода
- д) полиурии

Ответ: д

034. Предлежание плаценты следует, как правило, дифференцировать

- а) с перекутом ножки кистомы яичника
- б) с разрывом матки

- в) с некрозом миоматозного узла
- г) с ущемлением миоматозного измененной матки в малом тазу
- д) ни с чем из перечисленного

Ответ: д

035. Клиническая картина при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, как правило, обусловлена

- а) размером отслоившейся поверхности плаценты
- б) состоянием системы гемостаза
- в) тяжестью фоновой патологии
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

Ответ: г

036. Клиническая картина при предлежании плаценты обычно зависит

- а) от степени предлежания
- б) от величины кровотечения
- в) от сопутствующей патологии
- г) правильно б) и в)
- д) от всего перечисленного

Ответ: д

037. Полная отслойка плаценты значительно чаще развивается у беременных

- а) с миомой матки
- б) с кистой яичника
- в) с артериальной гипертензией
- г) с артериальной гипотонией
- д) правильно а) и в)

Ответ: в

038. Предлежанию плаценты часто сопутствует

- а) плотное прикрепление плаценты
- б) истинное приращение плаценты
- в) анемизация женщины
- г) правильно а) и б)
- д) все перечисленное

Ответ: д

039. Характерной особенностью кровотечений при предлежании плаценты является

- а) внезапность их появления
- б) их повторяемость
- в) анемизация беременной
- г) правильно б) и в)
- д) все перечисленное

Ответ: д

040. нарушение системы гемостаза чаще всего происходит

- а) при тяжелом гестозе ОПГ
- б) при преждевременной отслойке плаценты
- в) при большой кровопотере любого происхождения
- г) при шоке лобного происхождения
- д) при всем перечисленном

Ответ: д

041. Основные принципы лечения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты заключается

- а) в быстром родоразрешении
- б) в адекватном возмещении кровопотери
- в) в профилактике осложнений
- г) во всем перечисленном
- д) ни в чем из перечисленного

Ответ: г

042. Если прогрессирующая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты развилась во время беременности, следует произвести

- а) родовозбуждение
- б) раннюю амниотомию
- в) токолиз
- г) кесарево сечение
- д) правильно а) и б)

Ответ: г

043. Если преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты произошла в родах, следует оценить

- а) состояние родовых путей
- б) состояние плода
- в) кровопотерю
- г) состояние свертывающей системы крови
- д) все перечисленное

Ответ: д

044. Если преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты произошла в первом периоде родов, следует

- а) произвести кесарево сечение
- б) наложить акушерские щипцы
- в) применить вакуум-экстракцию плода
- г) верно все перечисленное

Ответ: а

045. При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты контрольное ручное обследование послеродовой матки производить

- а) обязательно
- б) не обязательно
- в) в зависимости от величины кровопотери
- г) в зависимости от уровня АД

Ответ: а

046. При неполном предлежании плаценты контрольное ручное обследование послеродовой матки производить

- а) обязательно
- б) не обязательно
- в) в зависимости от кровопотери
- г) в зависимости от состояния родильницы

Ответ: в

047. Патология, при которой возможно развитие шеечно-перешеечной беременности

- а) воспалительные заболевания шейки матки и области перешейки
- б) эндометрит
- в) гипоплазия матки
- г) правильно а) и б)
- д) верно все перечисленное

Ответ: д

048. При консервативном ведении родов у рожениц с преждевременной непрогрессирующей отслойкой плаценты используются медикаментозные препараты

- а) спазмолитики
- б) промедол
- в) окситоцин
- г) партусистен
- д) все перечисленные

Ответ: а

049. Самым достоверным методом исследования при низкой плацентации плаценты является

- а) наружное акушерское исследование
- б) внутреннее акушерское исследование
- в) кольпоскопия
- г) амниоскопия
- д) ультразвуковое сканирование

Ответ: д

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

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

Ответ: а

051. Клиническая картина при шеечно-перешеечной беременности в основном характеризуется

- а) обильным кровотечением
- б) сильными болями внизу живота
- в) длительной гипотонией
- г) гибелью плода
- д) всем перечисленным

Ответ: а

052. При осмотре шейки матки в зеркалах для шеечно-перешеечной беременности характерно

- а) эксцентричное расположение наружного зева
- б) бочкообразная форма шейки матки
- в) резкий цианоз влагалищной порции шейки матки
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

053. Шеечную беременность следует дифференцировать (в первые месяцы беременности)

- а) с миомой матки
- б) с внематочной беременностью
- в) с абортом в ходу
- г) правильно б) и в)
- д) со всем перечисленным

Ответ: д

054. Показанием для ручного обследования послеродовой матки является

- а) повышенная кровопотеря

- б) сомнение в целостности плаценты
- в) сомнение в целостности стенки матки
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

055. При шеечной беременности следует произвести

- а) выскабливание шейки и матки
- б) тампонаду шейки
- в) надвлагалищную ампутацию матки
- г) экстирпацию матки
- д) правильно а) и б)

Ответ: г

056. при низком расположении плаценты по передней стенке матки процесс «миграции» плаценты, как правило, заканчивается в сроки беременности

- а) 25 недель
- б) 35 недель
- в) 37 недель
- г) к сроку родов

Ответ: б

057. Для профилактики осложнений при низкой плацентации применяют

- а) спазмолитики
- б) токолитики
- в) антиагреганты
- г) витамины
- д) все перечисленное

Ответ: д

058. Для профилактики кровопотери при шеечно-перешеечной беременности применяют

- а) спазмолитики
- б) токолитики
- в) антиагреганты
- г) седативные препараты
- д) ничего из перечисленного

Ответ: д

059. При полном предлежании плаценты операция кесарева сечения обычно производится в плановом порядке

- а) с началом родовой деятельности
- б) при беременности 38 недель
- в) при беременности 40 недель
- г) ничего из перечисленного

Ответ: б

060. При неполном предлежании плаценты кесарево сечение производится

- а) при сильном кровотечении
- б) при осложненном течении родов
- в) при клинически узком тазе II степени
- г) правильно а) и в)
- д) при всем перечисленном

Ответ: д

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

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

Ответ: в

061. Количественное определение содержания хорионического гонадотропина в моче, в основном, используется

- 1) для диагностики беременности малого срока
- 2) для диагностики пузырного заноса
- 3) для оценки развития беременности в I триместре
- 4) для оценки развития беременности во II втором триместре
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

Ответ: а

062. К тестам функциональной диагностики обычно относится

- 1) исследование шеечной слизи
- 2) измерение базальной температуры
- 3) кольпоцитология
- 4) биопсия эндометрия
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2

- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

Ответ: в

063. Отрицательная дексаметазоновая проба (незначительное снижение экскреции 17-ОКС и 17-КС) свидетельствует о наличии

- 1) опухоли коркового слоя надпочечников
- 2) арренобластомы яичников
- 3) синдрома склерокистозных яичников
- 4) адреногенитального синдрома (АГС)

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

Ответ: а

064. Гистероскопия, как правило, позволяет дифференцировать

- 1) крупный полип от подслизистого миоматозного узла
- 2) состояние эндометрия во II фазе менструального цикла
- 3) рак эндометрия от гиперплазии эндометрия
- 4) плацентарный полип от узла хориокарциномы

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

Ответ: б

065. Использование 3% уксусной кислоты при расширенной кольпоскопии позволяет

- 1) отличить патологический участок от неизменной слизистой оболочки шейки матки
- 2) дифференцировать доброкачественные изменения слизистой оболочки шейки матки от атипичных
- 3) отказаться от ненужной биопсии
- 4) диагностировать рак шейки матки

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

Ответ: а

066. Показанием к ректороманоскопии в гинекологии, как правило, является

- 1) рак шейки матки
- 2) рак тела матки
- 3) эндометриоз
- 4) кишечное кровотечение неясного происхождения

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

Ответ: в

067. Бесстрессовый тест наиболее целесообразно проводить беременным группы риска по развитию хронической гипоксии плода в сроки беременности

- 1) 36-38 недель
- 2) 33-34 недели
- 3) 26-28 недель
- 4) 20-22 недели

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

Ответ: б

068. Показанием для гистеросальпингографии является

- 1) подозрение на трубное бесплодие
- 2) наличие внутриматочной патологии
- 3) подозрение на внутренний эндометриоз
- 4) подозрение на трубную беременность

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

д) все ответы неправильны

Ответ: в

069. Проведение гистеросальпингографии допустимо на фоне

- 1) хронического гастрита
- 2) хронического сальпингоофорита
- 3) подострого кольпита
- 4) гриппа
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

Ответ: б

070. Амниоскопия особенно информативна и целесообразна

- 1) при гемолитической болезни плода (резус-конфликт)
- 2) при перенашивании беременности
- 3) при предлежании плаценты
- 4) при сахарном диабете
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

Ответ: б

071. Показаниями для проведения газовой пельвиграфии являются

- 1) подозрение на склерокистозные яичники
- 2) наличие опухоли в малом тазу
- 3) подозрение на внематочную беременность
- 4) ничего из перечисленного
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

Ответ: б

072. Противопоказаниями для наложения пневмоперитонеума являются

- 1) общее тяжелое состояние больной
- 2) выраженный метеоризм
- 3) беременность
- 4) дисгенезия гонад
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

Ответ: а

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

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

Ответ: д

074. Кариопикнотический индекс – это процентное отношение

- а) эозинофильных поверхностных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке
- б) поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к общему числу клеток в мазке
- в) базальных и парабазальных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке
- г) поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к эозинофильным поверхностным клеткам
- д) ничто из перечисленного

Ответ: б

075. Для определения эстрогенной насыщенности организма мазки на кольпоцитологию надо исследовать в следующие дни менструального цикла

- а) 1, 3, 5, 7, 9, 13, 15
- б) 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14
- в) 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 27
- г) 3, 10, 16, 20, 25
- д) 7, 14, 21, 29

Ответ:

076. Тест базальной температуры основан
- а) на воздействии эстрогенов на гипоталамус
 - б) на влиянии простагландинов на гипоталамус
 - в) на влиянии прогестерона на терморегулирующий центр гипоталамуса
 - г) ни на чем из перечисленного
 - д) на всем перечисленном
- Ответ: в
077. Монотонная гипотермическая кривая базальной температуры характерна
- а) для двуфазного менструального цикла
 - б) для двуфазного менструального цикла с укорочением лютеиновой фазы до 5 дней
 - в) для ановуляторного менструального цикла
 - г) ни для чего из перечисленного
 - д) для всего перечисленного
- Ответ: в
078. Показателем недостаточности функции желтого тела на графике базальной температуры (при нормопонирующем менструальном цикле) является продолжительность второй фазы менее
- а) 4-6 дней
 - б) 6-8 дней
 - в) 8-10 дней
 - г) 10-12 дней
 - д) ничего из перечисленного
- Ответ: г
079. При двуфазном менструальном цикле разница базальной температуры I и II фаз составляет
- а) 0,2-0,3 °C
 - б) 0,4-0,6 °C
 - в) 0,7-0,8 °C
 - г) 0,9-1,5 °C
 - д) ничего из перечисленного
- Ответ: б
080. При нормопонирующем двуфазном менструальном цикле симптом арборизации цервикальной слизи (+ - -) соответствует
- а) 4-му дню менструального цикла
 - б) 7-му дню менструального цикла
 - в) 10-му дню менструального цикла
 - г) 13-му дню менструального цикла
 - д) 16-му дню менструального цикла
- Ответ: б
081. Феномен «зрочка» (+++): раскрытие цервикального канала до 0,3 см в диаметре (наружный зев в виде круга) соответствует
- а) 5-6-му дню менструального цикла
 - б) 7-8-му дню менструального цикла
 - в) 9-10-му дню менструального цикла
 - г) 11-12-му дню менструального цикла
 - д) 13-14-му дню менструального цикла
- Ответ: б
082. Положительный симптом зрочка в течение всего менструального цикла свидетельствует
- а) о наличии гиперандрогении
 - б) об укорочении II фазы цикла
 - в) о наличии ановуляторного цикла
 - г) о всем перечисленном
 - д) ни о чем из перечисленного
- Ответ: в
083. Симптом растяжения цервикальной слизи на 5-6 см при нормальном менструальном цикле соответствует
- а) 1-5-му дню менструального цикла
 - б) 6-10-му дню менструального цикла
 - в) 12-14-му дню менструального цикла
 - г) 16-20-му дню менструального цикла
 - д) 22-24-му дню менструального цикла
- Ответ: в
084. Растяжение цервикальной слизи до 10-12 см на 24-й день менструального цикла свидетельствует
- а) об ановуляторном цикле
 - б) о гиперандрогении
 - в) об укорочении II фазы цикла
 - г) об укорочении I фазы цикла
 - д) ни о чем из перечисленного
- Ответ: а
085. Положительная прогестероновая проба при аменорее (проявление через 2-3 дня после отмены препарата менструально-подобного кровотечения) свидетельствует
- а) о наличии атрофии эндометрия
 - б) о достаточной эстрогенной насыщенности организма

- в) о гиперандрогении
- г) о гипозстрогении
- д) о сниженном содержании в организме прогестерона

Ответ: б

086. При проведении у больной с аменореей гормональной пробы с эстрогенами и гестагенами отрицательный результат ее (отсутствие менструальной реакции) свидетельствует

- а) о наличии аменореи центрального генеза
- б) о яичниковой форме аменореи
- в) о маточной форме аменореи
- г) о наличии синдрома склерокистозных яичников
- д) ни о чем из перечисленного

Ответ: в

087. При нормальном течении беременности уровень ХГ достигает максимума при сроке

- а) 5-6 недель
- б) 7-8 недель
- в) 9-10 недель
- г) 11-12 недель
- д) 13-14 недель

Ответ: в

088. При использовании радиоизотопного метода диагностики накопление ^{32}P в матке более 350% характерно

- а) для атрофии эндометрия
- б) для миомы матки
- в) для полипоза эндометрия
- г) для эндометриоза
- д) для рака эндометрия

Ответ: д

089. При оценке КТГ плода имеют значение следующие данные

- а) базальная частота сердечных сокращений
- б) наличие и частота акцелераций
- в) наличие децелераций
- г) амплитуда мгновенных осцилляций
- д) все перечисленные

Ответ: д

090. О тяжелом внутриутробном страдании плода по данным КТГ свидетельствует следующая амплитуда мгновенных осцилляций

- а) 0-5 в минуту
- б) 5-10 в минуту
- в) 10-25 в минуту
- г) все перечисленные
- д) ни одна из перечисленных

Ответ: а

091. для средней степени тяжести позднего гестоза беременных наиболее характерно

- 1) значительная тошнота, выраженная саливация
- 2) частота пульса 90-100 ударов в минуту
- 3) систолическое АД 100-110 мм рт. ст. (при исходной нормотонии)
- 4) полиурия
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

Ответ: д

092. Для эклампсии характерно

- 1) наличие тонических судорог
- 2) наличие клонических судорог
- 3) отсутствие судорожного синдрома
- 4) коматозное состояние
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

093. Показаниями к прерыванию беременности при тяжелом течении позднего гестоза являются

- 1) пульс до 110-120 ударов в минуту
- 2) повышение уровня билирубина в крови до 40-80 мкмоль/л
- 3) дизурические и диспептические симптомы
- 4) сухой обложенный язык, запах ацетона изо рта
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2

- в) все перечисленное
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

Ответ: д

094. При позднем гестозе имеет место

- 1) повышение эластичности мембраны эритроцитов
- 2) возрастание количества тромбоцитов
- 3) дегидратация тканей
- 4) гиперкоагуляция
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

095. Для позднего гестоза характерно нарушение функции плаценты

- 1) дыхательной
- 2) питательной
- 3) гормональной
- 4) защитной
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) всех перечисленных функций
- г) верно 4
- д) ни одной из перечисленных функций

Ответ: в

096. При позднем гестозе отмечаются следующие патогенетические механизмы

- 1) снижение объема циркулирующей крови
- 2) снижение объема циркулирующей плазмы
- 3) снижение объема циркулирующих эритроцитов
- 4) повышение вязкости крови
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

Ответ: в

097. Поздние гестозы у беременных имеют следующие начальные клинические проявления

- 1) задержка жидкости
- 2) жажда
- 3) никтурия
- 4) обезвоживание, сгущение крови
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

Ответ: а

098. Для водянки беременных характерно

- 1) олигурия
- 2) гиповолемия
- 3) снижение гидрофильности тканей
- 4) снижение функции калликреин-кининовой системы
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

Ответ: в

099. Для нефропатии беременных, как правило, характерны следующие симптомы

- 1) головная боль
- 2) нарушение зрения
- 3) боли в эпигастральной области
- 4) гипертензия
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

100. В плаценте при позднем гестозе происходит

- 1) повышение кровотока
- 2) снижение антигенной функции
- 3) усиленный синтез эстрогенов
- 4) повышенный синтез хориального гонадотропина
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

Ответ: д

101. При позднем гестозе типичными изменениями плаценты, как правило, являются

- 1) тромбоз
- 2) геморрагия
- 3) ишемия
- 4) дистрофия ворсин
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

Ответ: в

102. при исследовании мозга женщин, умерших от эклампсии, находят обычно следующие изменения

- 1) отложение фибрина в сосудистой системе
- 2) диапедезные геморрагии
- 3) отек мозга
- 4) кровоизлияния различной локализации
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

Ответ: в

103. Поздние гестозы различают

- 1) типичные
- 2) «чистые»
- 3) сочетанные
- 4) атипичные
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

Ответ: в

104. Для сочетанных форм позднего гестоза характерно

- 1) проявление в конце III триместра беременности
- 2) развитие в родах
- 3) более легкое течение
- 4) хронический ДВС-синдром
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

105. основными клиническими симптомами позднего гестоза беременных являются

- 1) тошнота
- 2) рвота
- 3) изжога
- 4) диспептические явления
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

Ответ: д

106. Для водянки беременных характерно

- 1) отеки явные
- 2) сосудистая дистония
- 3) отеки скрытые

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

Ответ: в

107. Изменения в клинике позднего гестоза, произошедшие за последние 15-20 лет, характеризуются следующим

- 1) неполной триадой Цангемайстера в клинических проявлениях
- 2) преобладанием сочетанных форм
- 3) длительным вялотекущим течением
- 4) отсутствием судорог при эклампсии

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) всем перечисленным
- г) верно 4
- д) ничем из перечисленного

Ответ: в

108. О наличии хронической почечной патологии у беременной можно, как правило, предположить, если

- 1) признаки позднего гестоза развиваются рано с 22-24 недель беременности
- 2) среди клинических проявлений преобладают отеки, а в моче – альбуминурия, бактериурия
- 3) удельный вес мочи, в ее утренней порции, при неоднократных исследованиях равен 1,005-1,006
- 4) имеется анемия беременной

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) верно все перечисленное
- г) верно 4
- д) все перечисленное неверно

Ответ: в

109. Возможным осложнением при тяжелом течении позднего гестоза является

- 1) кровоизлияние в мозг
- 2) острый жировой гепатоз
- 3) острая дыхательная недостаточность
- 4) психоз

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

Ответ: в

110. Для оценки тяжести позднего гестоза следует учитывать

- 1) среднее артериальное давление (в мм рт. ст.)
- 2) уровень диастолического АД (в мм рт. ст.)
- 3) суточную потерю белка в моче
- 4) уровень пульсового АД

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) всем перечисленным
- г) верно 4
- д) ничем из перечисленного

Ответ: в

111. Для оценки тяжести позднего гестоза наиболее точными показателями являются

- 1) раннее начало
- 2) длительность течения
- 3) низкое содержание мочевой кислоты
- 4) снижение содержания белков острой фазы

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) всем перечисленным
- г) верно 4
- д) ничем из перечисленного

Ответ: б

112. Признаками тяжелого течения позднего гестоза являются, как правило,

- 1) олигурия
- 2) гиперкоагуляция
- 3) анемия
- 4) тромбоцитопения

- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) всем перечисленным

- г) верно 4
- д) ничем из перечисленного

Ответ: в

113. К признакам тяжелого течения позднего гестоза относится, как правило,

- 1) повышение гематокрита в крови
- 2) низкое содержание белка в плазме крови
- 3) гипоальбуминемия
- 4) гиперурикемия
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) всего перечисленного
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

Ответ: в

114. Целью инфузионной терапии при тяжелом течении позднего гестоза является

- 1) дезинтоксикация
- 2) гемоконцентрация
- 3) гемодилюция
- 4) обеспечение адекватного диуреза
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

115. Рвота у беременной в I триместре беременности может считаться проявлением раннего токсикоза в том случае, если

- а) ее возникновение связано с приемом пищи
- б) ее возникновение не связано с приемом пищи
- в) частота ее 3-5 и более раз в сутки
- г) верно б) и в)
- д) верно все перечисленное

Ответ: д

116. Рвота беременных – это полиэтиологическое осложнение, при котором имеется

- а) дизадаптация функциональных регуляторных систем организма
- б) изменение нормального соотношения процессов возбуждения и торможения в головном мозге
- в) дискоординация функций вегетативной нервной системы
- г) верно а) и б)
- д) все перечисленное

Ответ: д

117. Рвота беременных как проявление раннего токсикоза чаще всего развивается у женщин

- а) молодого возраста
- б) повторнобеременных
- в) с высоким инфекционным индексом
- г) у всех перечисленных
- д) ни у кого из перечисленных

Ответ: г

118. Для рвоты беременных легкой степени наиболее характерно

- а) частота рвоты от 6 до 10 раз в сутки
- б) частота пульса 90-100 ударов в минуту
- в) периодически ацетон в моче
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: д

119. Для лечения беременной с ранним токсикозом (рвотой беременных) применяют, как правило, все перечисленное, кроме

- а) спленина
- б) витаминов группы В
- в) эуфиллина
- г) раствора Рингер - Локка
- д) лазерной рефлексотерапии

Ответ: в

120. У беременной с тяжелым течением раннего токсикоза (чрезмерной рвотой беременных) проявлением интоксикации организма являются все перечисленные симптомы, кроме

- а) учащения пульса до 100-120 в минуту
- б) повышения температуры тела до 38°C
- в) снижения АД
- г) наличия в моче ацетона

д) резкой потери в весе

Ответ: б

121. К группе риска по развитию воспалительных послеродовых заболеваний относятся женщины

- а) с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом
- б) с хроническим воспалительным процессом гениталий
- в) с экстрагенитальными воспалительными заболеваниями (тонзиллит, пиелонефрит)
- г) со всем перечисленным
- д) ни с чем из перечисленного

Ответ: г

122. Принципы лечения послеродовых воспалительных заболеваний заключаются

- а) в выборе антибиотика с учетом формы и локализации заболевания
- б) в локальном воздействии на очаг инфекции
- в) в повышении неспецифической реактивности организма
- г) во всем перечисленном
- д) ни в чем из перечисленного

Ответ: г

123. Госпитальная инфекция чаще всего обусловлена

- а) золотистым стафилококком
- б) грамотрицательной флорой
- в) анаэробами
- г) ассоциацией микроорганизмов
- д) ничем из перечисленного

Ответ: г

124. Диагностические критерии подострого эндометрита после родов

- а) температура тела родильницы 38°C и выше
- б) тахикардия до 100 ударов в минуту
- в) лохи с примесью крови на 5-е сутки после родов
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: в

125. В полость матки инфекция чаще всего проникает через цервикальный канал

- а) с помощью трихомонад
- б) с помощью сперматозоидов
- в) благодаря пассивному транспорту в результате отрицательного внутрибрюшного давления, возникающего при движении диафрагмы
- г) всеми перечисленными способами
- д) ни одним из перечисленных способов

Ответ: г

126. Для внутриматочного диализа при хроническом эндометрите используют

- а) димексид
- б) настойку календулы
- в) лидазу
- г) новокаин
- д) все перечисленное

Ответ: д

127. Клинические симптомы, которые всегда предшествуют перфорации гнойного воспалительного образования придатков матки

- а) ознобы
- б) появление жидкого стула
- в) появление резей при мочеиспускании
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

128. Бактероиды наиболее чувствительны к действию

- а) эритромицина
- б) линкомицина
- в) метронидазола
- г) верно б) и в)
- д) всего перечисленного

Ответ: д

129. Условия, способствующие развитию лактационного мастита

- а) лактастоз
- б) трещины сосков
- в) снижение иммунологической защиты организма
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

130. К группе риска по развитию послеродового мастита относится

- а) мастит в анамнезе
- б) мастопатия

- в) наличие послеродового эндометрита
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

131. При послеродовом мастите чаще бывает поражение

- а) двустороннее
- б) у повторнородящих
- в) ниже-внутреннего квадранта
- г) всего перечисленного
- д) ничего из перечисленного

Ответ: д

132. Локализация первичного очага у больной с гонореей зависит

- а) от возраста женщины
- б) от анатомических особенностей гениталий
- в) от нарушения правил асептики при инвазивных методах диагностики в гинекологии
- г) верно а) и в)
- д) от всего перечисленного

Ответ: д

133. При проведении химической провакации у больных с хроническим сальпингоофоритом применяют

- а) раствор азотнокислого серебра 0.5% и 2-3%
- б) раствор Люголя, разведенный дистиллированной водой
- в) 10% раствор хлористого натрия
- г) верно а) и в)
- д) все перечисленное

Ответ: д

134. Димексид обладает следующим действием

- а) анальгезирующим
- б) противовоспалительным
- в) облегчает проникновение лекарственного препарата вглубь тканей
- г) верное б) и в)
- д) верно все перечисленное

Ответ: д

135. Для лечения кандидозного кольпита у беременных применяют

- а) нистатин
- б) клион-D
- в) настой календулы
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

136. Лечение кольпита у беременных следует проводить

- а) в I триместре беременности
- б) во II триместре беременности
- в) в III триместре беременности
- г) верно а) и в)
- д) верно б) и в)

Ответ: д

137. Особенности клинического течения туберкулеза тела матки

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

Ответ: г

138. Тяжесть клинических проявлений послеродового эндометрита зависит

- а) от степени микробной обсемененности матки
- б) от реактивности организма
- в) от вирулентности бактериальной флоры
- г) верно б) и в)
- д) от всего перечисленного

Ответ: д

139. Акушерский перитонит чаще всего возникает после

- а) родов
- б) раннего самопроизвольного выкидыша
- в) кесарева сечения
- г) искусственного аборта
- д) позднего самопроизвольного выкидыша

Ответ: в

140. Факторы риска развития послеродовой септической инфекции заключаются в наличии у родильницы

- а) урогенитальной инфекции
- б) сахарного диабета

- в) невосполненной кровопотери
- г) верно а) и б)
- д) всего перечисленного

Ответ: д

141. Половой путь передачи инфекции характерен в основном

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

Ответ: г

142. В настоящее время отмечаются следующие особенности микрофлоры при воспалительных заболеваниях женских половых органов

- а) преобладание ассоциаций микроорганизмов
- б) возрастание числа анаэробов и вирусов
- в) наличие хламидий и микоплазм
- г) верно б) и в)
- д) верно все перечисленное

Ответ: д

143. Этиопатогенетический подход в диагностике воспалительных заболеваний женских половых органов заключается в определении

- а) возможного начала воспалительного процесса
- б) возбудителя заболевания
- в) функционального состояния яичников
- г) верно а) и б)
- д) всего перечисленного

Ответ: д

144. При обострении хронического сальпингоофорита отмечается

- а) боли внизу живота и в области поясницы
- б) болезненность при пальпации позадишеечного нервного сплетения
- в) болезненность при пальпации передней брюшной стенки в области точки, расположенной на середине между лоном и пупком
- г) верно а) и б)
- д) все перечисленное

Ответ: г

145. Наиболее частый путь распространения инфекции при возникновении лактационного мастита

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

Ответ: а

146. Клиническими признаками серозного мастита после родов являются все перечисленные, кроме

- а) температуры тела 38-39°C
- б) болей в молочной железе на стороне поражения
- в) безболезненности участка уплотнения в молочной железе пальпации
- г) покраснения кожи над участком уплотнения в молочной железе
- д) увеличения молочной железы

Ответ: в

147. Специфическим возбудителем послеродового мастита является

- а) золотистый стафилококк
- б) гемолитический стрептококк
- в) кишечная палочка
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: д

148. Трудности в лечении больных с лактационным маститом, как правило, связаны

- а) с вторичным инфицированием операционных ран при гнойном мастите
- б) с проведением антибиотикотерапии без учета возможного анаэробного инфицирования
- в) с поздней диагностикой заболевания
- г) верно б) и в)
- д) со всем перечисленным

Ответ: д

149. Источником инфекции при послеродовом мастите является

- а) микробная флора зева и носа новорожденного
- б) очаг инфекции в организме роженицы
- в) грязные руки и белье роженицы
- г) верно б) и в)
- д) все перечисленное

Ответ: д

150. К клиническим формам гнойного лактационного мастита относится все перечисленное, кроме

- а) фурункулеза ареолы
- б) инфильтративного мастита
- в) абсцесса ареолы
- г) абсцесса в толще молочной железы
- д) ретромаммарного абсцесса

Ответ: б

151. Инсулин – это анаболический гормон, способствующий

- а) утилизации глюкозы
- б) биосинтезу глюкогена
- в) биосинтезу белков
- г) правильно А) и б)
- д) всему перечисленному

Ответ: д

152. Факторы, являющиеся причинами развития сахарного диабета, - это

- а) заболевание поджелудочной железы
- б) заболевание других желез внутренней секреции
- в) нарушение рецепции к инсулину
- г) генетически обусловленные нарушения
- д) все перечисленное

Ответ: д

153. Сахарный диабет – это заболевание, в основе которого лежит

- а) абсолютная недостаточность инсулина в организме
- б) относительная недостаточность инсулина в организме
- в) нарушение обмена веществ
- г) правильно а) и б)
- д) все перечисленное

Ответ: д

154. Основными симптомами сахарного диабета являются

- а) жажда
- б) сухость во рту
- в) кожный зуд
- г) полиурия
- д) все перечисленные

Ответ: д

155. Для диагностики сахарного диабета дополнительным методом исследования является определение

- а) содержание глюкозы в крови и в моче
- б) содержания кетоновых тел в крови
- в) содержания ацетона в моче
- г) проведение глюкозотолерантного теста
- д) всего перечисленного

Ответ: д

156. Содержание глюкозы в крови натощак при применении орто-толуидинового метода составляет

- а) в пределах 60-100 мг% (3.3-5.5 ммоль/л)
- б) не превышает 120 мг% (6.6 ммоль/л)
- в) не превышает 140 мг% (7.7 ммоль/л)
- г) не превышает 220 мг% (12.21 ммоль/л)
- д) правильно а) и б)

Ответ: а

157. Содержание глюкозы в крови натощак в норме (по методу Хагедорна - Йенсена) составляет

- а) в пределах 80-120 мг% (4.4-6.6 ммоль/л)
- б) не превышает 140 мг% (7.7 ммоль/л)
- в) не превышает 220 мг% (21.21 ммоль/л)
- г) правильно а) и б)

Ответ: а

158. Тест с нагрузкой углеводами свидетельствует о нарушении толерантности к глюкозе в том случае, если через 2 ч после завтрака гликемия (по методу Хагедорна – Йенсена) превышает

- а) 5 ммоль/л
- б) 6.11 ммоль/л
- в) 7.22 ммоль/л
- г) 8.33 ммоль/л
- д) 9.44 ммоль/л

Ответ: д

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

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

Ответ: д

160. Для легкой степени тяжести сахарного диабета характерно следующее
- а) уровень гликемии натощак больше 12.21 ммоль/л (140 мг%), но не превышает 12.21 ммоль/л (220 мг%)
 - б) уровень гликемии натощак больше 12.21 ммоль/л (220 мг%)
 - в) для достижения нормогликемии необходимо назначение инсулина или других сахаропонижающих препаратов
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
- Ответ: д
161. К показателям, указывающим на среднюю тяжесть сахарного диабета, относятся все перечисленные, кроме
- а) уровень гликемии натощак больше 7.7 ммоль/л (140 мг%), но не превышает 12.21 ммоль/л (220 мг%)
 - б) для достижения нормогликемии необходимо назначение инсулина кетоз может быть устранен с помощью диеты
 - г) часто развиваются сосудистые осложнения (диабетическая ретинопатия, трофические язвы голеней)
- Ответ: г
162. Показатели, свидетельствующие о наличии тяжелой формы сахарного диабета
- а) уровень гликемии натощак больше 12.21 ммоль/л (220 мг%)
 - б) для достижения нормогликемии необходимо назначение инсулина или других сахаропонижающих препаратов
 - в) нередко развивается артериальная гипертензия, ишемическая болезнь миокарда
 - г) правильно а) и б)
 - д) все перечисленные
- Ответ: д
163. Влияние беременности при сахарном диабете на организм заключается
- а) в снижении толерантности к глюкозе
 - б) в снижении чувствительности к инсулину
 - в) в ускорении распада инсулина
 - г) в увеличении циркуляции в крови свободных жирных кислот
 - д) во всем перечисленном
- Ответ: д
164. Транзиторный сахарный диабет у беременных характеризуется следующим
- а) нарушение толерантности к глюкозе впервые проявляется во время беременности
 - б) признаки диабета исчезают после родов
 - в) возможно возобновление диабета при повторной беременности
 - г) всем перечисленным
 - д) ничем из перечисленного
- Ответ: г
165. Основными симптомами, предшествующими развитию гиперкетонемической диабетической комы, являются
- а) тошнота, рвота
 - б) появление запаха ацетона в выдыхаемом воздухе
 - в) потеря аппетита, снижение веса тела
 - г) всем перечисленным
 - д) ничем из перечисленного
- Ответ: г
166. Предвестниками гипогликемической комы являются
- а) беспокойство, двигательное возбуждение
 - б) чувство голода
 - в) потливость
 - г) правильно б) и в)
 - д) все перечисленные
- Ответ: д
167. Для гиперкетонемической (диабетической) комы характерно следующее
- а) полиурия
 - б) тахикардия
 - в) снижение тонуса глазных яблок
 - г) правильно б) и в)
 - д) все перечисленное
- Ответ: д
168. Симптомами, характерными для гипогликемической комы, являются
- а) профузный пот
 - б) клонические и тонические судороги
 - в) повышение тонуса глазных яблок
 - г) правильно в) и б)
 - д) все перечисленные
- Ответ: д
169. Основными признаками, характерными для диабетической фетопатии, являются
- а) большая масса тела при рождении
 - б) чрезмерное развитие подкожножировой клетчатки
 - в) недоразвитие нижней части
 - г) правильно а) и б)
 - д) все перечисленное
- Ответ: д

Ситуационные задачи

Задача №1.

Больная Х. 25 лет (27.04.1977г.)

Жалобы: обратилась по поводу возможности наступления беременности.

Анамнез жизни: 25 лет, вес – 48,5кг (срочных) доношенным ребенком. Вес при рождении – 3500, рост – 50см., окружность головы – 36см, окружность груди – 35см.

Условия жизни по словам, удовлетворительными, с 6 мес. ребенок находится в детских яслях.

Репродуктивный анамнез: время появления ВПП не помнит, менструации с 12 лет, установились через 1 год, через 30 дней, по 7 – 8 дней, затем кровомазание до 14 дней менструального цикла, длительные, безболезненные, регулярные. Б – 0. Половая жизнь с 15 лет, в течение жизни было 10 половых партнеров, от беременности не предохранялась.

Из перенесенных заболеваний отмечает: абсцесс – левой подключичной области; фурункулез волосистой части головы в возрасте 2-х недель; катаральный отит, частые ОРЗ, острый бронхит, ветряная оспа, паротит, гангренозный аппендицит осложнившейся перфорацией – в III 89 года; острый цистит; калькулезный холецистит.

Из гинекологических заболеваний отмечает: кистозное изменение левого яичника. Спаечный процесс в малом тазу, вследствие перенесенной в X – 89 года операции по поводу: Пиовариум справа, фибринозно – гнойный пельвиоперитонит: объем операции: Лапаротомия, удаление правого яичника, цекостомия, дренирование брюшной полости; осложнения: Нагноение послеоперационной раны. Эвентрация кишечника; результаты: гистологии № 1664 от 16/X – 89г. – Пиовариум. Множественные фолликулярные кисты. Симптом Штейна – Левенталя.

Проведенное обследование:

- 1) УЗИ органов малого таза: Матка срединно расположена, плотная неоднородная, размерами 49 -30 – 36 мм, эндометрий – 7мм, правый яичник не визуализируется, левый яичник – 32 – 20мм, с мелкими жидкостными включениями до 3мм, строма уплотнена. У медиального края левого яичника жидкостное образование 23 – 27 – 34мм с ровными контурами, идущее за матку.
- 2) УЗИ ЖКТ: Желчекаменная болезнь.
- 3) РЭГ: Сосудистый тонус без выраженных изменений.
- 4) ЭЭГ: Биоэлектрическая активность головного мозга без существенной патологии. Параксизмов, очаговости и эпилептических комплексов нет.
- 5) Rg – графия черепа: Форма и размеры черепа обычные. Кости свода не изменены, четкие. Рис. Пальцевых вдавлений и сосудистый рисунок без особенностей. Форма турецкого седла – закрытая (вариант нормы).
- 6) Rg – рафия брюшной полости без патологии.

Консультация окулиста: поля зрения в пределах нормы. На глазном дне – диски розовые. Ход и калибр сосудов не изменены.

Проведенное лечение: рассасывающая терапия, витаминотерапия, физиолечение, сан – курортное лечение – неоднократно.

Семейный анамнез: Возраст матери при рождении ребенка – 27 лет, отца – 36 лет. Оба работают на судостроительном заводе, мать – по специальности – инженер – конструктор. Во время беременности мать перенесла: ОРЗ, ангина, грипп, хронический эндометрит. Бабушка болела туберкулезом.

Вредные привычки отрицает.

Менструальная функция матери – нет данных. У сестры – менструации с 12 лет, регулярные, длительные, умеренные, безболезненные. У матери – 6 беременностей, 2 родов (оба ребенка живы), 4 искусственных аборта.

Беременность и роды в обоих случаях протекали без особенностей. Осложнения, гестозы, перенашивание отрицает.

Общий осмотр:

Рост – 162см, вес – 48,5кг, окружность груди – 70см, ширина плеч – 35см, ширина таза – 30см, длина ног – 84см.

Морфограмма: Задержка костного развития. Телосложение ближе к астеническому. Кожные покровы физиологической окраски, тургор кожи сохранен, оволосение по женскому типу. Пигментации, стрии, гематомы не обнаружены.

$ИМТ = \frac{48,5}{(1,62)^2} = 18,8 \approx 19$ – индекс массы тела в пределах нормы.

Половая формула:

$Ma + P + Ax + Me = 1,2 \times 4 + 0,3 \times 3 + 0,4 \times 3 + 2,1 \times 3 = 4,8 + 0,9 + 1,2 + 6,3 = 13,2$ – соответствует нормальному половому развитию.

Гирсутое число – 3 баллов, гормональное число – 1 бал.

Гинекологическое исследование:

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

Проведенное обследование:

- 1) Полный анализ крови – в пределах норма.
- 2) Мазок на б/с от 14.11.02 – лейкоц. – 10 – 15, эпителий 5 – 8, флора – кокк. обильн., trich. – не обнаружены, gp – не обнаружен.
- 3) ПИФ мазок на хламидии – не найдена от 3.11.02.
- 4) ПИФ мазка на микоплазмы – получен рост уреаплазм в титре $< 10^4$ от 4.12.02.
- 5) УЗИ от 27.11.02: (9 день м.ц.). Матка грушевидная, не увеличена. Миометрий однородный. Эндометрий 6мм, пролиферативный. Левый яичник подтянут к матке, $V = 15\text{см}^3$, со множеством жидкостных включений 6 – 8 – 13мм. Правый яичник не визуализируется. Справа от матки спаянные петли.
- 6) УЗИ кишечника с наличием между и вокруг них свободной жидкости (объем измерению не поддается). ВПМП – около 5мм свободной жидкости. Заключение: признаки спаечного процесса в малом тазу. Кистозноизмененный левый яичник. Свободная жидкость в ПМТ.

Вопросы:

1. Дальнейшая тактика.
2. Оценить врачебную тактику до момента обращения больной.

Задача №2.

Больная Т. 1.09.1968г.

Жалобы: на отсутствие менструации в течение 10лет и решения вопроса о беременности.

Из анамнеза: Женщина 4-й ребенок в семье, как протекала беременность и роды у мамы не знает. Чем болели мама и папа не знает. Мама умерла в возрасте 60лет – заболевание легких. Старшие сестры здоровы.

Возраст 34 года, рост 150см, вес – 40кг. Условия жизни, бытовые условия, питание удовлетворительные.

Перенесенные заболевания: фолликулярная ангина; отрубевидный лишай; абсцесс правого бедра; остеохондроз поясничного отдела позвоночника; хроническая 2-х нейросенсорная тугоухость; миокардит, кардиосклероз.

Менструации с 14,5 лет, шли по 3 дня, умеренные, не регулярные, с задержками на 2 и более месяцев, безболезненные. С 24 лет менструации отсутствуют. Половая жизнь с 20 лет в браке. Контрацепцией не пользовалась. Отмечает задержку роста с 11 лет.

Общий осмотр: Рост – 150 см, вес – 40 кг, окружность груди – 68 см, ширина плеч – 35 см, ширина таза – 27 см, длина ног – 72 см.

Кожные покровы чистые, влажные, п/жировой слой развит слабо выражен.

Вторичные половые признаки:

Ма $1,2 + P_v \times 0,3 + A_x \times 0,4 + M_e \times 2,1$

И $2 \times 1,2 + 2 \times 0,3 + 2 \times 0,4 + 0 \times 2,1 = 3,01$

Зад – кА полового развития.

Гинекологическое исследование:

Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище узкое. Шейка матки атрофична, выделения слизистые. Матка маленькая, отклонена влево, безболезненная. Признаки с обеих сторон не определяются. Оволосение на лобке скудное. Клитор обычной величины.

Проведенное обследование:

УЗИ от 5.09.03 Матка $4,0 \times 1,6 \times 2,9$ см, структура миометрия однородная, эндометрий в виде светлой, нечеткой полоски, толщина 0,1 см. Правый яичник $2,0 \times 1,0$ см, левый – $2,1 \times 1,0$ см.

Заключение: Гипоплазия гениталий II – III степени.

Консультация эндокринолога: Заключение: симптом Шерешевского – Тернера.

Консультация генетика в 1991 г. Заключение: Симптом Шерешевского – Тернера.

Кариотип в амбулаторной карте не указан (возможен 45 XO/ 46 XX).

Окулист: VOD 0,7 VOS 0,5. Заключение: миопия слабой степени.

Кровь на гормоны не сдавала.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Этиология.
3. Врачебная тактика.
4. Прогноз репродуктивной функции.

Задача №3.

Больная Л., 20 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на отсутствие первой менструации, живет половой жизнью около 1 года, не предохранялась, не беременела.

Анамнез жизни: Родилась от 1 беременности, I родов, в срок. И развивалась соответственно возрасту.

Общий анамнез: ОРВИ редко, хронический гастродуоденит, ДЖВП, нарушение осанки, миастения, вираж туберкулиновой пробы – проф. лечение в санатории Юськи.

Вен. заболевания, операции, гемотрансфузии, аллергию отрицает. Наследственность не отягощена.

Гинекологический анамнез: I аменорея.

Menarche не было. Секреторная функция – гипосекреция. Половая жизнь с 19 лет, с 1 партнером, по типу зупараунии. Функция соседних органов в норме.

Обнаружено: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение астеническое. Питание умеренное. Рост 174 см, вес 64,5 см, ИМТ – 20,1.

Оволосение по женскому типу. В подмышечной впадине рост единичных волос, на лобке единичные длинные волосы. Молочные железы конической формы, пигментация околососковых областей снижена, соски втянуты. Кожные покровы физиологической окраски, чистые. Носовое дыхание свободное. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 72 уд. в мин., ритмичный, АД 90/60 мм рт.ст., температура 36,6. Живот мягкий, участвует в акте дыхания. Печень по краю реберной дуги. Симптом сотрясения отрицательный.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты по женскому типу, развиты правильно. Уретра без особенностей. Шейка матки коническая, маленькая, чистая, зев закрыт. Матка маленькая, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки не определяются.

Дополнительные методы исследования:

УЗИ – матка $2,0 \times 1,2 \times 2,0$ см, миометрий не изменен, расположен обычно. Эндометрий не определяется. Левый яичник $1,3 \times 0,8$ см, объем $0,43 \text{ см}^3$, правый яичник $1,6 \times 0,8$ см, объем $0,56 \text{ см}^3$.

Заключение: выраженная гипоплазия гениталий (III ст.),

УЗИ щитовидной железы – без патологии.

МРТ головного мозга и шейного отдела позвоночника – снижена высота дисков $C_4 - C_6$.

Заключение: начальные признаки остеохондроза.

R – графия черепа. Заключение: Косвенные признаки внутричерепной гиперфункции.

Гипоталамический синдром. Остеопороз.

РЭГ – гипертонический тип. РЭГ с достаточным полушарным и базиллярной системы.

ЭХО ЭГ – смещения м – ЭХО нет.

Консультация специалистов, заключения:

Окулист – миопические изменения.

Генетик – кариотип 46XX. Данных за хромосомную патологию не обнаружено.

Фтизиатр – задержка полового развития. Гипоплазия гениталий III степени. Аменорея I.

Гиперреакция Манту.

Лабораторные исследования.

TSM – 1,246 (N 0,2 – 3,2)

ЛГ – 0,11 (N 0,48 – 17,4)

ФСГ – 0,2 (N2 – 12)

Пл – 168 (N61 – 512)

E₂ – 11,48 (N 20 – 172)

Прогестерон 0,35 (N 0,2 – 20,3)

Тестостерон 0,18 (N0,04 – 0,66)

Вопросы:

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

Задача №4.

Пациентка Х., 19 лет, студентка III курса УДГУ. Жалобы на отсутствие регулярных менструаций.

Личный анамнез: девочка родилась от первой беременности, возраст матери 23 года. Профессиональной вредности нет. В течение всей беременности у матери сохранялись тошнота и рвота. Роды срочные, нормальные весом 3900. Менструальная функция у мамы не нарушена, беременность одна, пользовались контрацепцией. Девочка физически и психически развивалась без отклонений. Бытовые условия удовлетворительные. Перенесенные заболевания – простудные, корь. В возрасте 11 – 12 лет перенесла тяжелую форму энтероколита со стационарным лечением.

Туберкулез и венерические заболевания отрицает. Вредных привычек нет.

Наследственность: у бабушки был сахарный диабет, отец умер 14 лет назад, злоупотреблял алкоголем.

Гинекологический анамнез: менархе с 14 лет, по 5 дней, необильные, до 7-го дня сохраняются мажущие выделения, безболезненные. Первые менструации приходили ежемесячно, но затем цикл удлинился до 40 – 45 -60 дней.

Обратилась по поводу нарушения менструального цикла полгода назад. Назначено обследование. Ведет менограмму, последняя менструация началась через 3 месяца после инъекций прогестерона – с 23/X 02г. Не лечилась. Половую жизнь отрицает.

Проведено обследование:

6/VI 02г. УЗИ гениталий: матка – положение нормальное, контуры ровные. Размеры 4,7×2,7×3,6см (< N). Эхоструктура миометрия однородная, эндометрий толщиной 0,4см. Правый яичник – положение типичное, размеры 3,5×1,9см; V = 7,3см³ (N). Эхоструктура – мультифолликулярная. Левый яичник – положение типичное. Размеры 3,6×1,9см; V = 7,7см³ (N).

Мочевой пузырь без особенностей.

Заключение: Объемных образований в малом тазу не выявлено. Гипоплазия матки II ст.

30/X – 02г. ФСГ – 6,9мМе/мл	}	на 8 й день менструального цикла.
ЛГ – 3,52мМе/мл		
13/XI – 02г. – пролактин 382,0мМе/мл	}	на 20 й день менструального цикла
прогестерон 5,36 мМе/мл		

Общий осмотр: пропорционального телосложения, удовлетворительного питания.

Рост – 153см. Рост мамы – 168см.

Вес – 48кг. отца – 172см.

Окружность груди – 68см. Ширина плеч – 34,5см.

Ширина бедер – 30,0см. Длина ног – 81см.

Отношение длины ног к длине тела = 53% (N).

Морфограмма соответствует возрасту девочки 14 лет.

ИМТ = 20.

Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Волосной покров по женскому типу.

Половая формула $Ax^2 Ma^2 P^3 Me^2 = 8,3$ – соответствие 14 годам.

Гинекологическое исследование: наружные половые органы развиты правильно, малые половые губы слегка прикрыты большими. Волосной покров по женскому типу. Паховые лимфоузлы не увеличены, перианальная область без особенностей. Virgo.

Pr: матка маленькая, плотная безболезненная, подвижная. Яичники не пальпируются, область параметрия свободная.

Задачи:

1. Предварительный диагноз.
2. Определить уровень поражения.
3. Дополнительные методы обследования.
4. Лечение и прогноз.

Задача №5.

Больная Ю., 15 лет. Во время профилактического медицинского осмотра отмечено отсутствие вторичных половых признаков характерных для данного возраста.

Девочка от первой беременности, первых родов, возраст родителей 28 лет, рост мамы 165см, папы 175см. Беременность осложнилась гестозом II половины беременности преэклампсия легкой степени. Роды I срочные в переднем виде затылочного предлежания, масса тела при рождении 3400г., рост 52см, к груди приложена через 12 часов.

Перенесенные в прошлом заболевания ОРВИ легкое течение по 2 – 3 раза в год, инфекция мочевыводящих путей, острый катаральный отит легкое течение, острый тонзиллит, острый ринит, невроз навязчивых движений, ветряная оспа, с 28/IX – 9X 2002г. – острая респираторная вирусная инфекция средней степени тяжести, невроз навязчивых движений.

Rg – графия костей черепа и турецкого седла патологии не выявлено. Костный возраст 13,5 лет.

Наружные половые органы развиты соответственно возрасту 10 – 11 лет.

Степень полового развития Ma_{0-1} , Pa Ax_0 Me_0 .

УЗИ – Матка грушевидной формы, размеры 23 – 16 – 22, шейка 21мм, угол невыражен, контур ровный, миометрий неизменен. Полость матки недеформирована. Эндометрий 3мм, яичники расположены типично объем правого 1,5мл, объем левого 2,0 мл.

Заключение: развитие гениталий соответствует 3 – 5 годам.

Масса тела – 42кг.

Рост – 162см.

Lin. troch. – 30см (ширина таза).

Окружность груди – 70см.

Длина ног – 84см.

Консультации специалистов:

Невропатолог – органической неврологической патологии не выявлено;

Окулист – миопия слабой степени, глазное дно, поля зрения в пределах нормы.

УЗИ – щитовидной железы – структура щитовидной железы эхографически не изменена.

Сахар крови – 3,57.

Эндокринолог – эндокринной патологии не выявлено.

Заключение генетика: кариотип 46XX.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз
2. Каковы дальнейшие методы обследования и лечения.

Задача №6.

Больная Г., 15 лет, обратилась к гинекологу. Жалобы – отсутствие менструации.

Девочка родилась от II беременности, I родов (I беременность у мамы закончилась самопроизвольным абортom в сроке до 5 нед.). Родилась на 38-й неделе беременности, масса тела 2900г. Росла и развивалась нормально, но в 11 лет – отметила огрубление голоса. При обследовании: голос грубый. Рост девочки средний – 158см, ларингомегалия. На верхней губе – рост волос. Плечи широкие – 38см, таз узкий – 27см (d. trochant.) молочные железы не развиты.

Наружные половые органы с явлениями маскулинизации – гипертрофия клитора, вход во влагалище маленький, расположен близко к уретре. Оволосение по мужскому типу.

Per. rectum: Матка маленькая, справа определяется опухолевидное образование 6 × 7см, чувствительное при пальпации, с неровными контурами.

УЗИ: подтверждена опухоль правых придатков.

Гормональное число – 6 баллов – легкий гирсутизм.

Окружность талии к окружности бедер 0,9.

Ma_0 Ax_2 P_2 Me_0 .

Проконсультирована генетиком – кариотип – 46ХУ.

В 16 лет девочка прооперирована по поводу опухоли правых придатков.

Выполнена операция: Надвлагалищная ампутация матки с придатками, резекция большого сальника, биопсия брыжеечного лимфоузла.

Гистология опухоли: опухоль сложного герминогенного характера с элементами опухоли эндодермального синуса, неклассифицируемой опухоли полового тяжа и стромы, хорионкарциномы.

После операции проведено 3 курса химиотерапии.

Вопросы:

1. Тактика дальнейшего ведения больной.
2. Адаптация к социальной жизни.

Задача №7.

Больная Н.П., 12 лет была направлена эндокринологом на консультирование к гинекологу по поводу отсутствия развития вторичных половых признаков и отставание в физическом развитии.

Девочка родилась от IV беременности, IV родов (в возрасте мамы 28 лет). Беременность по словам матери была без особенностей. Роды IV срочные в переднем виде затылочного предлежания. Масса тела при рождении 3350 г., рост 51 см. Грудное вскармливание до 4-х месяцев. **Перенесенные в прошлом заболевания:** ОРВИ, О. ринит, О. бронхит, О. ларинготрахеит, краснуха, ДЖВП. До 7 лет развивалась нормально, с 7 лет отставала в весе и росте.

До посещения гинеколога была многократно обследована эндокринологом и генетиком.

Объективно: Денситометрия. 11.01.2001 г. Заключение: Костный возраст 8 лет (паспортный 10 лет 10 мес.)

Кровь на ТТГ 23.05.01 г. ТТГ – 1,71 (N 0,23 – 3,0 мкМЕ/ мг)

Обследование на ПХ 18.01.01. Заключение: ПХ – 11% - N.

Анализ тонкослойной хроматограммы.

25.01.01.: заключение: сод-е анализа в крови и моче в пределах нормы, ЦПХ 41 ед/г протеина. Биохимический скрининг мочи без особенностей.

Анализ потовой жидкости (трехкратно) Заключение: Сод-е хлора в потовой жидкости 55,1-47,1-52,4 (норма до 40).

9.11.01 г. Генетик: для исключения муковисцедоза рекомендовано повторение потовые пробы через 2-3 месяца.

Гинеколог. При осмотре девочки обнаружено отсутствие развития вторичных половых признаков. Половая формула $Ma_0 Ax_0 P_{v0} Me_0$.

Возраст 12 лет 5 месяцев. Рост 136,5 см, вес 30 кг.

Осмотр наружных половых органов: наружные половые органы развиты по женскому типу.

Было рекомендовано:

- УЗИ органов малого таза.
- Анализ мазка на мазка на gn.
- Кровь на гормоны: ЛГ, ФСГ, прогестерон.
- Рентгенограмма черепа в боковой проекции.

УЗИ органов малого таза 19.09.02 г.

Матка визуализируется в виде тяжа размерами 20 × 9 × 13 мм. Шейка матки не дифференцирована, угол между шейкой матки и телом матки не определяется. Полость матки не визуализируется М-эхо-нет. Визуализация яичников затруднена определяется в виде двух нечетко выраженных гипоэхогенных образований размерами 13 × 9 мм и 14 × 9 мм. Фолликулярный аппарат не визуализируется. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Заключение: Генитальный инфантилизм.

Мазок влагалищного содержимого 19.09.02 г.:

Лейкоциты 1 – 3, эпителий 6 – 8, флора обильная, смешанная, преим. кокковая.

Кровь на гормоны 24.09.02 г.

Прогестерон - 4,52; ФСГ - 6,56; ЛГ – 0,91 (N).

Рентгенограмма черепа в боковой проекции 23.09.02 г. Турецкое седло 10 × 7 мм (N 12 × 11 мм).

Заключение: Гипоплазия турецкого седла.

Вопросы:

1. Каков предварительный диагноз?
2. Какие исследования еще можно провести?
3. Какой прогноз в отношении репродуктивной функции?

Задача №8.

Пациентка Бабылева Н. Г. 15 лет безработная.

Жалобы на ноющие боли внизу живота, отеки на голеностопных суставах. Состоит на учете по беременности у акушера-гинеколога по месту жительства. Врача посещала два раза, не обследована.

Личный анамнез: девочка родилась от 5-ой беременности. Возраст матери 22 года. Мама не работала, была домохозяйкой. Беременность и роды у матери протекала без осложнений, вес девочки при рождении 3450г. Развивалась физически и психически без отклонений. В семье бытовые условия неблагополучные, в семье 5-ро детей.

Перенесенные заболевания: простудные, корь, в детстве в возрасте 11 лет болела дизентерией. С 2001 года состоит в КВД по поводу сифилиса, с учета не снята, профилактическое лечение не принимала.

Гинекологический анамнез:

Менструации с 12 лет, установились сразу, регулярные, умеренные, безболезненные. Не замужем. Половая жизнь с 12 лет, партнер 1, постоянный. Последняя менструация с 8-11/XI 01г. Беременностей до настоящей беременности не было.

Общий анамнез: пропорциональное телосложение, удовлетворительного питания, рост 156см, вес первоначальный до беременности 52кг, га момент поступления в роддом 67кг.

Окружность груди 76см.

Ширина плеч 38,5см.

Ширина бедер 29,5см.

Длина ног 82см – 53%.

Отношение длины ног к длине тела составляет.

Морфограмма соответствует возрасту 14-15лет.

ИМТ = 20.

Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Волосистой покров по женскому типу.

Половая формула:

$M_{a3} P_{b2} A_{x2} M_{e3} = 11,3.$

$3 \times 1,2 + 2 \times 0,3 + 2 \times 0,4 + 3 \times 2,1 = 3,6 + 0,6 + 0,8 + 6,3 = 11.$

Половая формула соответствует 14-15 годам.

Гинекологическое исследование:

Наружные половые органы развиты правильно. Малые половые губы прикрыты большими. Волосистой покров по женскому типу. Паховые лимфоузлы не увеличены. Перинальная область без особенностей. Влагалище нерожавшей, шейка матки чистая, наружный зев пропускает палец, выделения молочные. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение плода ясное, ритмичное. Отеки на голеностопных суставах.

Заключение: Беременность 40 недель. Юная первородящая. Lues latcus.

Дополнительные методы обследования:

Анализ крови: гемоглобин 100г/л, лейкоциты 11000; СОЭ 40мм/ч

Анализ мочи: Удельный вес 1010; белок 0; лейкоциты 0-1.

Биохимический анализ: ПТИ – 100; белок 74,2; ВИЧ(-); РО (+). Мазки К₂, gn (-), флора кокковая обильная, лейкоцитов большое количество.

ЭКГ без патологии.

УЗИ: Беременность 40 недель. Плацента III степени зрелости. ККГ плода – начальные признаки внутриутробной гипоксии плода.

25/ III 02г. Роды срочные 1-ые в переднем виде затылочного предлежания. Хроническая внутриутробная гипоксия плода. Разрыв шейки матки I степени. Ребенок весом 2870г.

Продолжительность родов 8ч.30мин. I период 8ч., II период 30мин., III период 5 мин.

Вопросы:

1. Сводка патологических данных.
2. Ведение родов – план.

3. Особенности течения беременности родов и послеродового периода у подростков.
4. Контрацепция.

Задача № 9.

Пациентка С., 17 лет. Обратилась по поводу отсутствия менструации. Впервые обратилась в 15 лет с аналогичными жалобами.

При осмотре 2 года назад. Конституция нормостеническая. Оволосение по женскому типу, скудное. Половая формула $Me_0 Ax_2 P_{v2} Ma_2$.

Половой индекс = 3,8.

Живот мягкий. Наружные половые органы развиты правильно. Паховые лимфоузлы не увеличены. Уретра и бартолиниевые железы без особенностей. Гимен сохранен.

Per rectum: Ампула прямой кишки свободна. Матка 1,5×1,3×0,7см., цилиндрической формы. Эндометрий не визуализируется. М-эхо отсутствует. Левый яичник 1,3×0,9×1,2. Соединительная ткань определяют единичные премордиальные фолликулы.

Правый яичник 1,6×1,0×1,3 соединительная ткань. Фолликулярный аппарат не определяется, однородной структуры. Свободной жидкости в малом тазу нет.

Было назначено обследование:

Консультация генетика: половой хроматин снижен. Кариотип 46XX. Уровень ФСГ на 7-й день – 7,1МЕ/л; E_2 – 68моль/л. ЛГ – 6,6МЕ/л.

Была назначена циклическая витаминотерапия, ЛФК, массаж, грязелечение, иглорефлексотерапия. Без эффекта.

При данном осмотре:

Статус без изменений. УЗИ соответствует первому обследованию. При расспросе из анамнеза ребенок от третьей беременности. Первые две закончились самопроизвольными выкидышами. Беременность протекала с угрозой прерывания. Во II триместре тяжелый гестоз. Роды per vias naturalis в переднем виде головного предлежания.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Полис еще методы исследования можно провести.
3. Лечение.
4. Прогноз репродуктивного здоровья.

Задача №10.

Больная В. 16 лет обратилась на консультацию к гинекологу по поводу отсутствия вторичных половых признаков, а так же увеличения живота в течение 6 месяцев.

Из анамнеза: Родилась от 6 беременности, III родов в возрасте матери 34г. Имеет двоих братьев – безособенностей. На ранних сроках ОРЗ с высокой температурой. В срок – 3 родов, аборта – 3, детей – 3. Роды 3, в переднем виде затылочного предлежания, масса 3700, по Апгар 7-8 баллов. Ребенок крупный, рыхлый, короткая шея, рефлексы живые. На грудном вскармливании до 1 года. Профессия матери – маляр. Профессия отца – токарь.

Перенесенные заболевания: частые ОРЗ, ангина, ветряная оспа, частые пиодермии, хронический гастрит, ДЖВП, жировой гепатоз, гипоплазия обеих почек.

Объективно: Девочка гиперстенического типа, телосложение. Рост 160см, вес 84кг. Низкий рост волос, лунообразное лицо, короткая шея. Кисти маленькие, короткие пальцы. Передняя брюшная стенка значительно увеличена. Наблюдаются стрии на ПБС, на бедрах, на ягодицах. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Глубокая пальпация невозможна из-за выраженной ПЖК. Молочные железы Ma_1 . Оволосение отсутствует. Менархе отсутствует $Ma_1 Ax_0 P_{v0} Me_0$.

Была консультирована следующими специалистами:

1. Эндокринолог: диагноз: Иценко-Кушенга? Ожирение 3 степени. Рекомендовано стационарное обследование в эндокринологическом отделении отказалась.

2. Лаборатория мед генетики анализ тонкослойной хроматограммы, повторить содержание аминокислот в крови и в моче – в пределах нормы, биохимический скрининг мочи б/о, ЦПХ 65ЕД/г креатинина.
3. Медико-генетическая консультация. Кариотип 46XX, % полового хроматина 10.
4. Консультирование онколога: Диагноз: онкопатологии не выявлено. Жировой гепатоз.
5. УЗИ матки и придатков. Диагноз: гипотония матки. Аплазия яичников? Тело матки 26×15×21мм, эндометрий не визуализируется, яичники не визуализируются.
6. Кровь на сахар 3,78; моче глюкоза-0.
7. Детский ревматолог. Диагноз: Ложные хорды левого желудочка.
8. Невропатолог. Диагноз: Цереброастенический синдром.
9. Окулист. Диагноз: ангиопатия сосудов сетчатки.
10. Консультация психиатра. Диагноз: Легкая умственная отсталость.
11. Генетик. Предварительный диагноз: Синдром Бардета-Бидля.

Вопросы:

21. Диагноз?
22. Дополнительные методы обследования?
23. Прогноз в отношении репродуктивной функции?

Задача №11.

Больная З. 18 лет, учащаяся ВУЗа, II курс.

Жалобы на нерегулярные, периодические обильные, длительно мажущие менструации, безболезненные.

Отец: 50 лет, военный, вредных привычек не имеет. Мама: 50 лет, фельдшер, вредных привычек не имеет. Менструации с 13 лет, регулярно, по 5 дней, умеренно. Гинекологических заболеваний нет. Девочка родилась от III беременности, II родов. Беременность и роды протекали нормально, родилась доношенной весом 3900г., рост 53см, по Апгар 8-9 баллов. До 1 года находилась на грудном вскармливании. До 2-х лет ничем не болела, развивалась нормально, все прививки в срок.

С 3 до 6 лет перенесла заболевания: скарлатина, острый отит, фолликулярная ангина, неоднократно ОРВИ.

Аллергоанамнез спокойный, гемотрансфузия, операций не было, туберкулез отрицает.

Менструации с 13 лет, нерегулярно. С 16 лет в течение года трижды находилась на стационарном лечении с диагнозом: ювенильное маточное кровотечение. Анемия I-II степени.

Получала лечение: утеротоники, гемостатические средства, витамины, физиолечение.

Консультирована специалистами:

ЛОР – диагноз: Хронический тонзиллит.

Окулист – диагноз: Миопия слабой степени.

Эндокринолог: диагноз: Гиперплазия щитовидной железы I ст.

Гематолог: диагноз: Тромбоцитопатия, влажная форма.

УЗИ малого таза: Матка 33×44×26мм. Справа в проекции яичника визуализируется округлой формы жидкостное образование 33×28мм.

Рентгенограмма черепа: Гипофизарная астенция, диафрагма турецкого седла обызвествлена.

Общий осмотр:

Рост 156см, вес- 46кг, окружность грудной клетки – 73см, ширина плеч – 36см, длина – 28см.

Телосложение нормостенического типа. Кожные покровы чистые, тургор кожи сохранен, подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, гиперпигментация, стрии – нет.

ИМТ – норма.

ВПП: Ма₃ Рв₃ Ах₃ Ме₂.

Гормональное число – 2.

Осмотр на кресле: живот мягкий, безболезненный, паховые лимфоузлы не определяются. Оволосение по женскому типу. Наружные половые органы развиты правильно, девственная плева сохранена, слизистая чистая.

Per rectum: Матка в anteversio, нормальных размеров, плотная ровная, подвижная, безболезненная. Слева яичник не определяется. Справа от спайки определяется образование $\approx 50 \times 60$ мм, округлое, плотноэластичной консистенции, подвижное, безболезненное.

Данные исследования (в 18 лет).

ФСГ – 5,8 ммоль/л

ЛГ – 2,0 ммоль/л на 7-ой день менструального цикла.

Прогестерон 3,9 нмоль/л

Пролактин 224 ММЕ/л на 19 день менструального цикла.

УЗИ малого таза: (на 14 день менструального цикла). Матка $48 \times 26 \times 47$ мм, эндометрий 5 мм, яичник: 27×21 мм, $\sqrt{V} = 6,1 \text{ см}^3$. В области правых придатков эхогенативное образование 50×40 мм, $\sqrt{V} = 42 \text{ см}^3$, с четкими контурами, округлой формы.

УЗИ малого таза через 10 месяцев (на 14 день менструального цикла).

Матка $46 \times 32 \times 48$ мм, эндометрий 10 мм. Левый яичник 29×16 , $\sqrt{V} = 3,7 \text{ см}^3$. В области правых придатков эхонегативное образование 62×47 мм, $\sqrt{V} = 72 \text{ см}^3$, с четкими ровными контурами.

Вопросы:

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

Задача №12.

Больная К., 15 лет, учащаяся школы.

27.09.02г. поступила в стационар с жалобами на умеренные кровянистые выделения из половых путей в течение 1 месяца, слабость, желание спать.

Считает себя больной с 3,5 лет. По поводу подобных кровянистых лечилась 3 раза амбулаторно (аминокапроновая кислота, викасол) с положительным эффектом. Последнее кровотечение с 28.08.02г. В течение 2-х недель беспокоят мажущие выделения, которые затем усилились, появилась слабость. Менструация с 9,5 лет по 5-7 дней, через 21-27 дней, обильные, болезненные в течение 2-х первых дней, затем умеренные, до 05.01 – регулярные. С V – 01 наблюдалась периодически задержки до 2 месяцев. После задержки наступают длительные менструации.

Родилась II ребенком, вес – 3700 г., рост – 54 см. С 13 лет часто болела ОРЗ, ангина, корь.

Наследственность не отягощена.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Повышенного питания. Рост – 165 см, вес – 103 кг. ИМТ = 38 (> 30). Плечи/бедро $> 0,8$. Гормональное число – норма. Половая формула $\text{Ma}_4 \text{Ax}_3 \text{Pv}_3 \text{Me}_2 (11,1)$. Стрии на бедрах, белесоватые.

Температура – 37,0; пульс – 78 уд в мин., АД = 120/70 мм рт ст.

Язык суховат, чистый. Кожные покровы бледные. Дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные. Стул в норме, мочеиспускание в норме. Virgo.

Per rectum: НПО развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Матка в anteversio flexio, нормальной величины, мягковатой консистенции, подвижная, безболезненная. Придатки не определяются. Выделения кровянистые, обильные.

В дополнение к анамнезу: состояла на «Д» учете у эндокринолога, невропатолога 3 раза.

Диагноз: транзиторный диенцифальный синдром.

Регулярно обследуется, получает лечение в амбулаторном порядке.

Диагноз: Транзиторный диенцифальный синдром. Ожирение II-III ст. ВСД по гипертоническому типу. Ювенальное кровотечение.

Вопросы:

1. Основные принципы лечения.
2. Консультации каких специалистов потребуется, дальнейшее обследование.
3. Прогноз репродуктивной функции в будущем.

Задача №13.

Пациентка С. 1986г.р.

Беременность у матери III, роды II, беременность протекала с острым бронхитом, дрожжевым кольпитом. Роды II срочные в переднем виде затылочного предлежания, весом 2400г., длина 49см. Оценка по Апгар 8-8-8. Диагноз педиатра: Новорожденный период. Пренатальная гипотрофия Iст. Менархе с 13 лет, регулярные, без болезненные через 26-28 дней, по 5 дней, умеренные. Маз Ахз Рз Меэ. Костного возраста нет. Из анамнеза: девочка с 2-х летнего возраста страдала: фолликулярным тонзиллитом; правосторонним отитом; ОРЗ, которые обострялись каждый год (страдает ОРЗ по 3-4 раз в году с 2 летнего возраста). В 1993г. в 7 лет – синехии малых половых губ – рассечение оперативным путем.

8.01.02г. обратилась с жалобами на длительные менструации в течение 21 дня, которые появились впервые.

Сделан анализ крови 8/ - Нв 98г/л, лейкоциты – 7-8; э-2; с\я-59;п-1;л-37;м-1;СОЭ-6мм/час. АД=90/60мм рт.ст.

Направлена на стационарное лечение гинекологическое отд. с диагнозом: ювенильное маточное кровотечение. Находилась на стационарном лечении с 9.01 по 8.02.

УЗИ от 9.01. Матка 44х26х41мм. Эндометрий 10мм. Правый яичник 33х25х26мм. Левый яичник 24х16х21мм. Оба яичника без особенностей.

ЭКГ Ритм синусовый. Нормальное положение ЭОС.

Биохимические анализы без особенностей.

Проведено лечение: окситоцин, вит. В₁, В₆, 5% глюкоза, викасол, метрогил, этамзилат натрия, СаСl₂ 10%, аскорутин, сорбифер, трихопол, дюфастон, микрогинон в дальнейшем по убывающей дозе, ампиокс 0,5 4 раза в день 7 дней, э/форез с новокаином на лимф. узлы. Эндоназальный э/форез с витамином С. Выписана с Нв 134 г/л.

Рекомендации: по окончании микрогинона с 16 по 25 день менструального цикла дюфастон по 1 таблетке 1 раза в день 2 месяца. Диета. Режим труда и отдыха. Освобождение от физкультуры на 3 месяца.

По данной истории болезни основными этиологическими факторами, способствующими возникновению ювенильного кровотечения, являются хронические и острые инфекционные заболевания в детстве: острая фолликулярная ангина в 2 года, острый правосторонний гнойный отит в 2 года, ОРЗ, с обострениями до 2-3 раз в год до 16-летнего возраста. Это привело к появлению вторичных иммунологических нарушений, которые в дальнейшем способствуют развитию многих патологических процессов. Иммунный ответ характеризуется повышением активности антигенпрезентирующих клеток (моноцитов, макрофагов и др.). В результате этого возрастает продукция цитокинов (интерлейкинов), принимающих непосредственное участие в осуществлении иммунного ответа. Интерлейкины воздействуют на гипоталамус, изменяя его активность. Кроме того, интерлейкины являются мощными раздражителями гепатоцитов, которые способны продуцировать целый ряд факторов свертывания. Инактивация и выведение половых стероидов осуществляется преимущественно печенью. Нарушение белковообразовательной функции печени приводит к нарушениям гормонального гомеостаза, это в свою очередь приводит к нарушениям нормального ритма секреции гипоталамо-гипофизарных гомонов, что в свою очередь усугубляет нарушения гормонального гомеостаза в репродуктивной системе в целом и приводит к стойкой ановуляции. Следовательно, для данной девочки необходимо провести ряд дополнительных исследований с последующим лечением.

1. Иммунограмма.
2. ЭЭГ

3. Рентгенография черепа с прицельным боковым снимком турецкого седла
 4. Исследование точек окостенения кистей рук (костный возраст)
 5. Исследование половых и гонадотропных гормонов крови
 6. Тесты функциональной диагностики (ректальная температура, кольпоцитология с подсчетом кариопикнотического и ацидофильного индексов)
 7. Генетические исследования
 8. консультация эндокринолога, гематолога, невропатолога
- Комплексное обследование позволит провести надлежащую терапию

Задача № 14

Пациентка С., 17 лет

Обратилась в женскую консультацию с жалобами на резко болезненные менструации. Боли внизу живота, начинаются за 1-2 дня до менструации ноющего характера, затем с 1 дня менструации носят схваткообразный характер, иррадиируют в поясницу и внутреннюю поверхность бедер. Боли сопровождаются жидким стулом, головной болью. Боли купируются инъекциями анальгина, баралгина. К концу менструации боли уменьшаются, затем проходят. Боли появились с момента установления менструального цикла.

Менструации с 14 лет по 4-5 дней, установились через 7-8 месяцев, умеренные.

Половую жизнь отрицает.

Девочка от первой беременности, доношенная, родилась весом 3400г. Во время беременности у матери – угроза прерывания беременности в раннем сроке. Менструальная функция у матери б/о.

Перенесенные заболевания: ветряная оспа, хр. тонзиллит, часто ОРЗ за время учебы в школе.

Объективно. Астенического телосложения, пониженного питания. Рост 168 см., вес 53кг. ИМТ 18,5. Ме₂, Р₃, А₃, М₂. Половая формула=10. Наружные половые органы без особенностей. Уретра и бартолиниевы железы б/о.

Per rectum: матка небольшая, плотная, подвижная, б/б. Придатки не определяются.

По УЗИ матка размерами 5х4,2х4,5см. с четкими, ровными контурами. Миометрий однородный. Эндометрий 8мм. Яичник правый 3,1х1,6см. – норма. Левый яичник четко не виден.

Вопросы:

1. Дифференциальная диагностика.
2. Диагноз
3. Лечение
4. Прогноз репродуктивной функции.

Задача № 15

В женскую консультацию 20.12.02.г. направлена педиатром девочка 15 лет с DS: НМЦ, с жалобами на задержку месячных в течение 4-х месяцев, большую прибавку веса в течение года, обратилась впервые. Менархе с 12 лет по 4-5 дней умеренные, безболезненные через 28 дней иногда с задержкой на 7 дней. Половую жизнь отрицает.

Из семейного анамнеза:

Мама: 46 лет, работала лудильщицей в «Обществе слепых», работа связана с проф.вредностью (кислоты, цинк, свинец, олово), сейчас на пенсии. Вредные привычки: курит (стаж 20 лет). Заболевания матери: хр. бронхит, гипотония. Беременность протекала с гипотонией, Rh(-) кровь. У мамы менструальная функция не нарушена.

Отец: 46 лет, отмечает головные боли сильные (не обследовался), экзема (снят с Д учета), курит.

Из личного анамнеза: рост 161,5 см, вес 72,5 кг. ИМГ=72,5/(1,61)² =27 (N 20-25). Ожирение I степ.

Девочка от пятой беременности, 3-х родов. Отягощен акушерским анамнезом (медицинский и криминальный аборт). Роды в срок с оценкой по Апгар 8-9б. грудное вскармливание 2-3 мес. перенесенные заболевания: анемия, ОРЗ, ветряная оспа, ИМГ с легким сотрясением головного мозга (сбил мотоцикл в 2 года).

До 13 лет ничего не беспокоило. В 13 лет стали беспокоить головные боли, головокружение, боли в сердце. Обследована кардиологом с DS: ВСД по ваготоническому типу, синусовая аритмия, ПМК I степени. ЛХ в ЛЖ. В 15 лет находится на стационарном лечении в «Нейрон» с DS: эпилептический синдром в форме генерализованных толико-клонических припадков, редких на фоне резидуальных органических поражений ЦНС.

Проведено обследование: Рентгенограмма черепа в 2-х проекциях: форма, структура и толщина костей свода черепа обычные. Швы и сосудистый рисунок б/о. пальцевые вдавления не выражены. Турецкое седло N размера. Основная пазуха воздушна.

РЭГ: кровенаполнение незначительно снижено в сонных и подвздошных артериях $S \geq D$. Тонус сосудов в пределах нормы. Затруднение венозного оттока во всех отделах. Расчетные величины внутричерепного давления повышены.

ЭЭГ: умеренно выраженные общемозговые изменения ирритативного и дисрегуляторного характера. Раздражены стволовые структуры по эпипозотическому типу.

Находится на постоянном приеме финлепсина.

Обследована эндокринологом с DS: ожирение I-II степени. Гипоталамический синдром. УЗИ щитовидной железы б/о. Глазное дно в норме. ТТГ – 2,55 в N, Т₃ – 1,58 (в N). Кортизон 816 (N до 660 нмоль/л), пролактин в N. Получала лечение – липоевая кислота, Алоэ 1,0 в/м, ноотропин.

УЗИ матки и придатков: гипоплазия матки I степени. Размеры матки 40x26x37мм грушевидной формы, миометрий однородный, эндометрий I до 4 мм.

Правый яичник 33x19 мм. Левый яичник 31x18мм. Фолликулы в d=6-7 мм. Свободной жидкости в полости малого таза нет. Анализ крови=Hb= 103 г/л.

При осмотре: на коже бедер небольшие стрии от синюшно-багровых до белых. Маз Ахз Рвз Ме₂. Половая формула 9,9 (N 11 и выше).

Физическое развитие: ширина плеч – 35,5см, ширина таза 33,5 см, высота ног – 96 см, окружность грудной клетки – 88 см.

Гормональное число 3 балла.

Per rectum: матка и придатки не определяются из-за выраженного подкожного слоя. Паховые лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Мазок из влагалища и уретры: gn, трихомонады – не обнаружены, N 1-2, эп. клетки 5-7, слизь ум., флора пал.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз больной.
2. Дальнейшая тактика врача
 - 1) дополнительное обследование
 - 2) лечение у каких специалистов требуется
 - 3) требуется ли гормональное лечение у данной больной.
3. Прогноз репродуктивного здоровья.

Задача №16.

Больная 28 лет обратилась с жалобами на резкие боли в низу живота , озноб , тошноту , слабость , повышение температуры до 37,7 С . Заболела 2 дня назад после переохлаждения.

Из анамнеза : у женщины было 2 родов , 3 искусственных аборта. Последний аборт осложнился воспалительным процессом . Больная в течение 4 лет страдает хроническим сальпингоофоритом с частыми обострениями , по поводу которых лечилась в стационаре. Менструации с 14 лет по 3-4 дня через 28-30 дней , умеренные , безболезненные . В течение последних 3 лет менструации стали затягиваться до 5-6 дней . Последняя

менструация была 10 дней назад , пришла на 4 дня позже, продолжалась 5 дней .
Контрацепция - презерватив.

При осмотре общее состояние удовлетворительное , пульс 88/мин., АД-120X80 мм.рт.ст, температура тела 37,7 С . Язык влажный , слегка обложен беловатым налётом . Живот не вздут , участвует в акте дыхания , при пальпации болезненный в нижних отделах , симптомов раздражения брюшины нет . Симптом Пастернацкого отрицательный, мочеиспускание безболезненное .

При гинекологическом обследовании : шейка матки цилиндрической формы , чистая , наружный зев закрыт , выделения обильные , желтоватые . Смещение шейки матки резко болезненно , тело матки нормальных размеров, ограничено подвижно , чувствительно при пальпации . Правые придатки при пальпации тяжистые . Слева и несколько кзади пальпируется образование , ограничено подвижно, резко болезненно , плотной консистенции , с участками размягчения размером 4x9 см ., влагалищные своды упрощены.

Ваш диагноз? Тактика ведения.

Задача №17.

Больная Л., 45 лет предъявляет жалобы на обильные болезненные менструации, "мажущие" кровянистые выделения из половых путей до и после менструации. Считает себя больной в течение 2 лет, за медицинской помощью не обращалась.

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

При осмотре: кожа бледно-розовая, пульс 72 уд./ мин; АД 125/80 мм рт. ст; уровень гемоглобина периферической крови 100 г/л.

При влагалищном исследовании: наружные половые органы и влагалище без особенностей, шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована; матка в ретрофлексии, увеличена до размеров, соответствующих 8-9 неделям беременности, плотная, ограничено подвижная; придатки с обеих сторон не определяются, параметрии свободны, выделения слизистые, светлые.

Ваш диагноз? Тактика ведения.

Задача №18.

Беременная С, 27 лет, наблюдается в женской консультации с 12 недель беременности. В сроке беременности 33 недели появились жалобы на зуд кожи живота в течении недели после употребления в пищу шоколада.

Из анамнеза. Перенесенные заболевания: ОРЗ, грипп, ветряная оспа, эпидемический паратиф, вираж туберкулеза. Гинекологические заболевания: хронический сальпингооофарит. Менструация с 12 лет, по 4-5 дня через 28-30 дней, умеренные безболезненные, установились сразу. Последняя менструация 8.03.2004. Половая жизнь с 18 лет, контрацепцию не использует. Беременность четвертая. Первые две закончились мини-абортами без осложнений, третья закончилась самопроизвольным выкидышем в малом сроке 6 лет назад (причина не установлена). Данная беременность осложнилась ранним токсикозом (рвота беременной средней степени тяжести) в 5-11 недель, лечение стационарное с положительным эффектом. При УЗИ в 13-14 недель диагностирована двойня. Выявлен уреаплазмоз в титре 10^3 в 15 недель беременности. Осмотрена кардиологом в 15 недель: гипотония беременной, ХСН 0; синдром соединительнотканной дисплазии. В 21-31 неделю анемия беременной (принимала ферретаб). Инфекция мочевыводящих путей в 24 недели (стационарное лечение).

Объективный статус: рост 173 см., вес 67,6 + 0,6 (за одну неделю).

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски, на коже живота следы расчесов. АД 100/70 мм.рт.ст. на обеих руках, пульс 80 ударов в минуту, тоны сердца ритмичные. Дыхание в легких везикулярное. Живот увеличен в объеме за счет беременной матки, при пальпации безболезненный. Печень по краю реберной дуги, нижний край безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет.

ОЖ-96 см., ВДМ-38см. Матка в нормотонусе. Положение первого плода косое, головка в дне матки слева, положение второго плода продольное, предлежание голоаное. Сердцебиение плодов ясное, ритмичное, I плода-150 уд.в мин; II плода-130уд.в мин. Размеры таза 24-26-30-18см

Дополнительные методы исследования.

УЗИ: беременность 33 недели, двойня диамниотическая, монохориальная, косое положение первого плода, тазовое предлежание второго.

КТГ- нормограмма.

Общий анализ крови: Эр.-3,46*10¹²/л, Нв.-111г/л, ЦП.-0,98, п-2, с-58, э-1, м-9, л-30, СОЭ-23мм/ч, Tr-247000, Ht-0,303.

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

Сахар крови 5,4 ммоль/л.

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

УЗИ внутренних органов без особенностей.

Ваш диагноз? Тактика ведения.

Задача №19.

Больная П, 46 лет, обратилась с жалобами на кровянистые выделения из половых путей в течении 10 дней, после задержки очередной менструации на 3 месяца. В течении последних 2 дней выделения усилились, обильные со сгустками. Менархе с 12 лет через 28 по 4-5 дней регулярно, безболезненно. Родов - 2, аборт - 3. В анамнезе хронический сальпингоофорит, неоднократно амбулаторное лечение. Объективно: Кожные покровы бледные Р= 88 в мин, АД - 140/90 мм. рт. ст. Температура 36,7, дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные, живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме.

St. gen: наружные половые органы развиты правильно. PV. влагалище рожавшей, шейка чистая, зев закрыт, выделения обильные, сгустками. Матка увеличена до 6-7 недель, безболезненная плотная, с неровной поверхностью, придатки тяжисты безболезненны. Предварительный диагноз: фибромиома матки. Пременопауза. Дисфункциональное маточное кровотечение.

Ан. крови: Нв: -98 г/л. L-8,2X10,9 СОЭ 12 мм\ч. Б\химия - без особенностей. Ан. мочи - без особенностей. Мазок - III степень чистоты. УЗИ - гениталий: Матка размерами 67X50X62 мм., по передней стенке гиперэхогенное образование размерами 28X12 мм., эндометрий 15 мм. неоднородной эхоструктуры. Яичники обычных размеров окружены множественными гиперэхогенными структурами до 3-4 мм.

Ваш диагноз? Тактика ведения.

Задача №20.

Больная С, 41 года, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровяные выделения из половых путей в умеренном количестве.

Анамнез: наследственность не отягощена

Менструации с 14 лет, установились сразу (по 4-5 дней, цикл 28 дней), безболезненные, умеренные. Последняя нормальная менструация была 2 месяца назад. Половую жизнь ведет с 20 лет, состоит в браке. Имела 9 беременностей: три из них

закончились нормальными, срочными родами без осложнений, шесть - искусственными абортами в ранние сроки без осложнений. Перенесенные гинекологические заболевания отрицает.

После 5-недельной задержки менструации начались скудные кровяные выделения из половых путей темного цвета. Болей внизу живота не было. Обратилась к гинекологу поликлиники и сразу же была госпитализирована в гинекологический стационар.

Объективное обследование: общее состояние больной удовлетворительное. Пульс 72 уд./мин., ритмичный. АД - 110/70 мм рт. ст. Больная правильного телосложения, умеренного питания. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Стул и мочеиспускание в норме. Со стороны органов и систем патологии не выявлено.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, оволосение на лобке по женскому типу. Влагалище – рожавшей женщины. Шейка матки чистая, правильно сформированная, цилиндрической формы, наружный зев шейки матки закрыт. Отмечается цианоз преддверия влагалища и шейки матки. Тело матки мягкое, подвижное, безболезненное, округлой формы, увеличено до 10-11 недель беременности. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Выделения кровяные, темные, скудные.

Больной под внутривенным наркозом произведено выскабливание стенок полости матки кюреткой с целью искусственного прерывания беременности. Во время выскабливания были удалены элементы плодного яйца и небольшое количество прозрачных пузырьков (до 100 мл), полость матки проверена кюреткой - стенки чистые, целые. Полученный из полости матки соскоб полностью послан на патоморфологическое исследование.

Гистологическое исследование: в соскобе из полости матки обнаружены элементы плодного яйца и пузырный занос без явлений пролиферации.

Ваш диагноз? Тактика ведения.

Задача №21.

Больная С., 20 лет, обратилась на прием в женскую консультацию с **жалобами** на острые боли внизу живота, которые появились после акта дефекации за 2 дня до обращения. Острая боль держалась около 5 минут, затем стихла, женщина решила за помощью не обращаться. Через некоторое время боли повторились, но приобрели схваткообразный характер, появилась головная боль, головокружение, однократная рвота, жидкий стул, незначительные мажущие выделения из половых путей; после чего женщина решила обратиться за помощью в женскую консультацию.

Из анамнеза: менструация с 13 лет, по 4-5 дней, через 30 дней, умеренные, безболезненные. В течение 2 дней отмечает задержку менструации. Половая жизнь с 16 лет, в качестве контрацепции использовала презерватив. В течение 3 месяцев не предохранялась. Полгода назад был микроаборт. Родов не было. Из перенесенных соматических заболеваний: хронический пиелонефрит, ангина, ОРЗ. Гинекологические заболевания- хронический двухсторонний сальпингоофорит, хламидиоз.

Объективные данные: женщина, входя в кабинет, правой рукой придерживает подвздошную область, корпус немного наклонен вперед.

Кожные покровы бледноватые, женщина вялая. АД 100/60 мм.рт.ст. Ps 80 ударов в минуту. Т 36,8°C.

Живот мягкий, не вздут, болезненный при пальпации над лобком и в правой подвздошной области. Симптомов раздражения брюшины нет.

В зеркалах: слизистая оболочка влагалища и шейки матки цианотична, слизистая вокруг наружного зева раздражена, выделения коричневатые мажущие, незначительные.

Бимануально: наружный зев закрыт, матка нормальной величины, плотная, безболезненная, справа от матки пальпируется образование без четких контуров,

эластической консистенции, болезненной при пальпации, правый свод уплощен, определяется болезненность при смещении матки.

Женщине был поставлен диагноз: подозрение на правостороннюю внематочную беременность и она была направлена на машине скорой помощи в дежурную гинекологию.

По прибытии в дежурную гинекологию женщина почувствовала себя лучше, боли уменьшились, и, не дождавшись осмотра дежурного врача, уехала домой. Ночью боли вновь повторились, женщина опять пришла на прием в женскую консультацию.

К предыдущим жалобам добавились боли в области правого плеча и ключицы, повышение температуры до 37°C.

Объективный статус дополняется нарастающей бледностью кожных покровов, появились симптомы раздражения брюшины, область пупка окрашена в серовато- синеватый цвет.

Бимануально: зев закрыт, матка нормальной величины, плотная, умеренно болезненная. Справа и позади матки пальпируется эластическое образование без четких контуров, болезненное при пальпации, все своды влагалища уплощены, справа- нависает, при смещении матки резкая болезненность.

Cito взят анализ крови: Hb 108 г/л L $9,7 \cdot 10^9$ /л СОЭ 21 мм/час

АД 100/60 мм.рт.ст. Ps 92 в мин T 37°C

Женщина вновь на скорой помощи была направлена в дежурную гинекологию.

Ваш диагноз? Тактика ведения.

Задача №22.

Больная Т., 40 лет, поступила в гинекологическое отделение стационара с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и обильные кровянистые выделения из половых путей в течение 8 дней.

Считает себя больной в течение 4 лет, когда начались обильные менструации со сгустками крови, схваткообразные боли внизу живота.

Менструации с 12 лет, установились сразу, по 7 дней, через 30 дней, умеренные, безболезненные. Последние 2 года - через 15-16 дней, обильные, со сгустками крови, болезненные (после менструаций отмечает недомогание, слабость, мелькание мушек перед глазами).

Половая жизнь с 35 лет, не замужем. Беременностей-2, родов- не было, 2 искусственных аборта в сроке 12 и 9 недель (без осложнений). Контрацепцию не использует.

Перенесенные заболевания: ангина, грипп, анемия (дважды стационарное лечение в терапевтическом отделении в течение последних трех лет). Гинекологические заболевания, ИППП отрицает. Наследственность неотягощена.

Объективные данные: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Язык влажный, чистый. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, легкий систолический шум на верхушке. АД 120/80 мм.рт.ст. Ps 89 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Периферические лимфоузлы не увеличены. Отеков нет

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище нерожавшей. Из канала шейки матки исходит узел в диаметре 3 см., на тонкой ножке, обычной розовой окраски, плотной консистенции, не кровоточит. Матка чуть больше нормы, плотная, безболезненная, в anterflexio. Придатки не определяются, осмотр безболезненный. Влагалищные своды свободны.

Hb 82 г/л

Ваш диагноз? Тактика ведения.

Задача №23.

В женскую консультацию обратилась пациентка К в возрасте 40 лет с жалобами на нарушение регулярности прихода менструаций за последние 5-6 месяцев. Дату последней менструации не помнит.

В анамнезе 4 беременности: 1-я закончилась искусственным абортom без осложнений и 3 беременности- роды, все путем операции кесарева сечения.(1- по поводу клинически узкого таза, ребенок погиб; далее 2 и 3- по поводу рубца на матке) во время 3 операции кесарева сечения сделана стерилизация (операция 12 лет назад). Гинекологические заболевания отрицает. На приеме у гинеколога не была в течение 3 лет.

Общее состояние удовлетворительное. Параметры АД, $t^{\circ}\text{C}$ в норме. При гинекологическом осмотре: наружные половые органы развиты правильно. Паховые лимфоузлы не увеличены. Уретра и бартолиниевы железы без особенностей. Шейка без видимой патологии. Слизистая влагалища розовая. Выделения слизистые, умеренные. Матка увеличена до 10-11 недель беременности, безболезненная, ограничено подвижная. Своды свободные. Придатки не пальпируются.

Женщина направлена на УЗИ. УЗИ показало наличие в полости матки плодного яйца (10-11 недель беременности).

Ваш диагноз? Тактика ведения.

Задача №24.

Больная Н., 23 лет поступила в ЦРБ 16 декабря с жалобами на схваткообразные боли в правой подвздошной области, усиливающиеся при ходьбе, незначительную тошноту, сухость во рту. Больной себя считает в течение 2 суток. Из анамнеза: перенесенные заболевания ОРЗ, грипп; венерические заболевания, болезнь Боткина отрицает; гинекологические заболевания отрицает. Менструации с 13 лет, по 5-6 дней, через 28 дней, умеренные, регулярные, безболезненные. Последняя менструация 2 августа. Не замужем. Половая жизнь с 16 лет. Беременностей две, первая закончилась мед абортom, вторая - настоящая.

Объективно: общее состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы чисты, физиологической окраски. Язык чистый, суховат. АД 120/80 мм рт ст Ps 90 в мин, удовлетворительных качеств. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации болезненность в правой подвздошной области, аппендикулярные симптомы положительные. Матка на 2 поперечных пальца ниже пупка, в нормотонусе. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Уретра и бартолиниевы железы без особенностей. Влагалище нерожавшей. Шейка матки чистая, конической формы. Матка увеличена до 17-18 недель беременности. Матка в нормотонусе, безболезненна. Левые придатки без особенностей. Область правых придатков резко болезненна при пальпации. Выделения слизистые, умеренные.

Лабораторные данные: лейкоцитоз $11,2 \cdot 10^9/\text{л}$

Ваш диагноз? Тактика ведения.

Задача №25.

Больная, 42 года. Воспитатель детского сада. Направлена на консультацию хирургом поликлиники с жалобами на задержку стула, дискомфорт во время акта дефекации, незначительное вздутие живота. Последняя менструация прошла с легким недомоганием и обморочным состоянием во время дефекации.

Гинекологический анамнез: родов-2, абортов-3, менструальный цикл не нарушен, менструации регулярные.

Объективные данные: наружные половые органы развиты правильно. Уретра и бартолиниевы железы без особенностей. Шейка матки чистая. Цервикальный канал без

особенностей. Выделения- слизистые, умеренные. При пальпации матка обычных размеров, слегка отклонена кпереди, безболезненна. Придатки слева тяжисты, безболезненны. За маткой, больше справа, пальпируется образование 102мм* 56 мм безболезненное, бугристое, деревянистой плотности, легко смещаемое. Параметрии свободны.

PR ампула прямой кишки на 13 см свободна, дальнейший осмотр затруднен из-за наличия плотного образования занимающего практически весь диаметр кишки, безболезненного.

Данные лабораторных исследований: анализ крови, кровь на сахар, RW, ВИЧ, данные биохимических исследований, копрология в пределах нормы.

Данные УЗИ: объемное образование в полости малого таза. Заболевание кишечника? Заболевание яичника?

Консультация проктолога и гастроэнтеролога: мнения разошлись: Заболевание кишечника? Заболевание яичника?

Данные маркеров на заболевание яичника в пределах нормы.

После консультации онкогинеколога и хирурга женщина направлена на оперативное лечение в онкодиспансер.

Ваш диагноз? Тактика ведения.

Задача №26.

Больная А., 30 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на периодические боли внизу живота, ноющего характера; в течение недели, температуры нет

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

Объективно: женщина астенического телосложения, кожные покровы бледные, лимфоузлы не увеличены.

Бимануальное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Уретра и бартолиниевы железы без особенностей. Шейка матки чистая, видны усики ВМС. Матка небольшая, плотная, безболезненная. Придатки слева без особенностей. Придатки справа-отечные, болезненные. Выделения слизистые. Паховые лимфоузлы не увеличены. Область ануса без особенностей.

УЗИ: признаки метроэндометрита. Tumor dextra. Диффузная патология слева.

Мазок на б/ск: U эпителий в б/к L 20-25 в п/зр, флора смешанная. С эпителий в большом кол-ве, L 25-30 в п/зр gp, трихомонад нет. Флора смешанная в большом количестве.

Польный анализ крови: эритроциты- $3,4 \cdot 10^{12}/л$ Hb 60 г/л сдвиг лейкоцитарной формулы влево, L $28 \cdot 10^9/л$, токсическая зернистость, СОЭ 40 мм/час

Ваш диагноз? Тактика ведения.

Задача №27.

Больная К., 31 год, не работает с мая, доставлена в гинекологическое отделение 28.07.04 СМП с диагнозом: беременность? Миома матки?

При поступлении **жалобы** на ноющие боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей с января, периодический сухой кашель в последние 10 дней, сухость во рту, головокружение, отсутствие аппетита, рвота после приема пищи и жидкости до 2-3 раз в сутки, с мая потеряла в весе 15 кг, в течение месяца температура тела до $39^{\circ}C$. За медицинской помощью не обращалась, лечилась «у бабки». Ухудшение состояния с мая, с конца июня сама стала определять в животе опухолевидное образование. У гинеколога не была с 2001 года. Летом 2003 года проходила мед осмотр в смотровом кабинете, обнаружена миома матки до 8 недель, рекомендована консультация гинеколога.

Менструация с 13 лет, по 10-15 дней с menarche, нерегулярные, бывают задержки до 3 месяцев, умеренные, безболезненные, с января кровянистые выделения которые продолжаются до сих пор.

Замужем, первый брак, половая жизнь с 19 лет, родов-0, аборт-0, в 1995 году был пузырный занос. Контрацепцией не пользуется. Секреторная функция повышена. Гинекологические заболевания: эрозия шейки матки, полип эндометрия- выскабливание полости матки в 1989 году и 2001 году. В 2001 году онкогинекологом было дано направление на консультацию в РКОД с диагнозом полипоз эндометрия, но больная не поехала. Поменяла место жительства и у гинеколога больше не дают.

Перенесенные заболевания: простудные, аппендэктомия в детстве. В 1984 году болезнь Боткина. В 2001 году пролечила хламидиоз, в октябре 2002 года стац лечение пиелонефрита. Наследственность и аллергический анамнез без особенностей. Вредные привычки отрицает. Предварительный диагноз: миома матки быстрый рост? Трофобластическая болезнь? Рак матки?

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, язык сухой. Выраженная одышка даже в покое. В легких дыхание жестковатое. Тоны сердца ясные, ритмичные Ps108 в мин АД 90/50 мм рт ст. живот увеличен в размерах, в брюшной полости пальпируется больших размеров опухоль. Печень и селезенку пальпировать не удалось. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Уретра и бартолиниевы железы без особенностей. Влагалище не рожавшей. Шейка матки бочкообразной формы пропускает 2 поперечных пальца, из цервикального гроздевидные разрастания, выделения кровянистые, умеренные. Матка увеличена до 15 недель, плотная, чувствительная. Придатки справа не определяются, слева отдельно от матки до подреберья определяется больших размеров плотное, чувствительное образование.

Анализ крови: Hb 52 г/л, эритроциты $3,29 \cdot 10^{12}/л$ ЦП 0,47 Hnt195 tr 510 L $9,8 \cdot 10^9/л$ п-3 с-80 л -12 м-3 э-2 анизоцитоз +++ пойкилоцитоз ++СОЭ 18 мм/час фибриноген 6,44г/л СРБ ++ общ белок 46,4 г/л

УЗИ: матка 11,8*9,5, стенка миометрия истончена до 0,6 см. в я полость матки заполнена эхомассой. Соева гигантская многокамерная киста с разрастаниями на перегородках. В правом подреберье свободная жидкость.

Ваш диагноз? Тактика ведения.

Задача №28.

Больная С., 34 лет, поступила в гинекологическое отделение 26.01.03 в 20.00 экстренно, доставлено СМП.

Жалобы на резкие боли внизу живота, слабость, головокружение, тошноту. Рвоты не было. Ноющие боли внизу живота появились после обеда, час назад резко усилились. Стула сегодня не было. Мочеиспускание без особенностей.

Анамнез: Менструации с 13 лет, установились сразу, по 4-5 дней, болезненные (боли появляются за 2-3 дня до менструации) через 28-30 дней, умеренные. Последняя менструация с 1 декабря по 6 декабря.

Половая жизнь с 19 лет, в браке.

Беременностей было 3, роды 1, физиологические, 2 мед аборта без осложнений.

Контрацептивными средствами не пользуется так как в последние 5 лет не беременеет.

Гинекологические заболевания: эрозия шейки матки (сделана электрокоагуляция), воспаление придатков матки с частыми обострениями. Лечение амбулаторно, стационарное в течение последних 4 лет. Венерические заболевания отрицает. Перенесенные заболевания: ангина, грипп, ОРЗ Наследственность не отягощена.

Объективные данные: кожные покровы чистые, бледные. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 90/60 мм рт ст. Ps 90 в

мин. Язык влажный, чистый. Живот при пальпации мягкий, резкая болезненность внизу живота. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный. Симптомы раздражения брюшины слабо положительные внизу живота.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно. Уретра и бартолиниевы железы без особенностей. Влагалище рожавшей. Шейка цилиндрической формы, чистая. Выделения молочного цвета. Матка несколько больше нормы, плотновата, ограничено подвижна, резко болезненна. Левый сод резко болезненный, определяется образование справа придатки не определяются.

Во время осмотра у больной полуобморочное состояние. Температура тела 36,8⁰С. Анализ крови: эритроциты $378 \cdot 10^{12}/л$, Hb 110 г/л, L $9,5 \cdot 10^9/л$

С диагностической целью сделана пункция брюшной полости через задний свод влагалища (в/в введен 2% 1,0 промедола) получено около 2 м жидкости шоколадного цвета.

Предполагаемый диагноз: разрыв кисты

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

Ваш диагноз? Тактика ведения.

Задача №29.

Повторнородящая поступила через 4 часа от начала родовой деятельности.

Беременность доношенная. Воды не отходили.

При поступлении АД 180/100 мм.рт.ст., отеки на нижних конечностях, в моче 2% белка.

Роженица внезапно побледнела, появились жалобы на «распирающие» боли в животе.

Предлежащая часть не определяется. Сердцебиение плода глухое, 90 ударов в минуту, аритмичное. Матка напряжена, асимметричной формы за счет увеличения левого угла матки. Пульс 100 ударов в минуту, мягкий слабого наполнения. Кровотечения нет.

При внутреннем исследовании: раскрытие зева на 5 см, плодный пузырь цел, резко напряжен. Предлежащая часть не определяется.

Ваш диагноз? Тактика ведения.

Задача №30.

38 летняя беременная женщина была доставлена в ЦРБ акушеркой из участковой больницы в тяжелом состоянии.

Беременность 8-я, роды 6-е, 2-е беременности закончились самопроизвольными абортами.

Все роды протекали нормально, однако, последние двое родов были более продолжительными, дети весом 3500-3800гр. Послеродовые периоды без особенностей. Роженица доставлена по поводу того, что роды продолжаются более суток, воды отошли в больнице через 3,5 часа после начала схваток. Схватки были интенсивными, но головка оставалась подвижной. Таз нормальный.

Окружность живота 105 см. Два часа тому назад появились потуги, и после нескольких потуг роженица стала отмечать боли в правой половине живота, появились жалобы на плохое состояние, головокружение, холодный пот. t_0 тела – 35.60С, пульс – 120 ударов в минуту, малый, легко сжимаемый.

Состояние больной подавленное, она плохо реагирует на окружающее. Резко выражена бледность кожных покровов и видимых слизистых. Живот вздут, болезненный при пальпации.

Диагноз? Какие еще данные Вы можете прибавить к клинической картине заболевания? Терапия?

Задача №31 .

Больная 25 лет, доставлена в больницу с жалобами на боли в животе и непрерывную рвоту. Больной считает себя со вчерашнего вечера, когда ей на дому был сделан аборт при 3-х месячной беременности.

Объективно. При поступлении: состояние больной тяжелое, t_0 тела – $37,4^{\circ}\text{C}$, пульс 120 ударов в минуту, малого наполнения, мягкий. Учащенное дыхание. Кожные покровы бледные, с желтушным оттенком. Живот не вздут, не напряжен, болезненный при пальпации, при перкуссии, в нижних отделах справа, притупление перкуторного тона.

Внутреннее исследование: шейка матки цилиндрической формы, цервикальный канал пропускает палец, матка определяется не отчетливо из-за напряженной брюшной стенки. Слева придатки не определяются, в правом своде пастозность. Исследование резко болезненно. Умеренные кровянистые выделения.

Диагноз? Терапия?

Список литературы.

1. Основная литература

1. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике : рук. / Э. К. Айламазян. - Изд. 4-е, перераб. и доп.. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 400 с.
2. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.
3. Бауэр, Г. Цветной атлас по кольпоскопии / Г. Бауэр; под ред. С. И. Роговской ; пер. с нем. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 288 с.
4. Бохман, Я. В. Руководство по онкогинекологии / Я. В. Бохман. - СПб : ООО Изд-во Фолиант, 2002. – 542 с.
5. Винокуров, В. Л. Рак яичников : закономерности метастазирования и выбор адекватного лечения больных / В. Л. Винокуров. - СПб : Фолиант, 2004. - 336 с.
6. Вольф, А. С. Атлас детской и подростковой гинекологии : пер. с нем / под ред. В. И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. - 304 с. Гилязутдинов, И. А. Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве : рук. для врачей / И. А. Гилязутдинов, З. Ш. Гилязутдинова. –М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 416 с.
7. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
8. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
9. Гинекология : новейший справочник / авт. Н. А. Татарова и др.; под общ. ред. Л. А. Сулопарова. - : Эксмо, 2007. - 688 с.
10. Гинекология по Эмилю Новаку : пер. с англ. / Под ред.: Дж. Берека, И. Адаши, П. Хиллард ; - М.: Практика, 2002. - 896 с.
11. Гуркин, Ю. А. Детская и подростковая гинекология : рук. для врачей / Ю.А. Гуркин.- М.: МИА, 2009.- 692 с.
12. Долгов, Г. В. Гнойно-воспалительные осложнения в оперативной гинекологии. Прогнозирование. Профилактика : рук. для. врачей; учеб. пособие в высш. мед. учеб. зав / Г. В. Долгов. - СПб : ЭЛБИ-СПб, 2001. - 173 с.
13. Заболевания мочеполовых органов : справ. для практ. врачей / Ю. Г. Аляев и др.; под общ. ред. Ю. Г. Аляева.- М.: Литтерра, 2007.- Вып. 1. - 120 с.
14. Ищенко, А. И. Новые технологии и малоинвазивная хирургия в гинекологии / А. И. Ищенко. –М. : Изд-кий дом ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 136 с.
15. Квалификационные тесты по акушерству и гинекологии : учеб.пособие /ВУНМЦ МЗ РФ; сост. И.С. Сидорова и др.- М.: ВУНМЦ, 1998
16. Коколина, В. Ф. Детская гинекология : рук. для врачей / В. Ф. Коколина. - : МИА, 2001. - 368 с.
17. Колесниченко, А. П. Острый ДВС-синдром при критических состояниях в акушерско-гинекологической клинике : рук. для врачей / А. П. Колесниченко, Г. В. Грицан, А. И. Грицан.- СПб.: СпецЛит, 2008. -111 с.
18. Кулаков, В. И. Руководство по оперативной гинекологии / В. И. Кулаков, Н. Д. Селезнева, С. Е. Белоглазова. - : МИА, 2006. - 640 с.
19. Миома матки : (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения) / под ред. И. С. Сидоровой. –М.: МИА, 2003. - 256 с.
20. Назаренко, Т. А. Бесплодие и возраст: пути решения проблемы / Т. А. Назаренко, Н. Г. Мишиева. - М. : МЕД пресс-Информ, 2010. - 208 с.
21. Общая врачебная практика по Джону Нобелю / под ред. Дж. Нобеля; пер. с англ. под ред. Е. Р. Тимофеевой, Н. А. Федоровой.- Кн. 1. – М., 2005.- 416 с.
22. Полякова, В. А. Современная гинекология / В. А. Полякова. - Тюмень : Изд-во ФГУИПП, 2004. – 608 с.

23. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
24. Проллиферативные заболевания эндометрия / авт. кол. : Н. В. Артымук [и др.]. - Кемерово : [б. и.], 2010. - 142 с.
25. Руководство по амбулаторно-полик-линической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
26. Сметник, В. П. Неоперативная гинекология : рук. для врачей / В. П. Сметник, Л. Г. Тумилович. - 3-е изд., перераб. и доп. - : МИА, 2005. - 632 с.
27. Тихомиров, А. Л. Миома матки / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - : МИА, 2006. - 176 с.
28. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.
29. Трубина, Т.Б. Трансвагинальные реконструктивно-пластические органосохраняющие и радикальные операции в гинекологии : монография / Т. Б. Трубина, Н. Н. Глебова, В. Б. Трубин. - Уфа : Уфим. гос. ин-т сервиса, 2004. - 166 с.
30. Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.
31. Уткин, Е. В. Клиника, диагностика и терапия воспалительных заболеваний придатков матки неспецифической этиологии / Е. В. Уткин. - Кемерово : Кузбасс, 2010. - 168 с.
32. Херт, Г. Оперативная урогинекология : Рук. для врачей: Пер. с англ / Г. Херт ; Под ред.: Н. А. Лопаткина, О. И. Аполихина. - : Изд. дом ГЭОТАР-МЕД, 2003. - 276 с.
33. Хирш, Х. А. Оперативная гинекология : атлас / Х. А. Хирш, О. Кезер, Ф. А. Икле; гл. ред. В. И. Кулаков, отв. ред. И. В. Федоров ; пер. с англ. - : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.
34. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.
35. Чернуха, Е. А. Родовой блок : рук. для врачей / Е. А. Чернуха. - 3-е изд., перераб., испр. и доп. - : Триада-Х, 2003. - 712 с.
36. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.

2. Дополнительная литература

1. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
2. Беременность и перинатальные инфекции : учеб. пособие для системы послевуз. и доп. проф. образования врачей [УМО] / [сост. : Ф. К. Тетелютина и др.] ; ГБОУ ВПО ИГМА, каф. акушерства и гинекологии. - Ижевск : ИГМА, 2013. - 106 с.
3. Гайсин И. Р. Лечение сердечно-сосудистых заболеваний у беременных женщин : учеб.пособие.- Ижевск: ИГМА, 2005
4. Доброхотова, Ю. Э. Микробиоценоз влагалища. Аспекты гормональной регуляции : учеб.-метод. пособие / Ю. Э. Доброхотова, Н. Г. Затилян ; ГОУ ВПО РГМУ. - М. : [РГМУ], 2010. - 20 с.
5. Кулавский В.А., Никитин Н.И., Кулавский Е.В. Несостоятельность тазового дна женщины. – Уфа. 2011.
6. Кулаков В.И., Назаренко Т.А., Волков Н.И., и др. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению: руководство / В.И. Кулаков, Т.А. Назаренко, Н.И. Волков Н.И. и др. / Под ред. Г.Т. Сухих, Т.А. Назаренко, 2-е изд., испр. и доп. - Издательство «ГЭОТАР-Медиа», - 2010.
7. Невынашивание беременности: патогенез, диагностика, лечения. Клиническое руководство Беременность и роды. / Род ред. А.Н. Стрижакова, Москва, 2011.
8. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens,

2012. — 688с.

9. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.

10. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

11. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

12. Руководство по контрацепции / под ред. В.Н. Прилепской. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 456с.

13. Серов В.Н., Сухих Г.Т., Баранов И.И., Пырегов А.В., Тютюнник В.Л., Шмаков Р.Г. Неотложные состояния в акушерстве: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2013. – 784с.

14. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

15. Уварова Е.В. Детская и подростковая гинекология. – М., 2012.

16. Фирулёв Л. В. Протокол интенсивной терапии эклампсии и эклампсической комы : метод. Рек. - Ижевск : Б.и., 2005

17. Экстрагенитальная патология у беременных : учеб. пособие / [сост. : Н. Ф. Одинцова, М. В. Дударев] ; под ред. М. В. Дударева ; ГБОУ ВПО ИГМА, каф. поликлин. терапии с курсами клин. фармакологии и профилакт. мед. ФПК и ПП. - Ижевск : ИГМА, 2013. - 92 с.

18. Эндоскопические методы диагностики и лечения в гинекологии : учеб. пособие / [сост. : Ф. К. Тетелютина, Е. П. Кузнецова, Л. И. Пименова и др.] ; ГОУ ВПО ИГМА. - Ижевск : [Б. и.], 2007. - 42 с.

3. Законодательные и нормативно-правовые документы.

1.Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.Приказ МЗ РФ от 27.12.11 №1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке ее выдачи».

3.Приказ Минздрава России от 15.11.2012 N 921н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "неонатология" (Зарегистрировано в Минюсте России 25.12.2012 N 26377)

4.Методическое письмо МЗСР РФ от 21.04.10 «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям».

5.Принципы организации медицинской помощи новорожденным в акушерском стационаре. Методическое письмо МЗСР РФ от 16.12.11 «Интенсивная терапия и принципы выхаживания детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении».

6.Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. N 572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)""

7.Приказ МЗСР РФ от 27.12.11 №1661н «О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения и социального развития российской федерации от 03.12.07 №736 "Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности"»

8.Приказ МЗ РФ от 30 августа 2012 г. N 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению»

9. Приказ МЗ РФ от 26.04.2012 №406н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи"

10. Приказ от 28.12.00 №457 «О совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врожденных заболеваний у детей».

11. Приказ МЗ УР от 01.04.2011г. № 180 «О мероприятиях по проведению пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка в УР».

12. Приказ МЗСР РФ от 17.05.07 №335 «О рекомендуемом образце информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности при сроке до 12 недель».

13. Приказ МЗСР РФ от 24.01.12 №31н "О внесении изменений в Порядок выдачи листков нетрудоспособности, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29 июня 2011 г. №624н".

14. Методическое письмо МЗСР РФ от 13.07.11 №15-4/10/2-6796 «Об организации работы службы родовспоможения в условиях внедрения современных перинатальных технологий»

15. Постановление Правительства Российской Федерации от 6 февраля 2012 г. № 98 «О социальном показании для искусственного прерывания беременности»

16. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 23 июля 2010 г. №541н г. Москва "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения

17. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 25 июля 2011 г. №801н г. Москва "Об утверждении Номенклатуры должностей медицинского и фармацевтического персонала и специалистов с высшим и средним профессиональным образованием учреждений здравоохранения"

18. Приказ МЗ УР №08-13/1915 от 07.03.2014 г. «Бланки информированного добровольного согласия (отказа) на медицинские вмешательства для использования в работе»

19. СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»

РАЗДЕЛ 2

МЕТОДИЧЕСКИЕ РАЗРАБОТКИ ЛЕКЦИЙ на цикле ОУ «Акушерство и гинекология»

Код 1.1. Тема. Теоретические основы охраны здоровья и организации акушерско-гинекологической службы в Российской Федерации.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: ознакомить с состоянием демографических показателей в Российской Федерации, с показателями акушерско-гинекологической службы.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	5
2.	Доклад преподавателя	30
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Организация акушерско-гинекологической службы в РФ.
2. Показатели: перинатальная смертность, мертворождаемость, ранняя неонатальная смертность, аборт.
3. Анализ, структура и динамика показателей, как отражение качества медицинской помощи.
4. Разработка мер профилактики.
5. Материнская смертность как основной критерий качества и уровня организации работы акушерско-гинекологической службы.
6. Определение по ВОЗ, структура, причины, анализ.
7. Профилактика.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, презентация, мультимедиа, телевизор, видеомагнитофон, видеофильмы, контрольные вопросы.

Краткое изложение материала.

Приоритетные направления государственной политики в области народонаселения. Модель сниженного воспроизводства населения. Уровень рождаемости. Демографическая ситуация. Рождаемость. Смертность. Определение ВОЗ по репродуктивному здоровью. Факторы, влияющие на состояние репродуктивного здоровья существенное влияние оказывает соматическое и психическое здоровье населения. Рост заболеваемости репродуктивной системы у женщин различных возрастных групп. Общая заболеваемость подростков. Гинекологическая заболеваемость. Онкологическая заболеваемость.

Профилактическая работа среди женщин. Репродуктивное здоровье мужчин. Проблема абортов. Медикаментозный метод прерывания беременности.

Контрацептивное поведение населения.

Репродуктивные потери – конечный результат влияния социального, медицинского, биологических факторов на здоровье беременной женщины, плода и новорожденного. Структура репродуктивных потерь. Основные показатели качества акушерской помощи и репродуктивного здоровья — перинатальная и материнская смертность.

Материнская смертность в РФ. Причины материнской смертности. Сравнительный анализ причин смертности. Профилактика и снижение материнской заболеваемости и

смертности. Предотвратимые причины материнской смерти. Динамика здоровья беременных женщин.

Репродуктивное здоровье женщин - важная медико-социальной проблема.

Основные регламентирующие документы, влияющие на показатели материнской и младенческой смертности. Мероприятия по профилактике репродуктивных потерь. Управляемая медицинская помощь.

Основными задачи концепции охраны материнства и детства:

- ☐ обеспечение государственной политики в области охраны репродуктивного здоровья населения России;
- ☐ увеличение объема мероприятий по профилактике нарушений репродуктивного здоровья населения;
- ☐ сокращение сроков восстановления утраченного здоровья путем внедрения в медицинскую практику современных технологий профилактики, диагностики и лечения;
- ☐ реализация специальных научных исследований и программ;
- ☐ поддержка региональных программ охраны репродуктивного здоровья населения с изучением их эффективности и распространением опыта;
- ☐ повышение квалификации специалистов, работающих в области охраны репродуктивного здравоохранения;
- ☐ медико-санитарное просвещение по вопросам охраны репродуктивного здоровья;
- ☐ активное участие общественности, самого населения в охране репродуктивного здоровья.

Контрольные вопросы:

1. Показатели акушерско – гинекологической службы. Материнская смертность.
2. Перинатальные потери: перинатальная смертность, мертворождаемость, ранняя неонатальная смертность.
3. Аборты, пути снижения данного показателя.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература:

1. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
2. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
3. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

2. Дополнительная литература:

1. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.

3. Законодательные и нормативно-правовые документы.

20. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
21. Приказ МЗ РФ от 27.12.11 №1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке ее выдачи».
22. Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)".
23. Методическое письмо МЗСР РФ от 13.07.11 №15-4/10/2-6796 «Об организации работы службы родовспоможения в условиях внедрения современных перинатальных технологий».

Код 1.2. Тема. Охрана здоровья матери в российском законодательстве.**Цикл:** ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».**Контингент обучающихся:** заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций**Цель:** дать знания по правовым вопросам в сфере охраны здоровья и прав матери в РФ.**План лекции**

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Выступление слушателей.	15
3.	Разбор клинических случаев	15
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Права беременных женщин в области здравоохранения.
2. Права беременных женщин в области трудового права.
3. Гарантии и льготы, установленные для беременных женщин
4. Правила выдачи отпуска по беременности и родам.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, презентация, мультимедиа, телевизор, видеомаягнитофон, видеофильмы, истории болезни, контрольные вопросы.**Краткое изложение материала.**

Согласно законам об охране здоровья граждан Российской Федерации, государство должно обеспечивать право беременных женщин на работу. В период беременности, а также в до- и послеродовой период, каждая женщина имеет право получить квалифицированную медицинскую помощь и консультационные услуги, как в государственных, так и в муниципальных больнично-поликлинических заведениях. Статья 52. Права беременных женщин и матерей в сфере охраны здоровья, Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Особые гарантии и льготы, установленные для беременных женщин и матерей, имеющих малолетних детей. Во время беременности и после того, как ребенок появился на свет, а также в случаях, когда требуется уход за больным ребенком в возрасте до 15 лет, женщина может рассчитывать на гарантируемое законом право на получение предусмотренных государством пособий и оплачиваемого декретного отпуска. В Трудовом кодексе означены гарантируемые условия, которые и используются для определения продолжительности отпуска по беременности и уходу за ребенком. Количество дней, предоставляемых в виде отпуска по беременности и родам, по закону исчисляется суммарно, и срок декрета предоставляется полностью, т.е. фактически использованные до родов дни не учитываются при подсчете.

Трудовой кодекс предусмотрел для женщин дополнительные отпуска:

а) по беременности и родам сроком 70 (при многоплодной беременности — 84) календарных дней до родов и 70 (а при осложненных родах — 86, при рождении двух или более детей—ПО) календарных дней после родов.

Отпуск по беременности и родам предоставляется при предъявлении администрации листка нетрудоспособности, который выдается с 30 недель беременности сразу на 140 календарных дней (70 до родов и 70 после родов). При осложненных родах он выдается дополнительно на 16 календарных дней лечебно-профилактическим учреждением, где производились роды. При родах досрочных, наступивших до истечения 30 недель беременности и рождении живого ребенка, листок нетрудоспособности выдается на 165 дней, а при рождении мертвого ребенка или его смерти в течение первых семи дней после

родов — на 86 календарных дней.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература:

1. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

2. Дополнительная литература:

4. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

3. Законодательные и нормативно-правовые документы.

1. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. N 572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)".

3. Методическое письмо МЗСР РФ от 13.07.11 №15-4/10/2-6796 «Об организации работы службы родовспоможения в условиях внедрения современных перинатальных технологий».

4. "Трудовой Кодекс Российской Федерации" от 30.12.2001 N 197-ФЗ, действующая редакция от 04.11.2014.

Код 1.3. Тема. Организация амбулаторно-поликлинической и стационарной акушерско-гинекологической помощи. Российское право и здравоохранение.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: ознакомить слушателей с организацией амбулаторно-поликлинической и стационарной акушерско-гинекологической помощи.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	5
2.	Доклад преподавателя	30
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Этапность организации акушерско-гинекологической помощи пациентам с эндокринопатиями и бесплодием.
2. Организация диспансерного наблюдения женщин с бесплодием и эндокринных больных.
3. Изучение приказа № 572 "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)"".

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедия, контрольные вопросы.

Краткое изложение материала.

Этапность организации акушерско-гинекологической помощи (3 этапа), разбор диспансерного наблюдения за гинекологическими больными с бесплодием и эндокринной патологией и беременными с эндокринопатиями. Организация процесса диспансеризации. Основы трех групповой диспансеризации. Оценка качества диспансеризации. Программа диспансерного наблюдения в соответствии с группой учета и нозологической формой заболевания. Организация акушерско-гинекологической помощи беременным женщинам и гинекологическим больным по приказу №572.

Контрольные вопросы:

1. Организация работы амбулаторно-поликлинического звена акушерско-гинекологической службы женщинам с эндокринной патологией.
2. Организация работы стационарного звена акушерско-гинекологической службы женщинам с эндокринной патологией.
3. Особенности сохранения репродуктивного здоровья женщин с эндокринной патологией по приказу № 572.

Рекомендуемая литература:

1.Основная литература:

1. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
2. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.

2.Дополнительная литература:

5. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

3. Законодательные и нормативно-правовые документы.

5. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
6. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. N 572н "Об

утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)"".

Код 1.4. Тема. Российское право и здравоохранение.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: освоить вопросы ОМС, проведения экспертизы, защиты прав застрахованных, лекарственного обеспечения.

План лекции.

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Лекция.	35
3.	Заключительное слово преподавателя.	5

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Законодательство РФ по охране здоровья граждан.
2. Гражданский кодекс. Семейный и трудовой кодекс. Материнский капитал.
3. Приказы, регламентирующие деятельность врача акушера-гинеколога.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедия.

Краткое изложение материала.

В современной России охрана материнства и детства осуществляется специальными мерами по охране труда и здоровья женщин, правовой защитой, моральной поддержкой, материальной помощью включая значительно улучшенные права женщин, связанные с беременностью, родами и воспитанием ребёнка. Основные законодательные акты по охране здоровья граждан:

- Конституция РФ (1993) (статьи 2, 7, 19, 20, 21, 38, 39, 41, 42, 46, 48, 52, 53, 72, 114);
- Федеральный Закон об основах охраны здоровья граждан в российской федерации N 323-ФЗ от 21.11.2011 года;
- Гражданский кодекс;
- Семейный кодекс;
- Трудовой кодекс;
- Уголовный кодекс;

Приказ МЗ РФ № 572 "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)" от 01.11.2012.

Основные вопросы ОМС. Организация проведения экспертизы качества оказания медицинской помощи. Проведение экспертизы качества оказания медицинской помощи. Защита прав застрахованных. Лекарственное обеспечение.

Контрольные вопросы:

1. Основные приказы, регламентирующие деятельность врача акушера-гинеколога. Главы и статьи Федерального Закона об основах охраны здоровья граждан в российской федерации
2. N 323-ФЗ от 21.11.2011 года
3. Основные положения приказа МЗ РФ № 572 "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)" от 01.11.2012.

Рекомендуемая литература:**1. Основная литература:**

3. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
4. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
5. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.

2.Дополнительная литература:

6. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

3. Законодательные и нормативно-правовые документы.

- 1.Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. N 572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)".
- 2.Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Код 2.1. Тема. Клинические и лабораторные методы исследования

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: информировать слушателей о клинических и лабораторных методах исследования в акушерстве и гинекологии.

План лекции.

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Выступление преподавателя	70
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Основные клинические методы обследования в акушерстве и гинекологии.
2. Значение сбора анамнеза. Объективные методы (общий осмотр, исследование органов и систем – влагалищное исследование).
3. Специальное акушерское исследование. Диагностика беременности (вероятные и достоверные признаки беременности). Определение предполагаемой массы плода (по Якубовой, по Жордания, по методу Ланковица).
4. Определение основных и дополнительных размеров таза.
5. Особенности показателей периферической крови (гематокрит, эритроциты, гемоглобин) у беременных в динамике гестации.
6. Клинические анализы и их изменения при акушерско-гинекологической патологии.
7. Особенности свертывающей системы крови при физиологической беременности.
8. Определение специфических плацентарных и фетальных гормонов и белков: хорионический гонадотропин человека, альфа-фетопротеин, трофобластический бета-гликопротеин, плацентарный лактоген, альфа-2-микроглобулин фертильности, плацентарный альфа-1-микроглобулин, эстриол (общие данные, методы исследования, нормальные величины, диагностическое значение).
9. Диагностическое значение определения отдельных показателей белкового, углеводного и липидного обменов. Некоторые показатели пигментного обмена.
10. Электролитный состав плазмы. Витамины.
11. Биохимические лабораторные тесты и злокачественные новообразования (опухолевые маркеры).
12. Новые методы исследования гормонального профиля.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедийное оборудование, ноутбук, контрольные вопросы..

Краткое изложение материала.

Основные задачи клинического обследования беременных — оценка их соматического здоровья и акушерского статуса, а главное — выявление факторов, способных негативно повлиять на течение беременности и родов и ухудшить здоровье плода\новорожденного.

Диагностика беременности и определение ее срока. Предполагаемая дата родов и предполагаемый вес плода (по Якубовой, по Жордания, по методу Ланковица). Оценка общего и акушерско-гинекологического анамнеза. Гинекологическое исследование. Специальное акушерское исследование. Наружное акушерское исследование (приемы Леопольда-Левицкого). Определение срока беременности по величине матки. Измерение таза.

При клиническом обследовании беременной женщины или гинекологической пациентки используют данные общего и специального анамнеза, проводят общее

соматическое и специальное гинекологическое обследование.

Тип телосложения (мужской, евнухоидный, гиперстенический, астенический, нормостенический). Молочные железы (гипоплазия, гипертрофия, трофические изменения, отделяемое из сосков, галактория, мастопатия - железистая, кистозная, смешанная). Обследование: УЗИ молочных желез, маммография, пункционная и аспирационная биопсия.

Гинекологическое исследование (осмотр половых органов, осмотр в зеркалах, бимануальное, ректальное исследования).

Особенности показателей периферической крови и особенности свертывающей системы при физиологической беременности в динамике. Определение специфических плацентарных и фетальных гормонов и белков в течение беременности и их значение.

Методы гормонального исследования. Новые методы исследования гормонального профиля.

Электролитный состав плазмы. Витамины. Биохимические лабораторные тесты и злокачественные новообразования (опухолевые маркеры).

Тесты функциональной диагностики (КПИ, феномен «зрачка», базальная температура, натяжение шеечной слизи, арборизация слизи).

Бактериоскопический метод – определение микрофлоры содержимого влагалища и возможного возбудителя в мазках, взятых из цервикального канала, влагалища и уретры. Для бактериоскопического исследования обычно берут материал из наружного отверстия уретры, цервикального канала, заднебокового свода влагалища и прямой кишки. В зависимости от характера микробной флоры различают четыре степени чистоты влагалища.

Цитологический метод (Pap test - цитологическое исследование мазков, окрашенных по Папаниколау, взятых из цервикального канала шейки матки. Метод позволяет выявить атипические изменения в клетках поверхности шейки и цервикального канала).

Для бактериологического исследования посылается материал из цервикального канала; содержимое, полученное при пункции брюшной полости через задний свод влагалища; из брюшной полости во время операции. Цель этого исследования — определение возбудителя и чувствительности к антибиотикам в материале.

Определение полового хроматина (46, XX - правильный набор хромосом у женщин; процентное содержание полового хроматина колеблется от 16 до 28%. У мужчин при наборе хромосом 46. XY - половой хроматин не определяется. При количественном нарушении набора хромосом содержание полового хроматина уменьшается у женщин, у мужчин - появляется половой хроматин.

Исследование хромосом в культуре клеток лимфоцитов периферической крови. Выявление количественных отклонений от нормального числа хромосом и их структурные аномалии.

Контрольные вопросы:

1. В чем заключаются особенности сбора анамнеза?
2. Специальное гинекологическое обследование.
3. Как оценивается функция половой системы?
4. Методы исследования – тесты функциональной диагностики?
5. Дополнительные методы исследования гормонального статуса?

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература:

1. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

2. Акушерство от десяти учителей : учеб. пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004

3. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.:

ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

5. Гинекология по Эмилю Новаку : пер. с англ. / Под ред.: Дж. Берека, И. Адаши, П. Хиллард ; - М.: Практика, 2002. - 896 с..

2.Дополнительная литература:

1. Кулаков В.И., Назаренко Т.А., Волков Н.И., и др. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению: руководство / В.И. Кулаков, Т.А. Назаренко, Н.И. Волков Н.И. и др. / Под ред. Г.Т. Сухих, Т.А. Назаренко, 2-е изд., испр. и доп. - Издательство «ГЭОТАР-Медиа», - 2010.

2. Невынашивание беременности: патогенез, диагностика, лечения. Клиническое руководство Беременность и роды. / Ред. А.Н. Стрижакова, Москва, 2011.

3. Гилязутдинов, И. А. Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве : рук. для врачей / И. А. Гилязутдинов, З. Ш. Гилязутдинова. –М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 416 с.

Код 2.3. Тема. Ультразвуковые методы исследования**Цикл:** ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».**Контингент обучающихся:** заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций**Цель:** информировать слушателей о ультразвуковых методах исследования.**План лекции.**

Этапы занятия		Продолжительность (45мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	5
2.	Выступление преподавателя	30
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Физические свойства ультразвука и его воздействие на биологические объекты, в том числе эмбрион и плод.
2. Анализ УЗ. Значение в гинекологии
3. Оценка данных УЗ исследования в I, II, III триместре беременности
4. Оценка данных доплерографии маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока
5. Пользование процентными кривыми

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедийное оборудование, ноутбук, контрольные вопросы..**Краткое изложение материала.**

Диагностическое применение ультразвука в медицине. Физические свойства ультразвука. Скорость ультразвука в различных средах. Биологическое действие УЗ. Основные методы УЗ диагностики. Методика УЗ исследования в акушерстве и гинекологии. Симптомы и синдромы УЗ диагностики. Синтез клинических данных с результатами УЗИ. Составление протокола УЗИ. Построение диагноза УЗИ в гинекологии. Эхографическая анатомия передней брюшной стенки и органов малого таза. Физиологические изменения при УЗИ в связи с физиологическим менструальным циклом и возрастными особенностями. УЗИ в диагностике гиперпластических процессов матки и придатков. УЗИ в диагностике внематочной беременности, осложненного аборта. Допплерография в гинекологии.

УЗИ в акушерстве. УЗД в I триместре: основные задачи, диагностические возможности. Маркеры пороков развития плода и хромосомных болезней. УЗИ во II триместре беременности. Задачи скрининга, особенности диагностики на II этапе обследования. Фетометрия. Процентные кривые. Изучение ультразвуковой анатомии плода. Обследование плаценты, оболочек околоплодных вод. Диагностика врожденных заболеваний, пороков развития и внутриутробной гибели плода. УЗД в послеродовом периоде. УЗ-диагностика пороков развития матки, опухолей матки и придатков во время беременности.

Допплерография маточно-плацентарного, плодово-плацентарного и плодового кровотока. Понятия. Методика проведения. Критерии оценки. Мониторное наблюдение за состоянием плода в родах.

Контрольные вопросы:

1. Узи в первом триместре беременности
2. Узи во втором триместре беременности
3. Узи в третьем триместре беременности
4. Допплерометрия.

Рекомендуемая литература:**1.Основная литература:**

1. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа

ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

3. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

5. Гинекология по Эмилю Новаку : пер. с англ. / Под ред.: Дж. Берека, И. Адаши, П. Хиллард ; - М.: Практика, 2002. - 896 с..

2. Дополнительная литература:

1. Кулаков В.И., Назаренко Т.А., Волков Н.И., и др. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению: руководство / В.И. Кулаков, Т.А. Назаренко, Н.И. Волков Н.И. и др. / Под ред. Г.Т. Сухих, Т.А. Назаренко, 2-е изд., испр. и доп. - Издательство «ГЭОТАР-Медиа», - 2010.

2. Невынашивание беременности: патогенез, диагностика, лечения. Клиническое руководство Беременность и роды. / Ред. А.Н. Стрижакова, Москва, 2011.

3. Гилязутдинов, И. А. Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве : рук. для врачей / И. А. Гилязутдинов, З. Ш. Гилязутдинова. –М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 416 с.

Код. 3.1. Тема. «Оплодотворение и внутриутробное развитие плода. Анатомо-физиологические изменения в организме во время беременности»

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: ознакомить слушателей с физиологией оплодотворения и дальнейшим внутриутробным развитием плода, анатомо-физиологическими изменениями в организме при беременности, родах и послеродовом периоде.

План лекции.

Этапы занятия	Продолжительность (135 мин.)
1. Вступительное слово преподавателя	10
2. Лекция.	105
3. Подведение итогов. Заключительное слово преподавателя	20

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Оплодотворение. Этапы формирования плода.
2. Формирование органов и систем плода. Эмбрио и плацентогенез.
3. Психофизиология плода. Формирование и развитие ЦНС плода.
4. Анатомия и физиология репродуктивной системы женщины.
5. Физические изменения в организме женщины во время беременности.
6. Сотрудничество врача, беременной женщины и ее семьи.
7. Медицинское наблюдение за беременными в женской консультации.

Перечень оборудования методического оснащения занятий: учебная аудитория, видеофильмы, контрольные вопросы, таблицы, ноутбук, мультимедийное оборудование.

Краткое изложение материала:

Овуляторная доминанта как предшественник доминанты беременной. Физиология оплодотворения. Этапы формирования пола плода (генетический, формирование гонадного пола, формирование наружных половых органов). Развитие органов и систем в течение беременности. Формирование фетоплацентарного комплекса. Роль плаценты при физиологической беременности. Основные функции: дыхательная, трофическая, барьерная, выделительная, внутрисекреторная. Внутрисекреторная продукция гормонов плаценты: хорионический гонадотропин, плацентарный лактоген, эстрогены, прогестерон, релаксин, глюкокортикоиды и др. Оценка метаболизма плода по данным биохимического исследования околоплодных вод. Диагностика угрожаемых состояний плода и дисфункции плаценты. Иммунологическая защита плода – важный компонент функции плаценты. УЗИ- диагностика маточно- плацентарного комплекса. Критические периоды внутриутробного развития плода. Факторы и группы риска перинатальной патологии. Последствия влияния патогенных факторов: гомеопатии, эмбриопатии, фетопатии и неонатопатии. Влияние повреждающих факторов на плод. Оценка пренатальных факторов риска по баллам по О.Г. Фроловой и И.Е. Николаевой. Профилактика перинатальной патологии современными методами распознавания функциональных нарушений и заболеваний плода. Психофизиология плода. Формирование и развитие мозга плода, рецепторов. Функциональные состояния и цикл активности – покой. Память и обучение плода. Слух плода. Влияние стресса на психофизиологическое развитие плода. Роль пренатальной психологии в формировании нового взгляда на не родившегося ребенка, период беременности, родовый процесс и воздействие на такие стороны технологии родовспоможения, как подготовка к зачатию, ведение беременных, формирование новых принципов взаимоотношения с беременной и роженицей, отношение к возникающим отклонениям в течение беременности, подготовка беременных и их партнеров к родам, проведение родов как естественного процесса.

Анатомия и физиология репродуктивной системы женщины. Наружные половые органы, локализация, строение и функция (большие и малые половые губы, клитор, отверстие мочеиспускательного канала, преддверие влагалища). Локализация, строение и функция влагалища, шейки матки, матки, яичников. Строение костного таза женщины: тазовые кости и сочленения, крестец, копчик, область большого и малого таза. Топография и роль мышц промежности. Кровоснабжение, иннервация. Физиология женской половой системы: менструальный цикл, гормональные фазы. Изменения в системе гипоталамус – гипофиз – яичники, в матке, в организме в целом. Физические изменения в организме женщины во время беременности. Изменения в системе органов: желез внутренней секреции, половых органах и органах мишенях, в сердечно-сосудистой системе, легких, почках, желудочно-кишечном тракте, обмене веществ и жидкости. Возможные отклонения и способы их коррекции. Признаки беременности: предположительные, вероятные и достоверные. Сотрудничество врач – беременная женщина. Тесты беременности. Диагностика ранних и поздних сроков беременности. Изменения, происходящие во время беременности с внутренними половыми органами женщины. Рост и развитие маточной мускулатуры. Формирование нижнего сегмента. Расположение плода в полости матки. Исходное положение матки плода перед родами. Современные представления о роли центральной нервной системы в подготовке организма женщины к родам. Формирование доминанты, как рефлекторной физиологической системы, определяющей характер взаимодействия организма с окружающей средой. Перестройка функции эндокринных желез женщины во время беременности. Участие в гормональных взаимоотношениях в организме беременной эстрогенов, гестагенов, кортикостероидов, прогестерона. Адаптационные изменения при физиологической беременности. «Норма» беременности. Изменения сердечно-сосудистой системы беременной. Гемодинамические изменения во время беременности: прирост объема крови, увеличение сердечного выброса, повышение частоты сердечных сокращений, венозного давления, периферического сосудистого сопротивления. Изменение гематологических показателей характерных для физиологической беременности. Содержание гемоглобина, гематокрита, количество эритроцитов, сывороточное железо. Адаптация коллоидно-осмотического состояния во время беременности. Изменение системы свертывания и фибринолиза. Функция легких во время беременности. Влияние беременности на функцию почек, печени. Рост и развитие грудных желез, подготовка их к лактации. Медицинское наблюдение за беременными в женской консультации. Лабораторное обследование. УЗИ исследование – скрининг. Проблемы, с которыми сталкиваются супруги в течение каждого триместра беременности. Чувства и проблемы супругов в вопросах сексуальных взаимоотношений во время беременности.

Контрольные вопросы:

1. Физиология оплодотворения, формирование пола плода, развитие плода в течение каждого срока беременности.
2. Формирование фетоплацентарного комплекса. Роль плаценты при физиологической беременности.
3. Критические периоды внутриутробного развития плода. Тератогенные факторы.
4. Развитие ЦНС плода и ее возможности.
5. Физиологические изменения в организме женщины во время беременности. Возможные отклонения и способы их коррекции
6. Особенности наблюдения за беременной в женской консультации.
7. Положительный настрой на исход беременности и родов беременной и ее семьи.
8. Формирование доминанты беременной, как рефлекторной физиологической системы, определяющей характер взаимодействия организма с окружающей средой.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

37. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.
38. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
39. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
40. Гинекология : новейший справочник / авт. Н. А. Татарова и др.; под общ. ред. Л. А. Сулопарова. - : Эксмо, 2007. - 688 с.
41. Гинекология по Эмилю Новаку : пер. с англ. / Под ред.: Дж. Берека, И. Адаши, П. Хиллард ; - М.: Практика, 2002. - 896 с.
42. Гуркин, Ю. А. Детская и подрост-ковая гинекология : рук. для врачей / Ю.А. Гуркин.- М.: МИА, 2009.- 692 с.
43. Полякова, В. А. Современная гинекология / В. А. Полякова. - Тюмень : Изд-во ФГУИПП, 2004. – 608 с.
44. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
45. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.
46. Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.

2. Дополнительная литература

19. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
20. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
21. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
22. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.
23. Уварова Е.В. Детская и подростковая гинекология. – М., 2012.

Код 3.2. Тема. Нормальные роды.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: закрепить знания врачей о физиологически протекающей беременности. ознакомить слушателей с основными периодами родов, физиологическими и психоэмоциональными особенностями женщины в родах.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (135 мин)
1.	Вступительное слово преподавателей.	15
2.	Лекция	100
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	20

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Понятие физиологических, нормальных родов
2. Подготовительный период родов. Три фактора готовности к родам;
3. Формирование родовой доминанты, как рефлекторной физиологической системы, определяющей характер взаимодействия организма с окружающей средой. Психологическая готовность к родам.
4. Представление о родах, как о естественном физиологическом процессе.
5. Причины наступления родов. Биологическая и физиологическая готовность женщины к родам.
6. Периоды и фазы родов.
7. Понятие о физиологической и патологической кровопотере.
8. Психологические аспекты физиологических и осложненных родов
9. Использование основных навыков программы по периодам родов.
10. Порядок наблюдения за состоянием роженицы и плода в родах (партограмма, кардиотокография, ультразвуковое исследование)
11. Традиционные и альтернативные подходы к ведению родов.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедийная установка.

Краткое изложение материала.

Физиологические роды – это роды одним плодом, которые начались спонтанно, протекали без осложнений, без применения пособий и медикаментов, при которых родился зрелый доношенный ребенок в затылочном предлежании. После родов родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии. За 38-40 недель беременности завершается генетически запрограммированный срок внутриутробного развития плода человека. Начинается интенсивная синхронная подготовка организмов матери и плода к процессу родов. Головка плода достигает критического объема, выше которого плод уже не может пройти через родовые пути матери. Подготовка к родам начинается с активации функции коры надпочечников плода. Три фактора готовности к родам: биологическая, психологическая и социальная. Положительный настрой женщины на роды. Понятие «родовая доминанта». Периоды родов, течение, ведение родов по периодам. Биомеханизм нормальных родов.

Наступление и развитие родовой деятельности. Биологическая и психологическая готовность женщины к родам. Эндокринология родов. Роль плода в наступлении и развитии родовой деятельности. Проблема боли в родах. Патифизиология боли. Цикл «страх - напряжение – боль». Факторы, снимающие болевые ощущения: познавательный контроль, включая фокусирование внимания, системное расслабление, познавательное повторение, систематическая гипосенсибилизация, сенсорная трансформация, моделирование ситуации. Целесообразность использования роженицей следующих видов

управления болью во время родов: расслабление, «поддерживающее» лицо, внешняя и внутренняя концентрация внимания, периферическая сенсорная стимуляция, обратная связь с партнером. Предвестники родов. Период раскрытия. Схватки, различие между «истинными» и «ложными» схватками на первом этапе родов. Продолжительность и сила схваток. Изменения происходящие в шейке матки в первом периоде родов. Плодный пузырь. Преждевременное отхождение околоплодных вод. Особенности 1 периода родов у первородящих и повторнородящих. Второй период родов - период изгнания. Потуги. Биомеханизм родов при различных видах головных предлежаний. Рождение плода. Третий период родов. Отделение плаценты и рождение последа. Послеродовые схватки. Клиническая картина этого периода. Показатели состояния здоровья родильницы. Осложнения послеродового периода. Нарушение процесса отделения плаценты от стенок матки и задержка отделившейся плаценты в матке. Кровотечение. Ручное обследование полости матки. Разрывы и повреждения наружных половых органов. Эпизиотомия. Уход в послеродовом периоде в случае неосложненных родов, при эпизиотомии и кесаревом сечении.

Контрольные вопросы:

1. Подготовительный период родов. Три фактора готовности к родам. Причины наступления родов.
2. Понятие родовой доминанты. Психологическая готовность к родам.
3. Представление о родах, как о естественном физиологическом процессе.
4. Физиология родов и их ведение.
5. Психологические особенности родового процесса.
6. Порядок наблюдения за состоянием роженицы и плода в родах (партограмма, кардиотокография, ультразвуковое исследование)
7. Традиционные и альтернативные подходы к ведению родов.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

47. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.
48. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
49. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
50. Гинекология : новейший справочник / авт. Н. А. Татарова и др.; под общ. ред. Л. А. Сулопарова. - : Эксмо, 2007. - 688 с.
51. Гинекология по Эмилю Новаку : пер. с англ. / Под ред.: Дж. Берека, И. Адаши, П. Хиллард ; - М.: Практика, 2002. - 896 с.
52. Гуркин, Ю. А. Детская и подрост-ковая гинекология : рук. для врачей / Ю.А. Гуркин.- М.: МИА, 2009.- 692 с.
53. Полякова, В. А. Современная гинекология / В. А. Полякова. - Тюмень : Изд-во ФГУИПП, 2004. – 608 с.
54. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
55. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.
56. Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.

2. Дополнительная литература

24. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004

25. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
26. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
27. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.
28. Уварова Е.В. Детская и подростковая гинекология. – М., 2012.

Код. 3.2. Тема. Послеродовой период. Физиология и психология послеродового периода

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: информировать слушателей с анатомо-физиологическими изменениями в организме женщины в послеродовом периоде.

План лекции.

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1	Вступительное слово преподавателя.	10
2	Выступление преподавателя	60
3	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	20

Задачи, решаемые в процессе лекции:

- 1 Физиологический послеродовой период, осложнения.
- 2 Особенности послеродового периода при осложненных родах, оперативного родоразрешения.
3. Эмоциональные и психологические особенности взаимоотношений в семье при рождении ребенка.
4. Потребности матери, новорожденного, семьи после родов.

Перечень оборудования методического оснащения занятий: учебная аудитория, видеофильмы, контрольные вопросы, таблицы, ноутбук, мультимедийное оборудование

Краткое изложение материала:

Физиологический послеродовой период. Обратное развитие половых органов. Инволюция матки. Лохии. Работа соседних с маткой органов. Изменение состояния мышц передне- брюшной стенки. Молочные железы, их развитие, секреторная деятельность. Механизмы регуляции лактации. Рефлекс выделения молока. Первое кормление новорожденного. Грудное вскармливание - залог здоровья ребенка. Состав молозива, грудного молока. Правила и техника грудного кормления: контакт матери и ребенка, режим кормления грудью, продолжительность, частота, позы при кормлении. Сцеживание молока. Хранение и обработка грудного молока. Способы стимулирующие лактацию: диета кормящей женщины, точечный массаж, использование трав. Трудности и особые проблемы возникающие при грудном вскармливании: нагрубание молочных желез, болезненность сосков, плоские соски, трещины сосков, гипогалактия, отек, мастит. Возможные способы их профилактики и лечения. Психологические аспекты грудного вскармливания. Особенности послеродового периода в случае осложненных родов (кесарево сечение, эпизиотомия). Осложнения послеродового периода: эндометрит, расхождение швов. Возобновление половой жизни после рождения ребенка. Взаимоотношения в семье. Психо- социальные аспекты поведения родителей в послеродовом периоде. Родительские переживания, связанные с ожиданием и рождением ребенка. Эмоционально-психологические особенности в семье при рождении второго и более ребенка. Психологические аспекты беременности и родов у одиноких женщин. Психо- социальные проблемы при рождении мертвого ребенка или ребенка с врожденной патологией. Послеродовая контрацепция. Факторы, которые следует учитывать при выборе метода контрацепции в послеродовый период.

Контрольные вопросы :

1. Особенности физиологии послеродового периода.
2. Эмоциональные и психологические особенности женщины в послеродовом периоде.
3. Осложнения послеродового периода и их коррекция.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

57. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.
58. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
59. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
60. Гинекология : новейший справочник / авт. Н. А. Татарова и др.; под общ. ред. Л. А. Сулопарова. - : Эксмо, 2007. - 688 с.
61. Руководство по амбулаторно-полик-линической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
62. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.

2. Дополнительная литература

29. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
30. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.
31. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
32. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
33. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

Код. 3.3. Тема. Грудное вскармливание.**Цикл:** ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».**Контингент обучающихся:** заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций**Цель:** информировать слушателей с темой грудного вскармливания**План лекции.**

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1	Вступительное слово преподавателя.	5
2	Выступление преподавателя	30
3	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

- 1 Важность грудного вскармливания. Недостатки искусственного вскармливания.
- 2 Анатомия груди. Механизм выработки молока.
- 3 Правильная техника грудного кормления.
- 4 Состояние молочных желез. Возможные проблемы.
- 5 Гиполактация, методы увеличения выработки молока.
- 6 Грудное вскармливание как метод контрацепции.

Перечень оборудования методического оснащения занятий: учебная аудитория, видеофильмы, контрольные вопросы, таблицы, ноутбук, мультимедийное оборудование**Краткое изложение материала:**

Декларация ЮНИСЕФ «Охрана, поощрение и поддержки грудного вскармливания: особая роль родовспомогательных служб». Десять принципов успешного грудного вскармливания. Важность грудного вскармливания. Состояния вопроса во всем мире и в России. Подготовка женщин к грудному вскармливанию в условиях женской консультации. Анатомия молочной железы. Механизм выработки молока. Роль гормонов и рефлексов выработке молока. Преимущества грудного вскармливания. Состав грудного молока, его преимущества. Недостатки искусственного вскармливания. Правильная техника грудного вскармливания. Признаки, определяющие правильное положение ребенка при кормлении. Как ребенок сосет грудь. Индикаторы адекватного потребления грудного молока в первые недели после родов. Состояние молочных желез в период лактации. Уход. Возможные проблемы: лактостаз, воспаление и трещины сосков, набухание молочной железы, плоские соски, лечение, уход. Сцеживание грудного молока. Причины отказа ребенка от груди. Гиполактация. Причины возникновения. Увеличение выработки молока. Питание кормящей матери, физические и физиотерапевтические методы улучшения лактации. Медикаментозная терапия, использование метаболических комплексов содержащих биогенные стимуляторы, витамины, микроэлементы. Продолжение грудного вскармливания. Начало прикорма. Отлучение от груди. Молочные железы, их развитие, секреторная деятельность. Механизмы регуляции лактации. Рефлекс выделения молока. Первое кормление новорожденного. Грудное вскармливание - залог здоровья ребенка. Состав молозива, грудного молока. Правила и техника грудного кормления: контакт матери и ребенка, режим кормления грудью, продолжительность, частота, позы при кормлении. Сцеживание молока. Хранение и обработка грудного молока. Способы, стимулирующие лактацию: диета кормящей женщины, точечный массаж, использование трав. Трудности и особые проблемы возникающие при грудном вскармливании: нагрубание молочных желез, болезненность сосков, плоские соски, трещины сосков, гипогалактия, отек, мастит. Возможные способы их профилактики и лечения. Психологические аспекты грудного вскармливания.

Контрольные вопросы:

1. Физиология лактации.
2. Техника грудного вскармливания.

3. Осложнения при грудном вскармливании.
 4. Психологические аспекты грудного вскармливания.
- Уметь обучить женщин техники грудного вскармливания.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

63. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.
64. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

2. Дополнительная литература

34. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
35. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.
36. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
37. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
38. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

Код 4.1. Тема. Патологическое акушерство. Аномалии родовой деятельности (слабость, дискоординация).

Цикл ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: Информирование слушателей о нарушении родовой деятельности по типу гипертонической дисфункции (дискоординация).

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (135 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Доклад преподавателя.	105
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	20

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Международная классификация аномальной родовой деятельности.
2. Основные причины и патогенез нарушений родовой деятельности по гипотоническому типу.
- 3 Слабость родовой деятельности. Группы риска по возникновению слабости родовой деятельности. Выбор тактики ведения родов при слабости родовой деятельности.
- 4.Родовозбуждение и родостимуляция
5. Состояние плода при аномалиях родовой деятельности по типу гипотонической дисфункции.
6. Основные причины и патогенез нарушений родовой деятельности по гипертоническому типу.
7. Патологический прелиминарный период. Клиника, лечение.
8. Дискоординация родовой деятельности. Причины дискоординации родовой деятельности. Патогенез. Клиника. Степени тяжести дискоординации родовой деятельности. Лечение.
9. Состояние плода при аномалиях родовой деятельности по типу гипертонической дисфункции.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, демонстрация клинического случая.

Краткое изложение материала.

Аномалии родовой деятельности. Классификация: затяжная фаза медленного раскрытия шейки матки, затяжная фаза быстрого раскрытия шейки матки, остановка раскрытия шейки матки, затяжной второй период родов, остановка продвижения головки по родовым путям, стремительные роды. Оценка сократительной активности матки. Этиология. Лечение. Затяжная фаза медленного раскрытия шейки матки. Затяжная фаза быстрого раскрытия шейки матки и остановка раскрытия шейки матки. Активное ведение родов. Активизация роженицы. Амниотомия. Изменение положения роженицы и ручная ротация плода. Оперативное родоразрешение. Применение окситоцина. Состояние плода при аномалиях родовой деятельности.

Слабость родовой деятельности. Группы риска по возникновению слабости родовой деятельности. Выбор тактики ведения родов при слабости родовой деятельности. Родовозбуждение и родостимуляция. Состояние плода при аномалиях родовой деятельности. по типу гипотонической дисфункции.

Гипертоническая дисфункция матки (дискоординация родовой деятельности) патогенетические особенности. Причины или состояния способствующие возникновению аномалий родовой деятельности. Классификация аномалий родовых сил (международная статическая классификация болезней и проблем, X пересмотра). Характеристика.

Клинических проявлений и принципы ведения родов при разных формах гипертонической дисфункции матки: патологический прелиминарный период; дискоординация родовой деятельности; стремительные роды; сегментарная дистоция; тетанус матки. Диагностика дискоординации родовой деятельности, лечение.

Контрольные вопросы:

1. Основные причины и патогенез нарушений родовой деятельности. по гипертоническому типу.
2. Патологический прелиминарный период – механизм.
3. Дискоординация родовой деятельности - лечение.
4. Состояние плода при аномалиях родовой деятельности. по типу гипертонической дисфункции.
5. Основные причины и патогенез нарушений родовой деятельности. по гипотоническому типу.
6. Слабость родовой деятельности - механизм.
7. Родовозбуждение и родостимуляция при слабости родовой деятельности.
8. Состояние плода при слабости в родовой деятельности.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

65. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.
66. Чернуха, Е. А. Родовой блок : рук. для врачей / Е. А. Чернуха. - 3-е изд., перераб., испр. и доп. - : Триада-Х, 2003. - 712 с.

2. Дополнительная литература

39. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
40. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.
41. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
42. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

Код 4.2. Тема. Патологическое акушерство. Узкие тазы.**Цикл:** ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».**Контингент обучающихся:** заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций**Цель:** информировать слушателей с клиникой, диагностикой и тактикой ведения беременности и родов при анатомически узком тазе.**План лекции.**

Этапы занятия		Продолжительность (135 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Выступление слушателей.	105
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	20

Задачи, решаемые в процессе лекции:

- 1.Классификация узких тазов.
- 2.Наиболее частые формы узких тазов в настоящее время.
- 3.Методы родоразрешения при узком тазе.
- 4.Современный подход к родоразрешению при узких тазах.
- 5.Тактика ведения беременных с узким тазом в женской консультации.
- 6.Принципы и этапы оказания врачебной помощи беременным с узким тазом.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедиа, истории болезни, муляж новорожденного и костного таза.**Краткое изложение материала.**

Узкий таз, по данным разных авторов, встречается в 2,6-15-20% случаев. Такие колебания в значительной мере объясняются отсутствием единой классификации узкого таза, разницей в определении границ между нормальным и узким тазом. Одни авторы считали таз узким даже при незначительном укорочении его размеров, другие считали признаком узкого таза наружную конъюгату, равную 17,5 см и меньше.

На развитие узкого таза оказывают значительное влияние материальное благосостояние и культура народов, уровень заболеваемости детей и подростков, охрана здоровья женщины, особенно в период беременности. В России наблюдается значительное снижение процента женщин с узким тазом, особенно с резко выраженной формой этой патологии. М.С. Малиновский и М.Н. Побединский указывают, что узкий таз, представляющий затруднения (реже – препятствия) для родов (функционально узкий таз), встречается у 3-5% рожениц. По данным Р.И. Колгановой, клинически узкий таз встречается у 1,3-1,7% рожениц, но эта проблема остается актуальной вследствие возникновения осложнений в родах, опасных для матери и плода.

Первая половина беременности при узком тазе протекает без особенностей, во второй половине нередко наблюдаются поздние токсикозы. Возникновение их связано не с самим узким тазом, а с последствиями заболеваний и особенностей развития, послуживших причиной нарушения в костной системе и других органов.

Беременные с узким тазом находятся на специальном учете консультации, за ними тщательно наблюдают. Важно уточнить срок родов, чтобы предупредить перенашивание беременности, которое при узком тазе особенно неблагоприятно.

При первой и второй степени сужения исход родов в значительной мере зависит от величины головки плода, характера предлежания и вставления. Способности головки к конфигурации, интенсивности родовой деятельности. При благополучных сочетаниях указанных условий роды протекают нормально, особенно при первой степени сужения таза. При первой степени сужения роды у большинства женщин заканчиваются самопроизвольно, особенно у молодых первородящих, у которых обычно бывает хорошая родовая деятельность (неповрежденный нервно-мышечный аппарат матки). Если объем головки плода не соответствует размерам таза, имеются неправильное положение и

предлежание, в родах возникают серьезные осложнения. Угрожающие состоянию роженицы и плода. Осложнения при второй степени сужения встречаются значительно чаще, чем при первой.

При третьей и четвертой степени сужения таза роды живым доношенным плодом невозможны. Без своевременного хирургического вмешательства беременная и плод погибают вследствие разрыва матки, септической инфекции или других осложнений.

Контрольные вопросы:

1. Особенности родов при поперечно-суженных тазах.
2. Особенности родов при простых, плоских тазах.
3. Особенности родов при общеравномерно-суженном тазе.
4. Особенности родов при редковстречающихся деформациях костного таза.

Рекомендуемая литература :

1. Основная литература

67. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

68. Чернуха, Е. А. Родовой блок : рук. для врачей / Е. А. Чернуха. - 3-е изд., перераб., испр. и доп. - : Триада-Х, 2003. - 712 с.

2. Дополнительная литература

43. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004

44. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.

45. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

46. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

Код 4.3. Тема. Патологическое акушерство. Разрывы матки.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: информировать слушателей о диагностике и тактике ведения беременности и родов при разрыве матки.

План лекции.

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Выступление преподавателя..	70
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Травматизм в акушерстве:
2. Клинически узкий таз.
3. Разрыв матки.
4. Диагностика.
5. Профилактика родового травматизма матери.
6. Принципы лечения последствий родового травматизма.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы.

Краткое изложение материала.

Во время родов часто возникают повреждения тканей промежности, влагалища и шейки матки, имеющие характер поверхностных ссадин и трещин. Нередко наблюдаются разрывы промежности, шейки матки и слизистой оболочки влагалища, связанные с перерастяжением тканей или хирургическими вмешательствами. При патологических родах иногда возникают повреждения, угрожающие жизни женщины (разрыв матки), ведущие к последующему нарушению трудоспособности и важнейших функций организма. Кроме повреждения тканей родовых путей при осложненных родах, нередко возникают родовые травмы плода, которые обнаруживаются в периоде новорожденности или позднее. Клинически узкий таз. Разрыв матки. Диагностика и лечение. Профилактика родового травматизма матери.

Контрольные вопросы:

- 1.Разрывы матки. Причины.
- 2.Клинически узкий таз (этиология, патогенез, ведение беременности и родов).
- 3.Профилактика разрывов матки.
- 4.Роды у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения

Рекомендуемая литература:**1. Основная литература**

69. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

70. Чернуха, Е. А. Родовой блок : рук. для врачей / Е. А. Чернуха. - 3-е изд., перераб., испр. и доп. - : Триада-Х, 2003. - 712 с.

2. Дополнительная литература

47. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004

48. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens,

2012. — 688с.

49. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

50. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

Код 4.4. Тема. Патологическое акушерство. Преждевременные роды.**Цикл:** ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».**Контингент обучающихся:** заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций**Цель:** информировать слушателей о преждевременных родах.**План лекции.**

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Выступление слушателей.	70
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Классификация преждевременных родов в зависимости от срока гестации.
2. Этиология преждевременных родов
3. Клиническая картина начавшихся преждевременных
4. Диагностика ПР.
5. Родоразрешение в зависимости от срока гестации
6. Прогноз выживаемости для новорожденного, реабилитация женщины после ПР,

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедиа, истории болезни, муляж новорожденного и костного таза.**Краткое изложение материала.** Определение ВОЗ – преждевременные роды. МКБ – 10 . Эпидемиология. Классификация преждевременных родов в зависимости от срока гестации. Этиология преждевременных родов. Гормональные нарушения, инфекции полового тракта и их сочетания – основные этиологические факторы. Нарушения в системе гемостаза – еще один механизм преждевременных родов. Факторы риска преждевременных родов. Патогенез. Патогенетический механизм ПРПО – инфицирование нижнего полюса плодных оболочек. Клиническая картина начавшихся преждевременных родов, клиническая картина угрозы преждевременных родов. Диагностика ПР. Физикальные и лабораторные исследования. УЗИ при угрозе преждевременных родов. и клинической картине начавшихся преждевременных родов. Дифференциальная диагностика. Лечение УПР. Медикаментозная терапия, немедикаментозная терапия, показания к госпитализации. Профилактическая терапия РДС будущего новорожденного.

Родоразрешение в зависимости от срока гестации. Методы родоразрешения. Современный подход к оперативному родоразрешению при ПР. Тактика ведения беременных группы риска на преждевременные роды в женской консультации. Прогноз выживаемости для новорожденного, реабилитация женщины после ПР,

Контрольные вопросы:

1. Принципы родоразрешения в зависимости от срока гестации.
2. Профилактическая терапия РДС будущего новорожденного
3. Патогенетический механизм ПРПО
4. Лечение УПР. Медикаментозная терапия

Рекомендуемая литература :**1. Основная литература**

71. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

72. Чернуха, Е. А. Родовой блок : рук. для врачей / Е. А. Чернуха. - 3-е изд., перераб., испр. и доп. - : Триада-Х, 2003. - 712 с.

2. Дополнительная литература

51. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004

52. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens,

2012. — 688с.

53. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

54. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

Код 4.5. Тема. Оперативное акушерство. Кесарево сечение.**Цикл:** ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».**Контингент обучающихся:** заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций**Цель:** Информирование слушателей о современном кесаревом сечении.**План лекции**

Этапы занятия		Продолжительность (135 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Доклад преподавателя.	100
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	25

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Кесарево сечение.
2. Определение. Классификация. Показания. Противопоказания.
3. Условия проведения операции. Подготовка к операции. Методы обезболивания.
4. Техника операции. Осложнения. Особенности ведения послеоперационного периода.
5. Кесарево сечение при преждевременных родах.

Перечень оборудования и методического оснащения : учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, демонстрация клинического случая..**Краткое изложение материала.**

Кесарево сечение - родоразрешающая операция, при которой плод и послед извлекают через произведённый разрез на матке. Повышение частоты КС в современном акушерстве обусловлено объективными причинами. увеличение количества первородящих старше 35 лет, интенсивное внедрение ЭКО (нередко неоднократного), учащение наличия КС в анамнезе, увеличение частоты рубцовых изменений матки после миомэктомии, произведённой через лапароскопический доступ, расширение показаний к КС в интересах плода. Показания к КС подразделяют на 3 основные группы (в перечень включены показания, связанные с высоким риском для здоровья и жизни матери и ребёнка). Показания к плановому КС во время беременности: полное предлежание плаценты, несостоятельность рубца на матке (после операции КС, миомэктомии, перфорации матки, удаления рудиментарного рога, иссечения угла матки при трубной беременности), два и более рубца на матке, препятствие со стороны родовых путей для рождения ребёнка (анатомически узкий таз II и более степени сужения, деформация костей таза, опухоли матки, яичников, органов малого таза), выраженный симфизит, предположительно крупный плод (масса тела плода более 4500 г), выраженные рубцовые сужения шейки матки и влагалища, наличие в анамнезе пластических операций на шейке матки, влагалище, ушивания мочеполовых и кишечнополовых свищей, разрыва промежности III степени, тазовое предлежание, при массе тела плода более 3600–3800 г (в зависимости от размеров таза пациентки) или менее 2000 г, разгибание головки III степени по данным УЗИ, смешанное ягодичноножное предлежание, при многоплодной беременности: тазовое предлежание первого плода при двойне у первородящих, тройня (или большее количество плодов), сросшиеся близнецы, монохориальная, моноамниотическая двойня, злокачественное новообразование, множественная миома матки с наличием крупных узлов, особенно в области нижнего сегмента матки, нарушение питания узлов, устойчивое поперечное положение плода, тяжёлые формы гестоза, эклампсия при неэффективности терапии, ЗРП III степени, при эффективности её лечения, миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, острый генитальный герпес (высыпания в области наружных половых органов), пересадка почки в анамнезе, гибель или инвалидизация ребёнка при предыдущих родах, ЭКО, особенно неоднократное, при наличии дополнительных осложнений. Показания к экстренному КС во время

беременности: любой вариант предлежания плаценты, кровотечение, ПОНРП, угрожающий, начавшийся, свершившийся разрыв матки по рубцу, острая гипоксия плода, экстрагенитальные заболевания, ухудшение состояния беременной, состояние агонии или внезапная смерть женщины при наличии живого плода. Показания к экстренному КС во время родов те же, что и во время беременности. Кроме того, может возникнуть необходимость КС при следующих осложнениях родов: не корригируемые нарушения сократительной деятельности матки (слабость, дискоординация), клинически узкий таз, выпадение пуповины или мелких частей плода при головном предлежании плода, угрожающий, начавшийся или свершившийся разрыв матки, ножное предлежание плода, живой и жизнеспособный плод. В случае опасности, угрожающей жизни женщины (кровотечение при полном предлежании плаценты, ПОНРП, разрыв матки, запущенное поперечное положение плода и другие нарушения), КС производят также при мёртвом и нежизнеспособном плоде. Женщина должна дать информированное согласие на проведение операции.

Контрольные вопросы:

1. Показания к КС
2. Техника операции КС в нижнем сегменте.
3. Особенности кесарево сечение при преждевременных родах
4. Осложнения и их профилактика.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

73. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

74. Чернуха, Е. А. Родовой блок : рук. для врачей / Е. А. Чернуха. - 3-е изд., перераб., испр. и доп. - : Триада-Х, 2003. - 712 с.

2. Дополнительная литература

55. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004

56. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.

57. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

58. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

Код 5.1. Тема. Беременность и заболевания сердечно-сосудистой системы. Приобретенные и врожденные пороки сердца.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций.

Цель: Информирование слушателей о беременности и заболеваниях сердечно-сосудистой системы

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Доклад преподавателя.	70
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Гемодинамика во время беременности, во время родов и послеродовом периоде.
2. Общие принципы ведения беременности и родов при сердечно-сосудистых заболеваниях.
3. Ведение беременности при отдельных заболеваниях сердца.
4. Врожденные пороки. Дефект межпредсердной перегородки. Дефект межжелудочковой перегородки. Открытый артериальный проток. Коарктация аорты. Тетрада Фалло. Аортальный стеноз. Стеноз клапана легочной артерии. Синдром Марфана. Синдром Эйзенменгера.
5. Приобретенные пороки. Митральный стеноз. Дилатационная кардиомиопатия. Первичная легочная гипертензия. ИБС.
6. Диагностика. Лечение. Профилактика.

Перечень оборудования и методического оснащения : учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, демонстрация клинического случая..

Краткое изложение материала.

Изменения сердечно-сосудистой системы в период беременности и родов. Классификация приобретенных и врожденных пороков сердца. Патофизиология. Клиника, диагностика. Ведение беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в условиях регионального кардиологического диспансера. Показания к досрочному прерыванию беременности. Выбор способа родоразрешения. Основные принципы ведения родов у женщин с пороками сердца. Профилактика и лечение декомпенсации сердечной деятельности (отек легких) в родах. Ведение послеродового периода, профилактика осложнений, реабилитация. Гипертоническая, гипотоническая болезнь и беременность. Особенности течения беременности, родов, влияние на плод. Принципы ведения родов. Нарушения ритма сердечной деятельности. Классификация. Особенности течения во время беременности, влияние на плод. Лечение.

Контрольные вопросы:

1. Ведение беременности при отдельных заболеваниях сердца
2. Показания к досрочному прерыванию беременности
3. Выбор способа родоразрешения
4. Ведение послеродового периода
5. Какие изменения происходят в сердечно-сосудистой системе при беременности, родах и послеродовом периоде.
6. Какие основные показания к досрочному прерыванию беременности?
7. Тактика ведения родов у женщин с приобретенными и врожденными пороками сердца.
8. Какие основные профилактические мероприятия проводятся в послеродовом периоде у женщин с приобретенными и врожденными пороками сердца?

Рекомендуемая литература:

1.Основная литература:

1. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.
2. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике : рук. / Э. К. Айламазян. - Изд. 4-е, перераб. и доп.. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 400 с.
3. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.
4. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.
5. Экстрагенитальная патология у беременных : учеб. пособие / [сост. : Н. Ф. Одинцова, М. В. Дударев] ; под ред. М. В. Дударева ; ГБОУ ВПО ИГМА, каф. поликллин. терапии с курсами клин. фармакологии и профилактик. мед. ФПК и ПП. - Ижевск : ИГМА, 2013. - 92 с.

2.Дополнительная литература:

1. Гайсин И. Р. Лечение сердечно-сосудистых заболеваний у беременных женщин : учеб.пособие.- Ижевск: ИГМА, 2005

Код 5.2. Тема. Гипертоническая и гипотоническая болезнь и беременность.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций.

Цель: ознакомить врачей с основными положениями по ведению беременности у женщин с гипертонической и гипотонической болезнью.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (180 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	20
2.	Выступление слушателей.	60
3.	Разбор клинических случаев	80
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	20

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Эпидемиология. Классификация. Стадии артериальной гипертензии (ВОЗ). Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика
2. Принципы лечения АГ. Особенности терапии АГ при беременности.
3. Беременность и артериальная гипотония. Эпидемиология. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Профилактика
4. Особенности ведения беременных женщин в женской консультации с гипертонической и гипотонической болезнью.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, слайды, контрольные вопросы, мультимедия.

Краткое изложение материала.

Гипотоническая болезнь и беременность. Эпидемиология. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Особенности течения беременности, родов, влияние на плод. Принципы ведения родов. Особенности течения во время беременности, влияние на плод. Лечение.

Осложнения беременности - гестоз, ФПН, преждевременные роды. Дифференциальная диагностика. Скрининг. Показания к госпитализации.

Лечение. Профилактика.

Эпидемиология. Классификация. Стадии артериальной гипертензии (ВОЗ). Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Основные исследования - исследование суточной мочи на наличие белка (количество белка или микроальбуминурия), крови и глюкозы; биохимическое исследование крови (общий белок и его фракции, печёночные ферменты, электролиты, глюкоза крови); клинический анализ крови (концентрация Hb, Ht и количество тромбоцитов); ЭКГ. Дополнительные исследования. Оценка фетоплацентарной системы - УЗИ и доплерографию сосудов фетоплацентарного комплекса; ЭКГ; Эхокардиография; Исследование глазного дна; Амбулаторное суточное мониторирование АД; УЗИ почек и надпочечников; Рентгенография грудной клетки; Бактериурия мочи.

Артериальная гипертензия является наиболее частым осложнением беременности и составляет одну из ведущих причин материнской и перинатальной смертности. При наличии артериальной гипертензии у беременных существенно возрастает риск внутричерепных геморрагий, эклампсии, нарушения функции почек, преждевременных родов, гипотрофии и недоношенности новорожденных, перинатальной смертности.

Лечение артериальной гипертензии при беременности представляет нередко сложную задачу. У женщин с хронической артериальной гипертензией (этот термин используется для обозначения ситуаций, когда артериальная гипертензия присутствовала еще до беременности) желательно планировать тактику ведения и оценку степени риска

до зачатия и/или в ранних сроках беременности. Низкосолевого диета для контроля артериальной гипертензии при беременности обычно не показана (за исключением больных с объемзависимой артериальной гипертензией при некоторых вариантах поражения почек). Беременным с артериальной гипертензией обычно не требуется ограничения приема жидкости. Не является в настоящее время общепринятым мнение об эффективности АСК в предупреждении преэклампсии. У беременных с артериальной гипертензией не является необходимым превентивное использование седативной терапии и антиконвульсантов. У подавляющего большинства беременных с артериальной гипертензией для контроля АД требуется назначение более чем одного базисного гипотензивного средства. Использование комбинированной гипотензивной терапии показано более чем 70% беременных с артериальной гипертензией.

К гипотензивным препаратам, которые могут использоваться для длительного применения при беременности, относят: препараты центрального действия — метилдопа, клонидин; β -адреноблокаторы — окспренолол, пиндолол, метопролол, небиволол (с 2007 г.); блокаторы кальциевых каналов — нифедипин, верапамил; α -адреноблокаторы — празозин; прямой вазодилатор — гидралазин.

Абсолютно противопоказаны: иАПФ, которые могут обуславливать внутриутробную задержку роста плода, олигогидроамнион, острую почечную недостаточность у новорожденных, гибель плода; АРА II.

Лечение артериальной гипертензии при лактации. К препаратам, разрешенным Американской ассоциацией педиатров в качестве антигипертензивных средств при грудном вскармливании, относят:

- препарат центрального действия метилдопа;
- блокаторы кальциевых каналов — нифедипин и верапамил, которые экскретируются в грудное молоко в небольшом количестве; побочные эффекты у новорожденных, матери которых принимали эти препараты, не отмечены;
- β -блокаторы — пропранолол и атенолол — экскретируются в грудное молоко в небольшом количестве; при применении матерью в высоких дозах у новорожденных могут развиваться брадикардия, нарушения углеводного обмена, бронхоспазм;
- иАПФ — каптоприл, который экскретируется в грудное молоко в очень малом количестве; побочных эффектов у детей при его использовании матерью во время лактации не отмечено;
- тиазидный диуретик гипотиазид, который экскретируется в грудное молоко в небольшом количестве; при его применении возможна гипогалактия;
- калийсберегающий диуретик спиронолактон, который экскретируется в грудное молоко в небольшом количестве;
- петлевой диуретик фуросемид; при его использовании может возникать выраженная гипогалактия, побочные эффекты у детей при его применении лактирующими женщинами не отмечены.

Контрольные вопросы:

1. Тактика ведения родов у женщин с гипотонической болезнью.
2. Дифференциальная диагностика различных видов артериальной гипертензии.
3. Планирование беременности у женщин с АГ
4. Дородовое наблюдение. Общие рекомендации.
5. Особенности течения и ведения беременности и родов при АГ.
6. Артериальная гипертензия и беременность у женщин старше 35 лет
7. Выбор метода родоразрешения у женщин с АГ
8. Показания для прерывания беременности при АГ.
9. Особенности терапии АГ при беременности.
10. Беременность и гипертоническая болезнь.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература:

1. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.
2. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике : рук. / Э. К. Айламазян. - Изд. 4-е, перераб. и доп.. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 400 с.
3. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.
4. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.
5. Экстрагенитальная патология у беременных : учеб. пособие / [сост. : Н. Ф. Одинцова, М. В. Дударев] ; под ред. М. В. Дударева ; ГБОУ ВПО ИГМА, каф. поликлин. терапии с курсами клин. фармакологии и профилактик. мед. ФПК и ПП. - Ижевск : ИГМА, 2013. - 92 с.

2.Дополнительная литература:

1. Гайсин И. Р. Лечение сердечно-сосудистых заболеваний у беременных женщин : учеб.пособие.- Ижевск: ИГМА, 2005

Код 5.4. Тема. Беременность и заболевания желудочно-кишечного тракта и печени.

Гастроэзофагиальная рефлюксная болезнь и язвенная болезнь

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций.

Цель: освоить особенности дифференциальной диагностики и лечебной тактики при хирургической патологии желудочно-кишечного тракта у беременных, в частности при остром аппендиците, панкреатите, холецистите.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	5
2.	Доклад преподавателя	30
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Особенности протекания беременности при хирургической патологии ЖКТ.
2. Ведение данного контингента женщин.
3. Лечебная тактика.
4. Профилактика.
5. Особенности хирургического оперативного лечения при остром аппендиците.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедиа.

Краткое изложение материала.

Беременность и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (изжога у беременных). Эпидемиология. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Пищеводные и внепищеводные проявления болезни. Диагностика. Анамнез. Физикальное исследование. Лабораторные исследования. Инструментальные исследования. Положительный «щелочной» тест. Омепразоловый тест. Эзофагогастродуоденоскопию и рН-метрию, манометрию, билиметрию по показаниям. Эндоскопия. Дифференциальная диагностика. Лечение. Цели. Немедикаментозное лечение. Медикаментозное лечение. Профилактика и прогнозирование осложнений гестации. Особенности лечения осложнений гестации. Лечение осложнений гестации по триместрам. Лечение осложнений в родах и послеродовом периоде. **Беременность и хронический гастрит. Беременность и язвенная болезнь. Беременность и хронический дуоденит.** Эпидемиология. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Анамнез. Физикальное исследование. Лабораторные исследования. Инструментальные исследования. Дифференциальная диагностика. Лечение. Цели. Немедикаментозное лечение. Медикаментозное лечение. Профилактика и прогнозирование осложнений гестации. Особенности лечения осложнений гестации. Лечение осложнений гестации по триместрам. Лечение осложнений в родах и послеродовом периоде. Эпидемиология. Классификация. **Беременность и хронический холецистит. Беременность и холестатический гепатоз. Беременность и хронический панкреатит.** Эпидемиология. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Анамнез. Физикальное исследование. Лабораторные исследования. Инструментальные исследования. Дифференциальная диагностика. Лечение. Цели. Немедикаментозное лечение. Медикаментозное лечение. Профилактика и прогнозирование осложнений гестации. Особенности лечения осложнений гестации. Лечение осложнений гестации по триместрам. Лечение осложнений в родах и

послеродовом периоде. Особенности оказания неотложной помощи беременным при остром аппендиците.

Контрольные вопросы:

1. Особенности тактики врача при наличии хирургических заболеваний у беременных в стадии обострения.
2. Особенности оперативного лечения беременных при остром аппендиците.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.
2. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
3. Гинекология : новейший справочник / авт. Н. А. Татарова и др.; под общ. ред. Л. А. Сулопарова. - : Эксмо, 2007. - 688 с.
4. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.

Дополнительная литература:

- 1.Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

Код 5.5. Тема Беременность и заболевания почек и органов мочевого выделения (пиелонефрит, мочекаменная болезнь, гломерулонефрит, единственная почка).

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций.

Цель: Информирование слушателей о беременности и заболеваниях органов мочевого выделения.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	5
2.	Доклад преподавателя.	30
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Физиологические изменения МВС во время беременности. Анатомия почек и мочевых путей.

2. Диагностика заболеваний почек и мочевыводящих путей.

3. Инфекция мочевых путей. Бессимптомная бактериурия. Острый пиелонефрит. Лечение. Профилактика.

4. Мочекаменная болезнь. Лечение. Профилактика.

5. Пороки развития почек и мочевых путей. Лечение. Профилактика.

6. Беременность на фоне болезней почек. Гломерулонефрит.

7. Поражение почек при системных заболеваниях. Системная красная волчанка, сахарный диабет, артериальная гипертония, серповидноклеточная анемия.

8. Острая почечная недостаточность.

9. Беременность на фоне трансплантации почки

Перечень оборудования и методического оснащения : учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, демонстрация клинического случая..

Краткое изложение материала.

Беременность сопровождается физиологическими изменениями почек, мочевых путей, а также гемодинамикой. Диагностика заболеваний почек и мочевыводящих путей. Для выявления патологии почек используют общий анализ мочи, посев мочи, пробу Зимницкого, Нечипоренко определяют концентрацию креатинина, белка. Проводят УЗИ почек. Повышение АД в первой половине беременности может быть признаком болезни почек. Инфекция мочевых путей. Бессимптомная бактериурия встречается у 4-7% беременных, у 1-25 развивается острый цистит. В 25-30% случаев нелеченная инфекция мочевых путей у беременных осложняется пиелонефритом. Острый пиелонефрит у беременных может осложниться преходящим снижением скорости клубочковой фильтрации и септическим шоком. Кроме того, это заболевание повышает риск преждевременных родов. Лечение. Независимо от сроков начала антимикробной терапии определяют чувствительность возбудителя. При остром цистите и бессимптомной бактериурии проводят антимикробную терапию в течение 7 суток. Профилактика. После курса антимикробной терапии необходимы повторные (каждые 2 недели) посева мочи.

Мочекаменная болезнь у беременных встречается редко. Заболевание может проявляться почечной коликой и гематурией. Диагноз подтверждают с помощью экскреторной урографии. Лечение включает обезболивание и введение большого числа жидкостей. При неэффективности показано оперативное лечение.

Пороки развития почек и мочевых путей повышают риск их инфекции, а также повышения внутрилоханочного давления. Риск перинатальной патологии.

Беременность на фоне болезней почек. Гломерулонефрит. Артериальная гипертония в первой половине беременности повышает риск преждевременных родов, ВУЗР и смерти новорожденного. Исход беременности зависит от величины АД, от тяжести и длительности нефротического синдрома. При тяжелой артериальной гипертонии или выраженной азотемии показано прерывание беременности.

Поражение почек при системных заболеваниях. У беременных повышается риск преэклампсии и поражения почек. Системная красная волчанка. Прогноз для беременности благоприятен, если зачатие произошло на фоне ремиссии заболевания, длящейся более 6 мес., а уровень креатинина ниже 1,5 мг%. При обострении СКВ повышается риск гибели плода и осложнений у матери. Появление протеинурии у беременных с сахарным диабетом свидетельствует о диабетической нефропатии. Артериальная гипертония с поражением почек резко повышает риск преэклампсии, которая может возникать в ранние сроки беременности, серповидноклеточная анемия и родственные заболевания повышают риск некроза почечных сосочков.

Острая почечная недостаточность характеризуется острым нарастанием азотемии вследствие неспособности почек экскретировать креатинин и другие продукты метаболизма. Преренальная ОПН может возникнуть в результате потерь жидкости и электролитных нарушений, абсолютного и относительного уменьшения ОЦК. Профилактика заключается в быстром восстановлении ОЦК с помощью препаратов крови, коллоидных и солевых растворов. Преэклампсия и эклампсия характеризуются повышенной чувствительностью почек к ишемии. Лечение включает родоразрешение, гипотензивную и инфузионную терапию. Острая жировая дистрофия печени и синдром HELLP у беременных осложняется ОПН. Летальность связана с поражением печени. Острый канальцевый некроз – синдром, причинами которого могут быть артериальная гипотония, спазм сосудов, ДВС-синдром, переливание несовместимой крови и инфекции. Лечение включает диету, ограничение жидкости, при необходимости гемодиализ. Двусторонний некроз коркового вещества почек обычно связан с преждевременной отслойкой плаценты, маточным кровотечением, эмболией околоплодными водами, длительным пребыванием мертвого плода в матке, реже с преэклампсией. Послеродовая ОПН развивается в период от нескольких суток до 10 недель после родов, независимо от течения беременности. Прогноз неблагоприятный. Однако благодаря гемодиализу и лечению нарушений гемостаза продолжительность жизни этих больных увеличилась. Хроническая почечная недостаточность. В случае вынашивания беременность часто сопровождается артериальной гипертонией, кровотечением из половых путей и рождением маловесных детей. Гемодиализ проводят чаще.

Беременность на фоне трансплантации почки. Показано постоянное наблюдение нефролог, контроль АД, фильтрационной и реабсорбционной функции почек, а также частые посевы мочи. Чем лучше трансплантат функционирует до зачатия, тем лучше исход беременности.

Контрольные вопросы:

1. Физиологические изменения МВС во время беременности
2. Инфекция мочевых путей. Бессимптомная бактериурия
3. Острый пиелонефрит. Лечение. Профилактика.
4. Мочекаменная болезнь. Лечение. Профилактика

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

75. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике : рук. / Э. К. Айламазян. - Изд. 4-е, перераб. и доп.. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 400 с.

76. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.
77. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
78. Заболевания мочеполовых органов : справ. для практ. врачей / Ю. Г. Аляев и др.; под общ. ред. Ю. Г. Аляева.- М.: Литтерра, 2007.- Вып. 1. - 120 с.
79. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
80. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.

2. Дополнительная литература

59. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
60. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
61. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
62. Серов В.Н., Сухих Г.Т., Баранов И.И., Пырегов А.В., Тютюнник В.Л., Шмаков Р.Г. Неотложные состояния в акушерстве: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2013. – 784с.
63. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.
64. Экстрагенитальная патология у беременных : учеб. пособие / [сост. : Н. Ф. Одинцова, М. В. Дударев] ; под ред. М. В. Дударева ; ГБОУ ВПО ИГМА, каф. поликллин. терапии с курсами клин. фармакологии и профилактик. мед. ФПК и ПП. - Ижевск : ИГМА, 2013. - 92 с.

Код 5.6. Тема. Сахарный диабет и беременность.**Цикл:** ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».**Контингент обучающихся:** заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций**Цель:** Информирование слушателей о гестационном и сахарном диабете.**План лекции.**

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	5
2.	Выступление преподавателя..	30
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Гестационный сахарный диабет: ИЗСД, ИНСД
2. Этиология, патогенез, клиника.
3. Течение беременности и родов.
4. Особенности в/у развития плода.
5. Перинатальные осложнения
6. Принципы терапии
7. Родоразрешение.
8. Реабилитация матери и ребенка
9. Оценка лабораторных методов диагностики.
10. Оценка данных ультразвуковых методов

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук.**Краткое изложение материала**

Актуальность проблемы. Современные представления о состоянии углеводного обмена в динамике гестации. Сахарный диабет. Классификации нарушений углеводного обмена во время беременности. Гестационный сахарный диабет (ГСД). Определение. Классификация. Факторы риска и этиология ГСД. Диагностика нарушений углеводного обмена во время беременности: скрининг-тест, определение глюколотерантного теста. Течение беременности и родов при ГСД. Особенность внутриутробного развития плода при ГСД, перинатальные осложнения. Компенсация нарушений углеводного обмена во время беременности: принципы диетотерапии, инсулинотерапия.

Ведение беременности, родов при ГСД. Реабилитация. Послеродовая контрацепция. Прегравидарная подготовка последующей беременности. Прегестационный сахарный диабет. Инсулинзависимый СД. Инсулиннезависимый СД. Оценка степени компенсации СД во время беременности. Противопоказания к пролонгированию беременности. Клиническое течение сахарного диабета во время беременности, течение. Перинатальные осложнения, осложнения в гестации и в родах. Ведение беременных с сахарным диабетом в женской консультации. Ведение беременных с тяжелыми формами СД. Показания к госпитализации. Принцип терапии. Тактика родоразрешения при СД. Состояние новорожденных, родившихся от матерей с СД. Коматозные состояния при СД. Гипергликемическая кома. Гипогликемическая кома. Послеродовая реабилитация матери. Контрацепция пациенток с СД. Прегравидарная подготовка последующей беременности.

Контрольные вопросы:

1. . Тактика ведения, показания к прерыванию беременности при сахарном и гестационном диабете..
2. Тактика родоразрешения при сахарном диабете.
3. Состояние новорожденных, родившихся от матерей с СД.

Рекомендуемая литература

1. Основная литература

81. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике : рук. / Э. К. Айламазян. - Изд. 4-е, перераб. и доп.. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 400 с.

82. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

83. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

84. Заболевания мочеполовых органов : справ. для практ. врачей / Ю. Г. Аляев и др.; под общ. ред. Ю. Г. Аляева.- М.: Литтерра, 2007.- Вып. 1. - 120 с.

85. Руководство по амбулаторно-полик-линической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

86. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.

2. Дополнительная литература

65. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004

66. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

67. Серов В.Н., Сухих Г.Т., Баранов И.И., Пырегов А.В., Тютюнник В.Л., Шмаков Р.Г. Неотложные состояния в акушерстве: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2013. – 784с.

68. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

69. Экстрагенитальная патология у беременных : учеб. пособие / [сост. : Н. Ф. Одинцова, М. В. Дударев] ; под ред. М. В. Дударева ; ГБОУ ВПО ИГМА, каф. поликл. терапии с курсами клин. фармакологии и профилакт. мед. ФПК и ПП. - Ижевск : ИГМА, 2013. - 92 с.

Код 5.7. Тема. Заболевания щитовидной железы и беременность

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: Информирование слушателей о расстройствах щитовидной железы и беременности.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (90мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Доклад преподавателя.	70
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

- 1.Эпидемиологические данные.
- 2.Классификация заболеваний щитовидной железы.
- 3.Скрининг и первичная профилактика.
- 4.Диагностика.
- 5.Клиническая картина.
 - Гипотиреоз.
 - Гипертиреоз.
 - Тиреоидиты.
- 6.Лабораторно-инструментальные исследования.
- 7.Лечение.

Перечень оборудования и методического оснащения : учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, демонстрация клинического случая..

Краткое изложение материала.

По данным ВОЗ около 2 млрд. жителей Земли живут в условиях йодного дефицита. Недостаточное потребление йода угрожает здоровью более чем 100 млн. жителей РФ, в том числе создает угрозу нормальному физическому и умственному развитию 32,8 млн. детей. Диффузный Тиреоидный зоб выявляют в среднем у 20% россиян. Частота коллоидного зоба, связанного с йодной недостаточностью, у женщин старше 30 лет достигает 30%.

При заболеваниях щитовидной железы у 15-40% женщин отмечается нарушение менструального цикла. Бесплодие и невынашивание беременности. Особую значимость в акушерстве приобретают субклинические формы патологии ввиду затруднений при их диагностике.

Гормоны щитовидной железы являются модуляторами процессов дифференцировки и роста тканей и крайне необходимы для нормального развития человека. Поэтому их недостаток у плода или новорожденного приводит к формированию креатинизма с различными врожденными нарушениями и тяжелой необратимой задержкой умственного развития.

Контрольные вопросы:

- 1.Классификация заболеваний щитовидной железы.
- 3.Скрининг и первичная профилактика.
- 4.Диагностика.
- 5.Клиническая картина.
- 7.Лечение во время беременности

Рекомендуемая литература**1. Основная литература**

87. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике : рук. / Э. К. Айламазян. - Изд. 4-е, перераб. и доп.. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 400 с.

88. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

89. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

90. Заболевания мочеполовых органов : справ. для практ. врачей / Ю. Г. Аляев и др.; под общ. ред. Ю. Г. Аляева.- М.: Литтерра, 2007.- Вып. 1. - 120 с.

91. Руководство по амбулаторно-полик-линической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

92. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.

2. Дополнительная литература

70. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004

71. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

72. Серов В.Н., Сухих Г.Т., Баранов И.И., Пырегов А.В., Тютюнник В.Л., Шмаков Р.Г. Неотложные состояния в акушерстве: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2013. – 784с.

73. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

74. Экстрагенитальная патология у беременных : учеб. пособие / [сост. : Н. Ф. Одинцова, М. В. Дударев] ; под ред. М. В. Дударева ; ГБОУ ВПО ИГМА, каф. поликл. терапии с курсами клин. фармакологии и профилактик. мед. ФПК и ПП. - Ижевск : ИГМА, 2013. - 92 с.

Код 5.8. Тема. Беременность и заболевания крови. Анемия беременных (железодефицитная).

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: Информирование слушателей о беременности и заболеваниях органов мочевого выделения.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	5
2.	Доклад преподавателя.	30
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Классификация анемий.
2. Диагностика анемии у беременных.
3. Тактика ведения беременных с анемиями.
4. Лечение анемий у беременных.
5. Профилактика анемий.

Перечень оборудования и методического оснащения : учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, демонстрация клинического случая..

Краткое изложение материала.

Анемия самая частая патология беременности. Критерии анемии беременных: уровень гемоглобина ниже 110 г/л в I и III триместрах беременности и ниже 105 г/л во II триместре беременности либо гематокрит ниже 32%. Анемией страдают примерно 56% беременных в зависимости от места жительства и социально-экономического положения. В I триместре беременности анемией страдают 4% женщин, а к III триместру эти показатели возрастают до 19%. Легкая анемия протекает бессимптомно, тяжелая проявляется бледностью, утомляемостью, потерей аппетита, слабостью, одышкой и отеками. Обследование. Прогноз для матери. Прогноз для плода. Отдельные виды анемий: железодефицитная анемия (причины, диагностика, дифференциальная диагностика, тактика ведения); анемия при хронических заболеваниях; фолиеводефицитная анемия (диагностика, лечение и профилактика, профилактика и лечение пороков развития у плода, прогноз); В₁₂-дефицитная анемия (диагностика, лечение).

Контрольные вопросы:

1. Ведение беременности при заболевании анемией.
2. Показания к досрочному прерыванию беременности
3. Тактика ведения беременных с анемиями
4. Ведение послеродового периода

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

93. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике : рук. / Э. К. Айламазян. - Изд. 4-е, перераб. и доп.. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 400 с.

94. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

95. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

96. Заболевания мочеполовых органов : справ. для практ. врачей / Ю. Г. Аляев и др.; под общ. ред. Ю. Г. Аляева.- М.: Литтерра, 2007.- Вып. 1. - 120 с.

97. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

98. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.

2. Дополнительная литература

75. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004

76. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

77. Серов В.Н., Сухих Г.Т., Баранов И.И., Пырегов А.В., Тютюнник В.Л., Шмаков Р.Г. Неотложные состояния в акушерстве: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2013. – 784с.

78. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

79. Экстрагенитальная патология у беременных : учеб. пособие / [сост. : Н. Ф. Одинцова, М. В. Дударев] ; под ред. М. В. Дударева ; ГБОУ ВПО ИГМА, каф. поликлин. терапии с курсами клин. фармакологии и профилактик. мед. ФПК и ПП. - Ижевск : ИГМА, 2013. - 92 с.

Код 5.9. Тема. Беременность и инфекционные заболевания. TORCH – инфекция.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: Информирование слушателей о TORCH инфекции у беременных.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	5
2.	Доклад преподавателя.	30
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Понятие, этиология и патогенез инфекционных заболеваний у беременных женщин.
2. Основные пути распространения внутриутробной инфекции.
3. Алгоритм обследования беременных женщин для выявления инфицирования, выделение пациенток группы риска по внутриутробному инфицированию плода.
4. Лабораторные методы обследования беременных: вирусологический, цитологический, сероиммунологический метод, метод определения вирусного генома, метод выделения культуры возбудителя.
5. Основные виды возбудителей внутриутробного инфицирования: сифилис, гонококковая инфекция, хламидиоз, уреаплазмоз, листериоз, стрептококковая инфекция, бактериальный вагиноз, цитомегаловирусная инфекция, герпес, грипп, вирусные гепатиты, эпидемический паротит, корь, краснуха, токсоплазмоз, вирус Эпштейн-Барр, ветряная оспа, папилломавирусная инфекция, туберкулез, ВИЧ-инфекция.
6. Клинические проявления.
7. Принципы лечения и профилактики внутриутробного инфицирования.
8. Прогноз для матери и плода.

Перечень оборудования и методического оснащения : учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, демонстрация клинического случая..

Краткое изложение материала.

Инфекционные заболевания у беременных женщин, их понятие, этиология и патогенез. Основные пути распространения внутриутробной инфекции. Алгоритм обследования беременных женщин для выявления инфицирования, выделение пациенток группы риска по внутриутробному инфицированию плода. Основные методы обследования беременных и диагностики инфицирования. Основные возбудители, вызывающие внутриутробное инфицирование: сифилис, гонококковая инфекция, хламидиоз, уреаплазмоз, листериоз, стрептококковая инфекция, бактериальный вагиноз, цитомегаловирусная инфекция, герпес, грипп, вирусные гепатиты, эпидемический паротит, корь, краснуха, токсоплазмоз, вирус Эпштейн-Барр, ветряная оспа, папилломавирусная инфекция, туберкулез, ВИЧ-инфекция. Принципы лечения и профилактики внутриутробного инфицирования.

Контрольные вопросы:

1. Ведение беременности при TORCH инфекции
2. Основные пути распространения внутриутробной инфекции.
3. Алгоритм обследования беременных женщин .
4. Тактика ведения беременных с ВУИ плода.
5. Прогноз для плода при ВУИ.

Рекомендуемая литература**1. Основная литература**

99. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике : рук. / Э. К. Айламазян. - Изд. 4-е, перераб. и доп.. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 400 с.

- 100.Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.
- 101.Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
- 102.Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
- 103.Общая врачебная практика по Джону Нобелю / под ред. Дж. Нобеля; пер. с англ. под ред. Е. Р. Тимофеевой, Н. А. Федоровой.- Кн. 1. – М., 2005.- 416 с.
- 104.Полякова, В. А. Современная гинекология / В. А. Полякова. - Тюмень : Изд-во ФГУИПП, 2004. – 608 с.
- 105.Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
- 106.Руководство по амбулаторно-полик-линической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
- 107.Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.

2. Дополнительная литература

80. Беременность и перинатальные инфекции : учеб. пособие для системы послевуз. и доп. проф. образования врачей [УМО] / [сост. : Ф. К. Тетелютина и др.] ; ГБОУ ВПО ИГМА, каф. акушерства и гинекологии. - Ижевск : ИГМА, 2013. - 106 с.
81. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
82. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.
83. Экстрагенитальная патология у беременных : учеб. пособие / [сост. : Н. Ф. Одинцова, М. В. Дударев] ; под ред. М. В. Дударева ; ГБОУ ВПО ИГМА, каф. поликлин. терапии с курсами клин. фармакологии и профилактик. мед. ФПК и ПП. - Ижевск : ИГМА, 2013. - 92 с.

Код 6.1. Тема. Кровотечения во время беременности.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: Информирование слушателей о кровотечениях во время беременности

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Доклад преподавателя.	70
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Причины кровотечений во время беременности.
2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты в I, II периодах родов.
3. Современные принципы возмещения кровопотери в акушерстве.
4. Лечение геморрагического шока.

Перечень оборудования и методического оснащения : учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, демонстрация клинического случая..

Краткое изложение материала.

Кровотечения в первой половине беременности (самопроизвольный выкидыш, шеечно-перешеечная беременность, пузырный занос). Клиника. Лечение. Профилактика. Реабилитация. Роль женской консультации в предупреждении вышеуказанной патологии.

Кровотечения во второй половине беременности: предлежание плаценты, низкая плацентация, преждевременная отслойка плаценты. Дифференциальная диагностика. Особенности кровотечения при предлежании плаценты и при преждевременной отслойке плаценты. Факторы риска. Причины. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика. Современные подходы к ведению беременности и родов. Особенности родоразрешения. Профилактическая борьба с геморрагическим шоком. Эфферентные методы в лечении и профилактике акушерских кровотечений. Аутоплазмодонорство. Осложнения послеродового (послеоперационного) периода. Профилактика. Реабилитация. Роль женской консультации в своевременной диагностике факторов риска акушерских кровотечений, профилактика и реабилитация.

Предлежание плаценты. Определение. **Эпидемиология. Классификация.** Во время беременности различают: полное предлежание, неполное (частичное) предлежание, низкое предлежание. Четыре степени предлежания плаценты (по УЗИ). **Этиология. Клиническая картина.** При предлежании плаценты возникают следующие осложнения беременности: угроза прерывания; железодефицитная анемия; неправильное положение и тазовое предлежание плода в силу наличия препятствия вставлению головки в малый таз; хроническая гипоксия и ЗРП за счёт плацентации в нижнем сегменте и относительно низкого кровотока в этом отделе матки. **Диагностика. Физикальное исследование. Инструментальные исследования. Скрининг. Тактика ведения беременности и родов. Лечение. Показания к госпитализации. Немедикаментозное лечение. Медикаментозное лечение. Хирургическое лечение. Профилактика.**

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Эпидемиология. Классификация. Этиология. Предрасполагающие факторы ПОНРП. Во время беременности: сосудистая экстрагенитальная патология (АГ, гломерулонефриты); эндокринопатии (СД); аутоиммунные состояния (АФС, системная красная волчанка); аллергические реакции на декстраны, гемотрансфузию; гестоз, особенно на фоне гломерулонефрита; инфекционноаллергические васкулиты; генетические дефекты гемостаза, предрасполагающие к тромбозам. Во время родов: излитие ОВ при

многоводии; гиперстимуляция матки окситоцином; рождение первого плода при многоплодии; короткая пуповина; запоздалый разрыв плодного пузыря. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Физикальное исследование. Инструментальное исследование. Лабораторные исследования. Скрининг. Дифференциальная диагностика. Лечение. Ведение родов. Исход для плода. Профилактика. Прогноз. Алгоритм обследования беременных, поступающих в стационар с кровяными выделениями.

Контрольные вопросы:

1. Структура акушерских кровотечений во время беременности..
2. Предлежание плаценты. Миграция плаценты.
3. Группы риска на предлежания плаценты.
4. Клиника, диагностика, лечение кровотечения во время беременности..
5. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

5. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике : рук. / Э. К. Айламазян. - Изд. 4-е, перераб. и доп.. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 400 с.

6. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

Дополнительная литература:

2. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб. пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

3. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

Код 6.2. Тема. Кровотечения во время родов.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: Информирование слушателей о кровотечениях во время родов.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Доклад преподавателя.	70
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

5. Причины кровотечений во время родов.
6. Современные принципы возмещения кровопотери в акушерстве.
7. Лечение геморрагического шока.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедиа, истории болезни, слайды.

Краткое изложение материала.

От кровотечений, связанных с родами. Ежегодно умирают 125000 женщин. материнская смертность от акушерских кровотечений и геморрагического шока в РФ за 2001-2005 гг. составляет 63-107 на 100000 живорожденных или 15,8-23,1% в структуре материнской смертности. Лечение геморрагического шока: первые мероприятия (объективное исследование), инфузионная терапия (введение солевых и коллоидных растворов, при необходимости препараты крови), дополнительные исследования (содержание натрия и калия в сыворотке крови, кислотно-щелочного равновесия).

Контрольные вопросы:

1. Аномалии прикрепления плаценты, причины, клиника, диагностика, врачебная тактика.
2. Врачебная тактика при преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты в I, II периодах родов.
3. Гипотонические кровотечения в послеродовом периоде; причины, методы остановки.
4. Причины и патогенез массивных кровотечений. Методы лечения (перевязка магистральных сосудов и др.).
5. Реабилитация женщин, перенесших массивную кровопотерю в родах.

Рекомендуемая литература:**Основная литература:**

7. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике : рук. / Э. К. Айламазян. - Изд. 4-е, перераб. и доп.. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 400 с.

8. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

Дополнительная литература:

4.Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

5.Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

Код 6.3. Тема. Кровотечения в раннем и позднем послеродовом периоде.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: ознакомиться с клиникой, диагностикой и принципами лечения кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	5
2.	Доклад преподавателя.	30
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Причины кровотечений в раннем и позднем послеродовом периодах.
2. Особенности клинической картины.
3. Тактика врача при кровотечениях в раннем и позднем послеродовом периодах.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедиа, истории болезни, слайды.

Краткое изложение материала.

Частота кровотечений в раннем послеродовом периоде составляет 2-5% от общего количества родов. Кровотечения в послеродовом периоде - состояние, когда общая кровопотеря в третьем периоде родов и первые 24 часа после родов через естественные родовые пути превышает 500 мл. Причины и факторы риска. Первоочередные меры. Лечение отдельных состояний: атония матки, разрывы мягких тканей родовых путей, задержка частей плаценты, гематомы, разрыв матки, выворот матки, плотное прикрепление плаценты, нарушение обратного развития матки после родов.

Продолжительность нормального послеродового периода. Механизм остановки кровотечения в последовом периоде. Причины кровотечения в последовом периоде. Аномалии прикрепления плаценты, диагностика, клиника, акушерская тактика. Причины гипо и атонического кровотечения в раннем послеродовом периоде, клиника, диагностика, методы лечения гипотонического кровотечения. Показания для хирургических методов лечения при гипотоническом кровотечении. Причины ДВС-синдрома, клиника, диагностика, основные принципы лечения ДВС-синдрома, профилактика.

Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах. Основные причины. Диагностика. Профилактика. Лечение. Оказание неотложной помощи. Роль женской консультации в профилактике акушерских кровотечений. Реабилитация после перенесенных тяжелых кровотечений.

Поздние послеродовые кровотечения. Причины. Лечение. Профилактика.

Основные причины материнской смертности от акушерских кровотечений (недостаточное обследование, недооценка состояния и кровопотери, неадекватная инфузионная терапия). Особенности акушерских кровотечений. Этапность борьбы с акушерскими кровотечениями. Особенности инфузионно-трансфузионной терапии на современном этапе. Иммунологическая и инфекционная опасность переливания цельной крови. Неблагоприятные последствия гемотрансфузий.

Современные кровезаменители: гетерогенные коллоидные плазмозамещающие растворы (декстраны, препараты на основе желатина, крахмала). Особенности инфузионной терапии в акушерской практике.

Контрольные вопросы:

1. Причины кровотечений в раннем и позднем послеродовом периодах.
2. Особенности клинической картины.
3. Тактика врача при кровотечениях в раннем и позднем послеродовом периодах.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

9. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике : рук. / Э. К. Айламазян. - Изд. 4-е, перераб. и доп.. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 400 с.

10. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

Дополнительная литература:

6.Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

7.Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

Код 6.4. Тема. Шоки и терминальные состояния в акушерстве и гинекологии. Эмболия околоплодными водами.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: Информирование слушателей о шоке и терминальном состоянии в акушерстве.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (135 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Доклад преподавателя.	105
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	20

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Геморрагический шок. Этиология. Диагностика. Клиническая картина. Лабораторные и инструментальные исследования.
2. HELLP-синдром. Этиология. Диагностика. Клиническая картина. Лабораторные и инструментальные исследования.
3. ДВС-синдром. Этиология. Диагностика. Клиническая картина. Лабораторные и инструментальные исследования.
4. Эмболия околоплодными водами. Этиология. Диагностика. Клиническая картина. Лабораторные и инструментальные исследования.
5. Принципы лечения. Общие противошоковые мероприятия.
6. Катетеризация подключичных вен.
7. Вопросы переливания препаратов крови.
8. Отдельные методы лечения шока. Геморрагический шок: гипертонический солевой раствор, пневматический противошоковый костюм, кровезаменители.
10. Современные принципы возмещения кровопотери в акушерстве.
11. Последствия шока.

Перечень оборудования и методического оснащения : учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, демонстрация клинического случая..

Краткое изложение материала.

Геморрагический шок. Определение. Эпидемиология. Профилактика. Этиология. Патогенез в зависимости от количества потерянного ОЦК. Классификация. Четыре класса в зависимости от величины кровопотери. Клиническая картина и диагностика. Определение выраженности геморрагического шока во время беременности и в раннем послеродовом периоде. Лечение. Во время беременности. Экстренное родоразрешение и применение утеротоников. Селективная эмболизация маточных артерий. Гемостатические швы. Перевязка магистральных сосудов и/или перевязка маточных артерий. Гистерэктомия. После родов: наружный массаж матки; утеротоники; ручное обследование матки; ушивание разрывов родовых путей. Ручное обследование. Внутриматочная баллонная тампонада (тампонадный тест). Реанимационное пособие осуществляют по схеме ABC: дыхательные пути (airway), дыхание (breathing) и кровообращение (circulation). Мониторинг инфузионной терапии. Восстановление кислородотранспортной функции крови. Трансфузия эритроцитарной массы. Аутодонорство, острая нормоволемическая и гипervолемическая гемодилюция. Коррекция свёртывающей системы крови. ДВС-синдром. Криопреципитат. Тромбоконцентрат. Антифибринолитики. Концентрат антитромбина III. Рекомбинантный фактор VIIa. Послеоперационная терапия. Проводят профилактику, диагностику и лечение возможных проявлений ПОН. Прогноз.

HELLP-синдром. Эпидемиология. Классификация. Этиология. Иммуносупрессия (депрессия Т-лимфоцитов и В-лимфоцитов). Аутоиммунная агрессия (антитромбоцитарные, антиэндотелиальные АТ). Уменьшение отношения

простаглицлин/тромбоксан (снижение продукции простаглицлинстимулирующего фактора). Изменения в системе гемостаза (тромбоз сосудов печени). АФС. Генетические дефекты ферментов печени. Применение лекарственных препаратов (тетрациклин, хлорамфеникол). Факторы риска развития HELLP-синдрома: светлая кожа, возраст беременной старше 25 лет, многогрозавшие женщины, многоплодная беременность, выраженная соматическая патология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лабораторные исследования инструментальные исследования. КТ и МРТ. Дифференциальная диагностика. Цели лечения. Показания к госпитализации. Немедикаментозное лечение. Экстренное родоразрешение на фоне инфузионно-трансфузионной терапии под наркозом. Медикаментозное лечение. Сроки и методы родоразрешения. Оценка эффективности лечения. Профилактика. Прогноз.

Синдром диссеминированного внутрисосудистого свёртывания крови (ДВС-синдром) — приобретённое тромбгеморрагическое нарушение, возникающее в результате чрезмерного образования тромбина и плазмина в периферической крови. Этиология. Патогенез. Повреждение тканей. Повреждение эндотелия. Поражение тромбоцитов и макрофагов. Активация системы свёртывания крови. Действия тромбина и их результат. Действия плазмина и их результат. Образование тромбина. Клиническая картина. Стадии (фазы) ДВС-синдрома. Гиперкоагуляция; Коагулопатия потребления; Гипокоагуляция. Молниеносная форма. Острая форма. Подострая форма. Хроническая форма. Главные клинические проявления ДВС-синдрома: тромботические явления; геморрагический синдром; микроциркуляторные нарушения; ПОН; анемия; нестабильная гемодинамика; шок и формирование шоковых органов. Диагностика. Лабораторные исследования. Цели лечения. Ликвидации основной причины, вызвавшей ДВС; Нормализации гемодинамики; Нормализации свёртывания крови. Медикаментозное лечение. Сроки и методы родоразрешения.

Эмболия околоплодными водами — осложнение, вызванное проникновением АЖ в кровотоки матери, что приводит к развитию шока и тромбгеморрагического синдрома. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Исследование системы гемостаза. ЭКГ и рентгенологическое исследование грудной клетки. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. Прогноз.

Контрольные вопросы:

1. Геморрагический шок Диагностика. Клиническая картина
2. Группы риска на кровотечение в родах и послеродовом периоде.
3. Клинико-диагностические критерии геморрагического шока.
4. Тактика лечения.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

1. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике : рук. / Э. К. Айламазян. - Изд. 4-е, перераб. и доп.. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 400 с.
2. Колесниченко, А. П. Острый ДВС-синдром при критических состояниях в акушерско-гинекологической клинике : рук. для врачей / А. П. Колесниченко, Г. В. Грицан, А. И. Грицан.- СПб.: СпецЛит, 2008. -111 с.
3. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.

Дополнительная литература:

4. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

Код 7.1. Тема. Ранние токсикозы беременности**Цикл:** ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».**Контингент обучающихся:** заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций**Цель:** ознакомить слушателей с ранним токсикозом (рвотой беременных).**План лекции.**

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Выступление преподавателя	70
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Основные клинические формы раннего гестоза.
2. Основные клинические формы рвоты беременных.
3. Этиология, теории развития раннего токсикоза.
4. Клиническая картина и степени тяжести рвоты беременных.
5. Диагностика и дифференциальная диагностика рвоты беременных.
6. Лечение рвоты беременных. Показания для госпитализации в стационар. Показания для прерывания беременности.

Перечень оборудования и методического оснащения : учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, демонстрация клинического случая..**Краткое изложение материала:**

Важную роль в развитии заболевания играют нарушения взаимоотношения деятельности ЦНС и внутренних органов. Важное значение имеет преобладание возбуждения в подкорковых структурах ЦНС (ретикулярной формации, центрах регуляции продолговатого мозга). К факторам, предрасполагающим к развитию токсикозов, относят хронические заболевания ЖКТ, печени, а также астенический синдром. По степени тяжести рвота беременных может быть легкой, средней и тяжелой или чрезмерной. При чрезмерной рвоте прогноз не всегда благоприятный. Признаками угрожающего состояния, определяющими показания к экстренному прерыванию беременности, бывают нарастание слабости, адинамии, эйфория или бред, тахикардия (до 110–120 уд/мин), гипотензия (до 90–80 мм рт.ст.), желтушность кожи и склер, боли в правом подреберье, снижение диуреза (до 300–400 мл в сутки), гипербилирубинемия (в пределах 100 мкмоль/л), повышение уровня остаточного азота, мочевины, протеинурия, цилиндрурия. Установить диагноз рвоты беременных несложно. Для определения степени тяжести рвоты необходимо клиническое обследование больной: исследование общего анализа крови и мочи; определение в динамике Ht, содержания в крови билирубина, остаточного азота и мочевины, электролитов (калий, натрий, хлориды), общего белка и белковых фракций, трансаминаз, показателей КОС, глюкозы. В моче определяют уровень ацетона, уробилина, желчных пигментов, белка. Цель лечения — восстановление водно-солевого обмена, метаболизма, функций жизненно важных органов.

Контрольные вопросы:

1. Клинические проявления раннего гестоза.
2. Этиология ранних гестозов.
3. Особенности течения и ведения беременности у женщин с ранним гестозом.
4. Лечение ранних гестозов.
5. Беременность и клинические проявления рвоты беременных.
6. Особенности течения и ведения беременности у женщин с ранним токсикозом.
7. Немедикаментозные методы лечения рвоты беременных.

Рекомендуемая литература:**Основная литература:**

11. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике : рук. / Э. К. Айламазян. - Изд. 4-е, перераб. и доп.. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 400 с.

12. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

Дополнительная литература:

8.Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

9.Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

Код 7.2.Тема Гестозы. Преэклампсия. Эклампсия.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель занятия: Информирование слушателей о преэклампсии и эклампсии.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (180 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Доклад преподавателя.	150
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	20

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Патогенез поздних гестозов. Понятие о гестозе как синдроме полиорганной недостаточности.
2. Классификация гестозов по МКБ 10 и отечественной.
3. Клинические формы гестозов: преэклампсия тяжелой степени, эклампсия и атипические- HELLP синдром, острый жировой гепатоз.
4. Клинические критерии преэклампсии различной степени тяжести и возможного припадка эклампсии.
5. Критерии оценки степени тяжести гестоза. Показания к госпитализации.
6. Терапия каждой клинической формы.
7. Акушерская тактика.
8. Влияние гестоза на исходы для матери и плода.

Перечень оборудования и методического оснащения: учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, демонстрация клинического случая..

Краткое изложение материала.

Гестозы (поздние токсикозы беременных). Основные звенья патогенеза. Международная и отечественная классификация. Факторы достоверного риска. Профилактика в условиях женской консультации. Клиника. Диагностика. Диагностика гестоза доклинической стадии. Основные клинические симптомы. ДВС-синдром при развитии гестоза. Оценка показателей гемостазиограммы. Состояние фетоплацентарной системы при гестозе. Оценка степени тяжести гестоза. Патогенетические варианты нарушения системной материнской гемодинамики (гиперкинетический, эукинетический, гипокинетический, нарушение мозговой гемодинамики). Основные критерии степени тяжести гестоза: раннее начало, длительное течение, особенности фоновой патологии. Тактика врача. Критические формы гестозов (преэклампсия, эклампсия, преждевременная отслойка плаценты, осложнений артериальной гипертензии со стороны органа зрения). Острая органная недостаточность: плацентарная, почечная, почечно-печеночная, церебральная. Осложнения гестозов со стороны печени (острый жировой гепатоз, HELLP-синдром). Лечение. Особенности инфузионной терапии в зависимости от степени тяжести. Коррекция коллоидно-осмотического давления при тяжелом гестозе, острой почечной недостаточности. Ведение беременности и родов при легком, среднетяжелом и тяжелом гестозе. Методы родоразрешения. Профилактика кровотечения. Особенности патогенеза кровотечения (коагулопатия). Интенсивная терапия. Досрочное родоразрешение. Экстракорпоральные методы детоксикации (плазмаферез и ультрафильтрация). Показания к кесареву сечению. Послеродовая терапия. Реабилитация. Эфферентные методы в лечении гестозов у беременных.

Патогенез поздних гестозов. Понятие о гестозе как синдроме полиорганной недостаточности. Классификация гестозов по МКБ 10 и отечественной. Клинические формы гестозов: преэклампсия легкой, средней, тяжелой степени, эклампсия и атипические- HELLP синдром, острый жировой гепатоз. Клинические критерии

преэклампсии различной степени тяжести и возможного припадка эклампсии. Критерии оценки степени тяжести гестоза. Показания к госпитализации. Комплексная терапия. Группы гипотензивных препаратов, применяемых при лечении гестозов. Терапия каждой клинической формы. Акушерская тактика. Влияние гестоза на исходы для матери и плода.

Контрольные вопросы:

2. Патогенез поздних гестозов. Понятие о гестозе как синдроме полиорганной недостаточности.
3. Классификация гестозов по МКБ 10 .
4. Клинические формы гестозов:
5. Клинические критерии преэклампсии различной степени тяжести.
6. Критерии оценки степени тяжести гестоза.
7. Клинические формы гестозов: преэклампсия тяжелой степени,
8. эклампсии
9. атипической формы- HELLP синдром и острый жировой гепатоз.
10. Критерии оценки степени тяжести гестоза. Показания к госпитализации.
11. Терапия каждой клинической формы.
12. Акушерская тактика.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

13. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике : рук. / Э. К. Айламазян. - Изд. 4-е, перераб. и доп.. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 400 с.

14. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

Дополнительная литература:

10. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

11. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

Код 8.1. Тема. Нейрогуморальная регуляция репродуктивной системы в периоде ее развития.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: Информирование слушателей о нейрогуморальной регуляции репродуктивной системы в период ее развития.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Доклад преподавателя.	30
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Задачи, решаемые в процессе лекции:

- 1.Классификация периодов созревания женской репродуктивной системы.
- 2.Этапы развития репродуктивной системы (внутриутробный, период детства, препубертатный и пубертат)
3. Особенности развития органов репродуктивной системы по этапам развития женского организма.
4. Период полового созревания. Физиология. Клиника физиологического пубертата.
5. Отклонения формирования репродуктивной системы в период роста и развития женского организма. Половая формула.

Краткое изложение материала:

Развитие женского организма от рождения до созревания разделяются на отдельные периоды, которые характеризуются отдельными морфологическими и эндокринными особенностями. Классификация периода созревания женского организма основано на признаках морфологической и эндокринной зрелости. Период внутриутробного развития, формирование репродуктивной системы проходит через этапы: формирование генетического пола, формирование внутренних половых органов, формирование наружных половых органов. Развитие гонад, матки, маточных труб наружных половых органов. Период новорожденности. Нейтральный период. Период полового созревания. Созревание анатомического и функционального формирования – половых органов и регуляции репродуктивной системы. Соматические изменения, сопровождающие начало, развитие и окончание полового созревания у девочек, клинические проявления и развитие вторичных половых признаков. Развитие молочных желез, оволесение на лобке и в подмышечной области, первые менструации. Понятие «гинекологический возраст». Половая формула. Рост и развитие скелета и соматических органов и систем.

Перечень оборудования и методического оснащения : учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, демонстрация клинического случая..

Контрольные вопросы:

- 1.Периоды созревания репродуктивной системы.
- 2.Характеристика этапов развития и становления репродуктивной системы: внутриутробный, новорожденности, нейтральный, предпубертат и пубертат.
3. Расчеты половой формулы при физиологическом пубертате, патологическом пубертате.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

108.Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

109.Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

110. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

111. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

112. Гуркин, Ю. А. Детская и подростковая гинекология : рук. для врачей / Ю.А. Гуркин.- М.: МИА, 2009.- 692 с.

113. Коколина, В. Ф. Детская гинекология : рук. для врачей / В. Ф. Коколина. - : МИА, 2001. - 368 с.

114. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

115. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.

116. Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.

2. Дополнительная литература

84. Акушерство от десяти учителей : учеб. пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004

85. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.

86. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб. пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

87. Уварова Е.В. Детская и подростковая гинекология. – М., 2012.

Код 8.2. Тема. Нейрогуморальная регуляция репродуктивной системы в репродуктивном возрасте.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: Информирование слушателей о нейрогуморальной регуляции репродуктивной системы.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Доклад преподавателя.	70
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Регуляция функции репродуктивной системы.
2. Структура и функция репродуктивной системы, уровни репродуктивной системы.
3. Репродуктивные органы репродуктивной системы: матка, яичники, трубы.
4. Менструальный цикл. Физиология, патология.

Краткое изложение материала:

Репродуктивная система состоит из совокупности конкретных структурных элементов: структур гипоталамуса и гипофиза, органов мишеней (маточные трубы, матка и др.), половых желез, обеспечивающих реализацию детородной функции. Уровни репродуктивной системы связаны между собой информационными сигналами, позволяющие функционировать как единое целое. Представление о структуре репродуктивной системы включает практически все отделы ЦНС. Гипофиз, как структурный элемент репродуктивной системы. Гипоталамус – медиобазальная и приоптико-супрахиазматическая области связаны функционированием репродуктивной системы. Анатомия и физиология гипофиза и гипоталамуса. Анатомо-физиологическая и гисто-физиологическая характеристика половых органов женщины в репродуктивном возрасте. Яичники, маточные трубы, матка. Менструальный цикл: ранняя стадия пролиферации, средняя стадия пролиферации и поздние стадии пролиферации. Ранняя стадия секреции, средняя и поздняя стадия секреции. Истмическая часть и шейка матки, влагалище, вульва.

Перечень оборудования и методического оснащения : учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, демонстрация клинического случая..

Контрольные вопросы:

1. Уровни репродуктивной системы.
2. Характеристика структурных элементов репродуктивной системы.
3. Участие гипоталамуса в регуляции репродуктивной системы.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

117. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

118. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

119. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

120. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

121. Гуркин, Ю. А. Детская и подростковая гинекология : рук. для врачей / Ю.А. Гуркин. - М.: МИА, 2009. - 692 с.
122. Коколина, В. Ф. Детская гинекология : рук. для врачей / В. Ф. Коколина. - : МИА, 2001. - 368 с.
123. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
124. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.
125. Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.

2. Дополнительная литература

88. Акушерство от десяти учителей : учеб. пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова. - М.: МИА, 2004
89. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
90. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб. пособие /под ред. В. Е. Радзинского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
91. Уварова Е.В. Детская и подростковая гинекология. - М., 2012.

Код 8.3. Тема. Расстройства менструальной функции в подростковом возрасте.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: Информирование слушателей о расстройствах менструальной функции в подростковом возрасте.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	5
2.	Доклад преподавателя.	30
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

- 1.Этиология и патогенез ювенильных кровотечений.
- 2.Клинические формы ювенильных кровотечений.
- 3.Дифференциальный диагноз, методы обследования ювенильных кровотечений.
- 4.Принципы лечения ювенильных кровотечений.
- 5.Неотложная помощь.

Перечень оборудования и методического оснащения : учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, демонстрация клинического случая..

Краткое изложение материала.

Ювенильные кровотечения являются дисфункциональными маточными кровотечениями, возникающими в период становления менструальной функции. Основные этиологические факторы заболевания, патогенез, клинические формы ювенильного кровотечения, дифференциальный диагноз, а также лечение. Первый этап – мероприятия направленные на лечение в период кровотечения. Второй этап – профилактика рецидивов кровотечения, нормализация функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. Гормональная гемостатическая терапия, хирургическое лечение. Основные принципы подбора терапии для каждой клинической формы больных.

Контрольные вопросы:

- 1.Этиология и патогенез ювенильных кровотечений.
- 3.Методы обследования подростков с ювенильными кровотечениями.
- 4.Принципы лечения ювенильных кровотечений.
- 5.Неотложная помощь.

Рекомендуемая литература:**1. Основная литература**

126.Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

127.Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

128.Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

129.Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

130.Гуркин, Ю. А. Детская и подрост-ковая гинекология : рук. для врачей / Ю.А. Гуркин.- М.: МИА, 2009.- 692 с.

131.Коколина, В. Ф. Детская гинекология : рук. для врачей / В. Ф. Коколина. - : МИА, 2001. - 368 с.

132.Руководство по амбулаторно-полик-линической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

133.Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.

134.Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.

2. Дополнительная литература

92. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004

93. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.

94. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

95. Уварова Е.В. Детская и подростковая гинекология. – М., 2012.

Код 8.2.Тема Расстройства менструальной функции в репродуктивном возрасте.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: Информирование слушателей о расстройствах менструальной функции в репродуктивном возрасте.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Доклад преподавателя.	70
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Расстройства менструальной функции. Классификация.
2. Этиология, патогенез маточных кровотечений репродуктивного возраста.
3. Клинические формы маточных кровотечений репродуктивного возраста.
4. Диагностика и дифференциальная диагностика маточных кровотечений репродуктивного возраста и перименопаузального периода.
5. Медикаментозная терапия маточных кровотечений репродуктивного возраста.
6. Гормональная гемостатическая терапия.
7. Неотложная помощь при маточных кровотечениях репродуктивного возраста.
8. Показания к оперативному лечению.

Перечень оборудования и методического оснащения: учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, демонстрация клинического случая..

Краткое изложение материала.

Классификация расстройств менструальной функции. Наиболее распространенные расстройства менструальной функции: аменорея, дисфункциональные маточные кровотечения, дисменорея, аденогенитальный синдром, посткастрационный синдром и синдром гиперстимуляции яичников. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Принципы терапии при коррекции нарушений менструальной функции.

Маточные кровотечения репродуктивного возраста. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Медикаментозная симптоматическая терапия. Принципы гормонального лечения в зависимости от гистологической картины соскоба эндометрия. Ювенильные кровотечения являются дисфункциональными маточными кровотечениями, возникающими в период становления менструальной функции. Основные этиологические факторы заболевания, патогенез, клинические формы ювенильного кровотечения, дифференциальный диагноз, а также лечение. Первый этап – мероприятия направленные на лечение в период кровотечения. Второй этап – профилактика рецидивов кровотечения, нормализация функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. Гормональная гемостатическая терапия, хирургическое лечение. Основные принципы подбора терапии для каждой клинической формы больных.

Контрольные вопросы:

- 1.. Расстройства менструальной функции. Классификация..
 2. Клинические формы маточных кровотечений репродуктивного возраста.
 3. Диагностика и дифференциальная диагностика маточных кровотечений репродуктивного возраста и перименопаузального периода.
 4. Медикаментозная терапия маточных кровотечений репродуктивного возраста.
 5. Неотложная помощь при маточных кровотечениях репродуктивного возраста.
- Показания к оперативному лечению.

Рекомендуемая литература:**1. Основная литература**

- 135.Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.
- 136.Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
- 137.Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
- 138.Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
- 139.Гуркин, Ю. А. Детская и подрост-ковая гинекология : рук. для врачей / Ю.А. Гуркин.- М.: МИА, 2009.- 692 с.
- 140.Коколина, В. Ф. Детская гинекология : рук. для врачей / В. Ф. Коколина. - : МИА, 2001. - 368 с.
- 141.Руководство по амбулаторно-полик-линической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
- 142.Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.
- 143.Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.

2. Дополнительная литература

96. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
97. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
98. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
99. Уварова Е.В. Детская и подростковая гинекология. – М., 2012.

Код 8.5. Тема. Нейроэндокринные гинекологические синдромы. Транзиторный дизэнцефальный синдром.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: информировать слушателей об этиологии, клинике, диагностике и лечению нейроэндокринного юношеского синдрома.

План лекции.

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Выступление преподавателя.	30
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Этиология. ТДЮС
2. Механизм действия.
3. Клиника и клиническое течение. ТДЮС
4. Диагностика.
5. Лечение, реабилитация. ТДЮС
6. Прогноз на будущее

Перечень оборудования и методического оснащения: учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, демонстрация клинического случая..

Краткое изложение материала.

Транзиторный дизэнцефальный синдром встречается у каждой 20-й девушки. Заболевание встречается в возрасте от 11-18 лет. Начало его регистрируется через 1-3 года после менархе. Для того чтобы убедиться в наличии юношеского дизэнцефального синдрома, необходимо сопоставить три обстоятельства: начало патологии развивается синхронно с пубертатными превращениями, доказанная заинтересованность межучастного мозга, имеется эндокринная дисрегуляция, проявляющаяся нарушениями гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой-яичниковой системы. В лекции рассматривается этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение, прогноз при данном состоянии.

Контрольные вопросы:

1. Этиология нейротранзиторного юношеского дизэнцефального синдрома.
2. Клиническое течение нейротранзиторного юношеского дизэнцефального синдрома.
3. Диагностика нейротранзиторного юношеского дизэнцефального синдрома.
4. Лечение, реабилитация нейротранзиторного юношеского дизэнцефального синдрома. Прогноз на будущее.

Рекомендуемая литература :

1. Основная литература

144. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

145. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

146. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

147. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

- 148.Гуркин, Ю. А. Детская и подрост-ковая гинекология : рук. для врачей / Ю.А. Гуркин.- М.: МИА, 2009.- 692 с.
- 149.Коколина, В. Ф. Детская гинекология : рук. для врачей / В. Ф. Коколина. - : МИА, 2001. - 368 с.
- 150.Руководство по амбулаторно-полик-линической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
- 151.Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.
- 152.Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.

2. Дополнительная литература

- 100.Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
- 101.Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
- 102.Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
- 103.Уварова Е.В. Детская и подростковая гинекология. – М., 2012.

Код 8.6. Тема. Нейроэндокринные гинекологические синдромы. Гиперандрогения.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: обучить слушателей правильной диагностике, тактике ведения больных с гиперандрогенией надпочечникового генеза.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Выступление преподавателя.	30
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Классификация гиперандрогении.
2. Группы влияний андрогенов на организм девушки-подростка.
3. Гиперандрогения надпочечникового генеза.
4. Нарушение биосинтеза ферментов в надпочечнике на всех этапах выработки гормонов. Аденогенитальный синдром.
5. Простая вирильная форма – препубертатная.
6. Простая вирильная форма – пубертатная.
7. Диагностика, лечение, пробы, прогноз.

Перечень оборудования и методического оснащения: учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, демонстрация клинического случая.

Краткое изложение материала.

Девушки, как и взрослые женщины, могут оказаться под влиянием избыточного количества аденогенов или аденогеноподобных стероидов, исходящих из разных источников: надпочечников, эктопических очагов и смешанных, а также очагов экзогенного происхождения. Аденогенитальный синдром или врожденная дисфункция коры надпочечников – это понятие собирательное и включает группу заболеваний, появление которых обусловлено врожденной неполноценностью ферментных систем надпочечников, участвующих в биосинтезе кортикостероидов. В течении занятия изучается этиология и патогенез, клиника, дифференциальная диагностика и лечение аденогенитального синдрома.

Контрольные вопросы:

1. Клиника гиперандрогении
2. Диагностика гиперандрогении.
3. Принципы терапии гиперандрогении.
4. Особенности течения и ведения беременности при гиперандрогении.

Рекомендуемая литература:**1. Основная литература**

153. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

154. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

155. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

156. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

157. Гуркин, Ю. А. Детская и подростковая гинекология : рук. для врачей / Ю.А. Гуркин.- М.: МИА, 2009.- 692 с.

158. Коколина, В. Ф. Детская гинекология : рук. для врачей / В. Ф. Коколина. - : МИА, 2001. - 368 с.

159. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

160. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.

161. Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.

2. Дополнительная литература

104. Акушерство от десяти учителей : учеб. пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004

105. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.

106. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб. пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

107. Уварова Е.В. Детская и подростковая гинекология. – М., 2012.

Код 8.7. Тема. Нейроэндокринные гинекологические синдромы. Климактерический синдром.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: информировать слушателей об этиологии, клинике, диагностике и лечению климактерического синдрома.

План лекции.

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1	Вступительное слово преподавателя.	5
2	Выступление преподавателя.	30
3	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

- 1.Этиология климатерического синдрома.
- 2.Клиника и клиническое течение климатерического синдрома.
- 3.Диагностика климатерического синдрома.
- 4.Лечение климатерического синдрома.
- 5.Реабилитация климатерического синдрома.

Перечень оборудования и методического оснащения : учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, демонстрация клинического случая..

Краткое изложение материала:

Климатерический синдром - это клинический симптомокомплекс, развивающийся в период угасания функции репродуктивной системы на фоне общей возрастной инволюции организма. Его наличие осложняет физиологическое течения периода угасания и характеризуется вазомоторными, эндокринно-обменными и невропсихическими нарушениями. Эти нарушения появляются в возрасте 45-50 лет, имеют различную интенсивность, и могут продолжать беспокоить женщину до 60 лет, а иногда дольше. Особенности КС обусловлены сочетанием с гипертонической болезнью, атеросклерозом и другими заболеваниями переходного возраста. Эпидемиология КС. Ранние клинические проявления. Особенности гормональной характеристики данного синдрома. Особенности нейроэндокринных изменений в период угасания репродуктивной функции. Клиника ранних проявлении. Клиника отдаленных проявлении. Лечение КС. Принципы введения больных с осложненным течением климатерического периода. Образ жизни женщины старше возрастной группы, витаминотерапия, физиотерапия, седативная терапия. Гипотензивная терапия. Показания для лечения гормональными препаратами. Противопоказания применения эстрогенных препаратов в пере- и после менопаузе. Заместительная гормональная терапия. Остеопороз. Лечение и профилактика. Патология вульвы как отдаленные последствия возрастных изменений.

Контрольные вопросы:

- 1.Особенности КС обусловлены сочетанием с гипертонической болезнью.
- 2.Ранние клинические проявления КС.
- 3.Подние клинические проявления КС.
- 4.Принципы лечения больных с КС.
5. Показания и противопоказания для ЗГТ.

Рекомендуемая литература :

1. Основная литература

162.Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

163.Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

164. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
165. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
166. Гуркин, Ю. А. Детская и подростковая гинекология : рук. для врачей / Ю.А. Гуркин.- М.: МИА, 2009.- 692 с.
167. Коколина, В. Ф. Детская гинекология : рук. для врачей / В. Ф. Коколина. - : МИА, 2001. - 368 с.
168. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
169. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.
170. Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.

2. Дополнительная литература

108. Акушерство от десяти учителей : учеб. пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
109. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
110. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб. пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
111. Уварова Е.В. Детская и подростковая гинекология. – М., 2012.

Код 9.1. Тема. Септические заболевания в акушерстве

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель занятия: Информирование слушателей о септических заболеваниях в акушерстве.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Доклад преподавателя.	70
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Исторический экскурс проблемы.
2. Изменение этиологии послеродовых инфекционных заболеваний в современном акушерстве.
3. Классификация.
4. Клиника, диагностика, причины проникновения, лечение и профилактика инфекционных осложнений первого этапа.
5. Послеродовый эндометрит (группы риска, причины, клиника, диагностика, лечение).
6. Акушерский перитонит(этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение).
7. Бактериальный шок (стадии бактериального шока, клиника, акушерская тактика и организация неотложных мероприятий, принципы антибактериальной терапии, объем оперативных вмешательств. Инфузионно-трансфузионная терапия.

Перечень оборудования и методического оснащения : учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, демонстрация клинического случая..

Краткое изложение материала.

Частота послеродовых инфекционных заболеваний варьирует от 2 до 10%. Это связано с отсутствием единых критериев диагностики. По данным многих отечественных акушеров, она достигает 30%. Отмечают учащение генерализованных форм заболеваний. От септических акушерских осложнений во всем мире ежегодно гибнет около 150 тысяч женщин. Септические осложнения в послеродовом периоде как причина материнской смертности продолжают удерживать печальное лидерство, занимая 1-2-е место и доля его с акушерскими кровотечениями. Инфекционные осложнения после операции кесарева сечения. Эндометрит после кесарева сечения. Перитонит после кесарева сечения. Несостоятельность швов на матке. Нагноение послеоперационной раны. Несколько чаще инфекционные осложнения развиваются после операции кесарева сечения. Значительное влияние на частоту послеродовых инфекционных осложнений оказывает уровень социально-экономического развития региона и организация медицинской помощи.

.Контрольные вопросы:

1. Классификация.
- 2.Клиника, диагностика, причины инфекционных осложнений первого этапа.
- 3.Послеродовый эндометрит (группы риска, причины, клиника, диагностика, лечение).
- 4.Акушерский перитонит(этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение).
- 5.Бактериальный шок

Рекомендуемая литература:**1. Основная литература**

171. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике : рук. / Э. К. Айламазян. - Изд. 4-е, перераб. и доп.. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 400 с.

172. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

173. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

174. Общая врачебная практика по Джону Нобелю / под ред. Дж. Нобеля; пер. с англ. под ред. Е. Р. Тимофеевой, Н. А. Федоровой.- Кн. 1. – М., 2005.- 416 с.

175. Уткин, Е. В. Клиника, диагностика и терапия воспалительных заболеваний придатков матки неспецифической этиологии / Е. В. Уткин. - Кемерово : Кузбасс, 2010. - 168 с.

176. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.

2. Дополнительная литература

112. Акушерство от десяти учителей : учеб. пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004

113. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.

114. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб. пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

115. Серов В.Н., Сухих Г.Т., Баранов И.И., Пырегов А.В., Тютюнник В.Л., Шмаков Р.Г. Неотложные состояния в акушерстве: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2013. – 784с.

116. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

Код 9.2. Тема. Воспалительные заболевания половых органов (неспецифические).

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: Систематизировать знания по основным теоретическим вопросам патогенеза, клиники, диагностики, лечения острых и хронических неспецифических воспалительных заболеваний женских половых органов, тазовой клетчатки, брюшины (эндометрит, перитонит, tuboовариальные абсцессы), дифференциальной диагностике с острой хирургической патологией.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (135 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Доклад преподавателя.	100
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	25

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Актуальность, эпидемиология и факторы риска воспалительных заболеваний органов малого таза.
2. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний органов малого таза.
3. Классификация.
4. Принципы диагностики.
5. Методы диагностики: клинические, лабораторные.
6. Врачебная тактика.
7. Диагностическая лапароскопия.
8. Дифференциальная диагностика с хирургической патологией.
9. Этиопатогенетическое лечение. Принципы антибактериальной терапии.
10. Симптоматическая терапия.
11. Оперативные методы лечения.
12. Реабилитация.
13. Преграavidарная подготовка.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедиа, истории болезни для разбора.

Краткое изложение материала.

Особенности воспалительных заболеваний половых органов (ВЗПО) на современном этапе, эпидемиология. Пути распространения инфекции, факторы, сопутствующие инфицированию и возникновению ВЗПО. Неспецифические воспалительные заболевания малого таза. Клиника. Диагностика. Лабораторные методы исследования – посевы на определение микрофлоры, ПЦР, ПИФ, определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам. Принципы лечения воспалительных заболеваний внутренних половых органов. Принципы антибактериальной терапии. Дифференциальная диагностика с хирургической патологией. Современные методы лечения. Лапароскопия. Лапаротомия. Реабилитация.

Контрольные вопросы

1. Какие причины обуславливают большую распространенность ВЗОМТ?
2. Факторы риска ВЗОМТ.
3. Клиника, диагностика и лечение пельвиоперитонита.

4. Неотложная помощь при остром воспалении придатков матки и тазовой брюшины. Показания к хирургическому лечению. Лечение серозных и гнойных образований придатков матки.
5. Лечение больных с хроническими воспалениями придатков матки.
6. Дифференциальная диагностика воспаления придатков матки с внематочной беременностью, аппендицитом, апоплексией яичника.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

177. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике : рук. / Э. К. Айламазян. - Изд. 4-е, перераб. и доп.. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 400 с.

178. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

179. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

180. Общая врачебная практика по Джону Нобелю / под ред. Дж. Нобеля; пер. с англ. под ред. Е. Р. Тимофеевой, Н. А. Федоровой.- Кн. 1. – М., 2005.- 416 с.

181. Уткин, Е. В. Клиника, диагностика и терапия воспалительных заболеваний придатков матки неспецифической этиологии / Е. В. Уткин. - Кемерово : Кузбасс, 2010. - 168 с.

182. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.

2. Дополнительная литература

117. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004

118. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.

119. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

120. Серов В.Н., Сухих Г.Т., Баранов И.И., Пырегов А.В., Тютюнник В.Л., Шмаков Р.Г. Неотложные состояния в акушерстве: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2013. – 784с.

121. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

Код 9.3. Тема. Септические заболевания в гинекологии**Цикл:** ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».**Контингент обучающихся:** заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций**Цель:** Информирование слушателей о септических заболеваниях в гинекологии.**План лекции**

Этапы занятия		Продолжительность (135 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Доклад преподавателя.	105
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	20

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Этиология и патогенез перитонита.
2. Классификация перитонита.
3. Клиническая картина гинекологического перитонита.
4. Лечение перитонита.

Перечень оборудования и методического оснащения : учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, демонстрация клинического случая..**Краткое изложение материала.**

В большинстве случаев источником заболеваний в акушерско-гинекологической практике является матка. Сгустки крови, децидуальной ткани в ее полости служат прекрасной питательной средой для роста микроорганизмов. Кроме этого, матка имеет большую поверхность для резорбции бактериальных и тканевых токсинов, а особенности ее кровообращения способствуют поступлению бактериальной флоры и токсинов в кровь. Сопровождающие беременность иммунодефицит, аллергизация, изменения гормонального гомеостаза приводят к развитию перитонита. Основное значение в патогенезе заболевания принадлежит интоксикации, обусловленной нарушением метаболических процессов в тканях, что нарушает функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем. В дальнейшем развиваются гиповолемия, депонирование и секвестрация крови в сосудах брюшной и грудной полостей, паралич (парез) кишечника. Скопление в петлях кишечника жидкости и газов приводит к его перерастяжению, нарушению микроциркуляции, ишемии кишечной стенки, что изменяет ее проницаемость для микроорганизмов и токсинов.

Чаще при перитоните обнаруживают смешанную флору. Однако большое значение имеют кишечная палочка, стафилококк, сннежнойная палочка и протеи. В последнее время возросла роль анаэробных неспорообразующих бактерий, относящихся к группе эндогенных условно-патогенных микроорганизмов, вегетирующих преимущественно на слизистых оболочках и обладающих полирезистентностью к антибиотикам и другим антибактериальным препаратам.

Токсины, всасываясь в кровь, вызывают глубокие изменения в организме. В результате появляется циркуляторная гипоксия, которая сопровождается нарушением окислительно-восстановительных процессов, преобладанием анаэробной фазы с накоплением недоокисленных продуктов обмена. Интоксикация способствует снижению обезвреживающей функции печени. Нередко печеночная недостаточность сочетается с почечной.

Катаболические процессы при перитоните и анаболические реакции, направленные на синтез необходимых белковых структур, сопровождаются большими затратами белка. Снижение коллоидно-онкотического давления приводит к потере жидкости в сосудистом русле, увеличению вязкости крови и концентрации мочевины. В дальнейшем осмотическая гипотония во внеклеточном секторе сопровождается угнетением выделения антидиуретического гормона и уменьшением реабсорбции воды. Появляется тенденция к

усиленному выведению калия, который из клеток перемещается непосредственно в зону патологического процесса. Калий высвобождается также в результате разрушения клеточных элементов. В экссудате брюшной полости отмечается повышение содержания калия, а в сосудистом русле дефицит его, что усиливает парез кишечника, вызывает брадикардию, аритмию, нарушение внутрисердечной проводимости и сократительной способности миокарда. При развитии почечной недостаточности в результате нарушения экскреции калия почками наблюдается гиперкалиемия.

Повышенная активность протеолитических ферментов, нарушения микроциркуляции приводят к внутрисосудистому свертыванию крови с развитием коагулопатии потребления.

Таким образом, тактика ведения больной зависит от формы перитонита, тяжести ее состояния, возникающих расстройств гемодинамики, водно-электролитного, белкового обменов, расстройств микроциркуляции, поражения внутренних органов. Только комплексная интенсивная терапия перитонита, направленная на различные механизмы его развития, может привести к благоприятному исходу. Ведущим при этом является удаление матки – источника перитонита.

Контрольные вопросы:

1. Классификация.
2. Клиника, диагностика, причины инфекционных осложнений первого этапа.
3. Послеродовый эндометрит (группы риска, причины, клиника, диагностика, лечение).
4. Гинекологический перитонит (этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение).
5. Бактериальный шок

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

183. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

184. Общая врачебная практика по Джону Нобелю / под ред. Дж. Нобеля; пер. с англ. под ред. Е. Р. Тимофеевой, Н. А. Федоровой. - Кн. 1. – М., 2005. - 416 с.

185. Уткин, Е. В. Клиника, диагностика и терапия воспалительных заболеваний придатков матки неспецифической этиологии / Е. В. Уткин. - Кемерово : Кузбасс, 2010. - 168 с.

186. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.

2. Дополнительная литература

122. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

Код 9.4. Тема. Лактационные маститы.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: ознакомиться с современными представлениями о диагностике и лечении лактационного мастита.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	5
2.	Выступление преподавателя.	30
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Анатомия и физиология молочных желез.
2. Определение. Диагностика заболеваний молочных желез.
3. Факторы риска лактационного мастита.
4. Возбудители лактационного мастита..
5. Профилактика и лечения лактационного мастита..
6. Осложнения лактационного мастита..

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, истории болезни для разбора.

Краткое изложение материала.

Особенности строения и функционирования молочных желез. Понятие и определение лактостаза. Распространенность мастита, патогенез, классификация, факторы риска, возбудители, клиника в послеродовом периоде. Микробиологические исследования, УЗИ. Консервативное лечение, оперативное лечение. Реабилитация. Прогноз. Профилактика мастита в условиях женской консультации, родильного дома, детской поликлиники.

Контрольные вопросы:

1. Причины возникновения лактационного мастита.
2. Профилактика лактационного мастита.
3. Лечение лактационного мастита.

Рекомендуемая литература:**1. Основная литература**

187. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике : рук. / Э. К. Айламазян. - Изд. 4-е, перераб. и доп.. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 400 с.

188. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

2. Дополнительная литература

123. Акушерство от десяти учителей : учеб. пособие: Пер. с англ. / под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004

124. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.

125. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб. пособие / под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

126. Серов В.Н., Сухих Г.Т., Баранов И.И., Пырегов А.В., Тютюнник В.Л., Шмаков Р.Г. Неотложные состояния в акушерстве: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2013. – 784с.

Код 10.1. Тема. Профилактика развития опухолей репродуктивной системы**Цикл:** ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».**Контингент обучающихся:** заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций**Цель:** ознакомить с современными представлениями о диагностике и лечении лактационного мастита.**План лекции**

Этапы занятия		Продолжительность (135 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Доклад преподавателя.	100
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	25

Задачи, решаемые в процессе лекции.

1. Классификация фоновых и предраковых заболеваний женских половых органов
2. Основные стратегии профилактики
3. Образование населения, устранение факторов риска и барьерная контрацепция
4. Ранняя диагностика опухолей репродуктивной системы
5. Актуальные вопросы скрининга в РФ
6. Методы скрининга
7. Таргетные группы населения и структура скрининговых программ
8. Вакцины против папилломавируса – вакцины против цервикального рака: терапевтические и профилактические вакцины

Перечень оборудования и методического оснащения: учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, демонстрация клинического случая.**Краткое изложение материала.**

В структуре онкологической заболеваемости женского населения в России наибольший удельный вес вносят злокачественные новообразования репродуктивной системы (более 35%), при этом частота выявляемости опухолей половых органов (тела матки — 66%, шейки матки — 5,3%, яичников — 5,1%) у женщин составляют 17% от всех злокачественных новообразований. В отечественной и зарубежной медицинской литературе практически отсутствуют данные, анализирующие коморбидность у пациенток со злокачественными новообразованиями репродуктивной системы.

Ученые Международного агентства по изучению рака (МАИР) считают, что тенденции роста онкологической заболеваемости связаны с изменением экологической ситуации и образа жизни. Окружающая среда и образ жизни женщины, с одной стороны, влияют на ее репродуктивную функцию, изменяя фертильность, а с другой стороны прогресс и рост новых репродуктивных технологий, вмешиваясь в этот процесс, может создавать новые факторы риска.

Для ранней диагностики дисплазии, преинвазивного и инвазивного рака существует программа скрининга — цитологическое обследование в сочетании с кольпоскопией и гинекологическим осмотром. Важно, чтобы известные факторы применялись повсеместно и квалифицированно. Что же касается факторов риска, то их совокупность определяет целесообразность более частых цитологических обследований (не реже 1 раза в год).

В последние годы, несмотря на значительные достижения медицины в области профилактики и диагностики злокачественных новообразований органов женской репродуктивной системы, а также наличие национальных скрининговых программ по профилактике и диагностике фоновых и предраковых заболеваний шейки матки и эндометрия, заболеваемость ими и смертность от последних продолжает расти.

Контрольные вопросы:

1. Предрак шейки матки.

2. Фоновые заболевания шейки матки.
3. Профилактика и лечение предрака шейки матки.
4. Профилактика заболеваний шейки матки у молодежи.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

189. Бохман, Я. В. Руководство по онкогинекологии / Я. В. Бохман. - СПб : ООО Изд-во Фолиант, 2002. - 542 с.
190. Винокуров, В. Л. Рак яичников : закономерности метастазирования и выбор адекватного лечения больных / В. Л. Винокуров. - СПб : Фолиант, 2004. - 336 с.
191. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1000с.
192. Гинекология : новейший справочник / авт. Н. А. Татарова и др.; под общ. ред. Л. А. Суслопарова. - : Эксмо, 2007. - 688 с.
193. Кулаков, В. И. Руководство по оперативной гинекологии / В. И. Кулаков, Н. Д. Селезнева, С. Е. Белоглазова. - : МИА, 2006. - 640 с.
194. Миома матки : (современные проб-лемы этиологии, патогенеза, диаг-ностики и лечения) / под ред. И. С. Сидоровой. -М.: МИА, 2003. - 256 с.
195. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. - М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
196. Пролиферативные заболевания эндометрия / авт. кол. : Н. В. Артымук [и др.]. - Кемерово : [б. и.], 2010. - 142 с.
197. Тихомиров, А. Л. Миома матки / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - : МИА, 2006. - 176 с.
198. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.
199. Хирш, Х. А. Оперативная гинекология : атлас / Х. А. Хирш, О. Кезер, Ф. А. Икле; гл. ред. В. И. Кулаков, отв. ред. И. В. Федоров ; пер. с англ. - : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.
200. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.

2. Дополнительная литература

127. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
128. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб. пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

Код 10.2.Тема. Доброкачественные и пограничные опухоли.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: ознакомить с современной классификацией, диагностикой и тактикой ведения больных с доброкачественными и пограничными опухолями женских половых органов.

План лекции.

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Выступление преподавателя.	70
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Доброкачественные и пограничные опухоли наружных половых органов: фибромиома, липома, миксома, гемангиома, лимфангиома, папиллома, гидроаденома, лейкоплакия, крауроз, болезни Боуэна, Педжета.

2. Доброкачественные и пограничные опухоли влагалища: ретенционные образования (кисты), эритроплакия, лейкоплакия

3. Доброкачественные и пограничные опухоли шейки матки: эндоцервикоз, полип, папиллома, простые формы лейкоплакии, гормональная эктопия, травматический выворот, эрозия, дисплазия

4. Доброкачественные и пограничные опухоли тела матки: миома матки. Этиология, патогенез миомы матки. Клиника миомы матки. Диагностика миомы матки. Консервативное лечение миомы матки. Показания к хирургическому лечению. Сочетание миомы матки с эндометриозом. контрацепция при миоме матки. Профилактика миомы матки.

5. Доброкачественные и пограничные опухоли яичников. Классификация ООЯ. Современные методы диагностики ООЯ. Современные методы лечения ООЯ. Реабилитация больных с ООЯ.

6. Доброкачественные и пограничные опухоли маточных труб

7. Клиника доброкачественных и пограничных опухолей женской репродуктивной системы.

8. Диагностика доброкачественных и пограничных опухолей женской репродуктивной системы.

9. Врачебная тактика при доброкачественных и пограничных опухолях женской репродуктивной системы.

Перечень оборудования и методического оснащения : учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, демонстрация клинического случая..

Краткое изложение материала.

Доброкачественные и пограничные опухоли наружных половых органов: фибромиома, липома, миксома, гемангиома, лимфангиома, папиллома, гидроаденома, лейкоплакия, крауроз, болезни Боуэна, Педжета.

Доброкачественные и пограничные опухоли влагалища: ретенционные образования (кисты), эритроплакия, лейкоплакия

Доброкачественные и пограничные опухоли шейки матки: эндоцервикоз, полип, папиллома, простые формы лейкоплакии, гормональная эктопия, травматический выворот, эрозия, дисплазия

Доброкачественные и пограничные опухоли тела матки: миома матки. Этиология, патогенез миомы матки. Клиника миомы матки. Диагностика миомы матки. Консервативное лечение миомы матки. Показания к хирургическому лечению. Сочетание миомы матки с эндометриозом. контрацепция при миоме матки. Профилактика миомы

матки. Миома матки – доброкачественная опухоль из мышечных и соединительнотканых элементов. Миома матки относительно редко встречается у женщин 20-30 лет, риск заболевания возрастает после 35-40 лет. Уточнить вопросы патогенеза (в основе патогенеза лежат тканевая гипоксия и локальная гиперэстрогения). В морфогенезе миомы матки выделяют три последовательные стадии (образование активной зоны роста (зачатка) в миометрии с активированным клеточным метаболизмом, рост опухоли без признаков дифференцировки ее клеточных элементов, рост опухоли с дифференцировкой и созреванием гладкомышечных и соединительнотканых клеток). Классификация 1. По локализации миоматозных узлов. 2. По тканевому составу. 3. По количеству узлов. 4. По клиническим проявлениям. Основные направления лечебной тактики: - выявление и лечение сопутствующих гинекологических и экстрагенитальных заболеваний; - коррекция гормональных нарушений; - лечение анемии и метаболических расстройств; - рациональная надежная контрацепция; - торможение роста опухоли; - нейротропное воздействие. Выбор метода лечения зависит от формы заболевания, его осложнений, возраста пациентки, экстрагенитальной патологии. Необходим индивидуальный подход. Вопросы этиологии, патогенеза. Клиника. Диагностика (УЗИ, гистероскопия). Тактика лечения в возрастном аспекте (репродуктивный, перименопаузальный, постменопаузальный период). Основой консервативного лечения миомы матки являются гормональные средства. Гормональная терапия предусматривает коррекцию гормональных сдвигов и определяется чувствительностью органов-мишеней к функциональному состоянию рецепторной системы. Наряду с этими общими положениями следует помнить об индивидуальных особенностях организма, выявление которых при существующих методах обследования весьма затруднительно. Поэтому необходимо определить показания и противопоказания для гормональной терапии миомы матки. По мнению большинства авторов консервативному лечению подлежат миомы матки небольших размеров (до 8-10 недель беременности) у женщин репродуктивного и предменопаузального периодов при отсутствии показаний к оперативному лечению, а также противопоказаний к гормональной терапии по соматическому статусу. Показания к хирургическим методам лечения (миомэктомия, удаление матки и др.). Профилактика осложнений. Сочетание миомы матки с эндометриозом. Особенности клиники. Диагностика. Лечение. Контрацепция. Профилактика.

Доброкачественные и пограничные опухоли яичников. Классификация ООЯ. Современные методы диагностики ООЯ. Современные методы лечения ООЯ. Реабилитация больных с ООЯ. Диагностика и лечение больных женщин с ООЯ продолжают оставаться чрезвычайно актуальной в связи с высокой частотой данной патологии. Частота ООЯ у женщин репродуктивного возраста в структуре ОЯ составляет 58,9%. Причины возникновения ООЯ весьма многообразны. Дифференциальные диагностические методы исследования у женщин с ООЯ включают в себя: УЗИ, МРТ, определение онкомаркеров, лапароскопия. Компенсированное лечение больных с ООЯ требует от врача акушера-гинеколога знаний о патогенезе ООЯ и диагностического наблюдения ООЯ в процессе противовоспалительной терапии и назначения КОК. Хирургическое лечение ООЯ в настоящее время преимущественно лапароскопическое, которое является более экологически выгодным и операцией выбора у больных в репродуктивном возрасте. Реабилитация больных с ООЯ включает в себя: физиотерапевтическое воздействие (лазер, озон, магнитное поле), системной энзимотерапии, иммуномодулирующей. В зависимости от вида ООЯ - КОК прогестагены, агонисты, ГРГ и другие. Методы вспомогательных репродуктивных технологий.

Доброкачественные и пограничные опухоли маточных труб

Клиника доброкачественных и пограничных опухолей женской репродуктивной системы.

Диагностика доброкачественных и пограничных опухолей женской репродуктивной системы.

Врачебная тактика при доброкачественных и пограничных опухолей женской репродуктивной системы.

Контрольные вопросы:

1. Этиология, патогенез ООЯ
2. Современные методы диагностики ООЯ.
3. Современные методы лечения ООЯ.
4. Эмболизация маточных артерий. Современный метод лечения миомы матки.
5. ФУЗ – аблация под контролем МРТ. Показания, противопоказания, методика.
6. Подготовка беременных с миомой матки и эндометриозом к методам ВРТ.
7. Перечислить этиологические моменты возникновения миомы матки.
8. Факторы риска возникновения миомы матки.
9. Указать типичное расположение узлов миомы матки.
10. Перечислить клинические симптомы, характерные для миомы матки.
11. Какие нарушения менструального цикла наблюдаются при миоме матки
12. Укажите причины кровотечений при миоме матки
13. Какие осложнения возможны при миоме матки.
14. Отметьте противопоказания к консервативному лечению миомы матки.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

- 201.Бохман, Я. В. Руководство по онкогинекологии / Я. В. Бохман. - СПб : ООО Изд-во Фолиант, 2002. – 542 с.
- 202.Винокуров, В. Л. Рак яичников : закономерности метастазирования и выбор адекватного лечения больных / В. Л. Винокуров. - СПб : Фолиант, 2004. - 336 с.
- 203.Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
- 204.Гинекология : новейший справочник / авт. Н. А. Татарова и др.; под общ. ред. Л. А. Суслопарова. - : Эксмо, 2007. - 688 с.
- 205.Кулаков, В. И. Руководство по оперативной гинекологии / В. И. Кулаков, Н. Д. Селезнева, С. Е. Белоглазова. - : МИА, 2006. - 640 с.
- 206.Миома матки : (современные проб-лемы этиологии, патогенеза, диаг-ностики и лечения) / под ред. И. С. Сидоровой. –М.: МИА, 2003. - 256 с.
- 207.Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
- 208.Пролиферативные заболевания эндометрия / авт. кол. : Н. В. Артымук [и др.]. - Кемерово : [б. и.], 2010. - 142 с.
- 209.Тихомиров, А. Л. Миома матки / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - : МИА, 2006. - 176 с.
- 210.Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.
- 211.Хирш, Х. А. Оперативная гинекология : атлас / Х. А. Хирш, О. Кезер, Ф. А. Икле; гл. ред. В. И. Кулаков, отв. ред. И. В. Федоров ; пер. с англ. - : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.
- 212.Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.

2. Дополнительная литература

- 129.Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
- 130.Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

Код. 10.3. Тема Злокачественные опухоли**Цикл:** ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».**Контингент обучающихся:** заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций**Цель:** Информирование слушателей о злокачественных опухолях женской репродуктивной системы.**План лекции**

Этапы занятия		Продолжительность (135 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Доклад преподавателя.	100
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	25

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Классификация злокачественных опухолей женской репродуктивной системы.
2. Диагностика, клинические проявления:
 - 2.1. Рак наружных половых органов.
 - 2.2. Рак шейки матки.
 - 2.3. Рак тела матки.
 - 2.4. Саркома матки.
 - 2.5. Трофобластическая болезнь.
 - 2.6. Рак яичников.
3. Лечение.
4. Операции при злокачественных опухолях половых органов
5. Техника лапароскопических операций
6. Профилактика.
7. Прогноз.

Перечень оборудования и методического оснащения: учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, демонстрация клинического случая.**Краткое изложение материала.**

Актуальность злокачественных заболеваний женских половых органов. Этиология, патогенез, клиническая картина. Диагностика злокачественных заболеваний женских половых органов. Рак шейки матки. Рак матки. Рак яичников. Рак наружных половых органов. Лечение и профилактика злокачественных женских половых органов. Реабилитация онкологических больных. Диспансерное наблюдение. Тактика врача при экстремальных состояниях. Больные со злокачественными опухолями половых органов должны лечиться в специализированных онкологических стационарах. Однако нередко возникает ситуация, когда больную направляют в гинекологический стационар с диагнозом доброкачественного новообразования, а затем выявляется истинный характер опухоли. После операции больная должна быть переведена для проведения специфического лечения.

Этиология предрака шейки матки. Эпидемиология. Терминология и классификация. Диагностика. Лечение. Классификацию патологических состояний шейки матки. Патогистологические критерии ранних форм рака шейки матки. Клинико-анатомические варианты рака шейки матки в зависимости от преимущественного распространения. Современные подходы в ранней диагностике рака шейки матки. Принципы современной профилактики рака шейки матки. Профилактика. Вакцинация [вакцина против вируса папилломы человека (гардасил[®])]. Скрининг. Классификация. По системе FIGO (Международной федерации акушеров и гинекологов) и по системе TNM, в которой распространённость поражения регистрируют на основании клинического исследования, включающего все виды диагностики. Гистологические типы. Этиология и патогенез. ПВИ. Клиническая картина. Первые симптомы. Поздние симптомы. Общие симптомы.

Диагностика. Анамнез. Физикальное исследование. Ранняя диагностика. Расширенная кольпоскопия. Проба Шиллера (обработка шейки матки 2–3% Люголя раствором с глицерином[®]). Лабораторные исследования. Аг — SCC. Инструментальные исследования. Биопсия шейки матки. Цели лечения. Хирургическое лечение. Комбинированное лечение. Химиолучевое лечение. Расширенная экстирпация матки и послеоперационная лучевая (химиолучевая) терапия. неoadъювантная химиотерапия в сочетании с расширенной экстирпацией матки. Дальнейшее ведение. Прогноз

Злокачественные заболевания вульвы. В структуре раковых опухолей женских половых органов первичный рак вульвы составляет 3-4%. Клиническая манифестация заболевания и его симптомы. Данные обследования. Диагностика. Обследования, проводимые перед началом лечения. Дренирование лимфатических узлов. Патогистология. карциномы — инвазивные плоскоклеточные карциномы. Типы плоскоклеточных карцином. Распространение. Стадии. Общие принципы лечения карцином. Прогноз. Рецидивы. Лечебная тактика при карциноме вульвы. Рак бартолиновой железы. Болезнь Педжета. Базально-клеточная карцинома. Меланома. Стадии меланомы. Лечебная тактика. Прогноз. Саркомы. Злокачественные заболевания влагалища. В структуре злокачественных заболеваний женских половых органов первичные раковые опухоли влагалища составляют всего лишь 1-2%. Клинические симптомы. Физикальное обследование. Диагностика. Исследования, проводимые перед началом лечения. Дренирование лимфатических узлов. Патогистология. Карциномы. Инвазивная плоскоклеточная карцинома. Светлоклеточная аденокарцинома. Другие типы карцином. Стадии. Общие принципы лечения карциномы влагалища. Рецидивы. Меланома. Опухоли в детском возрасте. Опухоли энтодермального синуса. Эмбриональная рабдомиосаркома.

Трофобластическая болезнь в современном представлении включает пузырный занос (простой, пролиферирующий, деструктивный, инвазивный) и хорионкарциному (хорионэпителиому). Частота трофобластической болезни составляет 0,1-0,25% от всех беременных, а отношение пузырного заноса к хорионэпителиоме 100/1. Более часто (в 3 раза) заболевание встречается у первобеременных женщин, в основном в возрасте до 30 лет, но наблюдается и в 40 лет и старше. В странах Азии трофобластическая болезнь отмечается в 4-5 раз чаще. Пузырный занос — заболевание хориона, характеризующееся резким увеличением ворсин, которые превращаются в гроздевидные образования комплекса пузырьков размерами от чечевицы до винограда, заполненных светлой прозрачной жидкостью и соединенных между собой стебельками разной длины и толщины. Хорионкарцинома — злокачественная опухоль, развивается из элементов трофобласта, синцития ворсин хориона и редко — из зародышевых клеток мужских и женских гонад (из смешанных опухолей эмбрионального происхождения — тератогенная хорионкарцинома). Может образоваться в отдаленных местах из ворсин трофобласта, диссеминированных по кровеносным сосудам. Эпидемиология. Факторы риска. Патогенез. Морфологическая классификация ВОЗ. Диагностика ТБ. Принципы и методы лечения ТБ. Показания к химиотерапии. Планирование лечения хорионкарциномы.

Контрольные вопросы:

1. Диагностика и клинические проявления рака наружных половых органов.
2. Диагностика и клинические проявления рака шейки матки.
3. Диагностика и клинические проявления рака тела матки.
4. Диагностика и клинические проявления саркомы матки.
5. Диагностика и клинические проявления рака яичников.
6. Диагностика злокачественных новообразований наружных половых органов и влагалища.
7. Изменение наружных и внутренних половых органов в постменопаузе.
8. Методы диагностики злокачественных новообразований шейки матки.

9. Болезнь Педжета.
10. Опухоли в детском возрасте
11. Лечение пузырного заноса
12. Применение оральной контрацепции после перенесенной трофобластической болезни.
13. Факторы риска трофобластической болезни.
14. Лечение при саркомах матки
15. Лейомиосаркома

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

213. Бохман, Я. В. Руководство по онкогинекологии / Я. В. Бохман. - СПб : ООО Изд-во Фолиант, 2002. – 542 с.
214. Винокуров, В. Л. Рак яичников : закономерности метастазирования и выбор адекватного лечения больных / В. Л. Винокуров. - СПб : Фолиант, 2004. - 336 с.
215. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
216. Гинекология : новейший справочник / авт. Н. А. Татарова и др.; под общ. ред. Л. А. Сулопарова. - : Эксмо, 2007. - 688 с.
217. Кулаков, В. И. Руководство по оперативной гинекологии / В. И. Кулаков, Н. Д. Селезнева, С. Е. Белоглазова. - : МИА, 2006. - 640 с.
218. Миома матки : (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения) / под ред. И. С. Сидоровой. –М.: МИА, 2003. - 256 с.
219. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
220. Пролиферативные заболевания эндометрия / авт. кол. : Н. В. Артымук [и др.]. - Кемерово : [б. и.], 2010. - 142 с.
221. Тихомиров, А. Л. Миома матки / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - : МИА, 2006. - 176 с.
222. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.
223. Хирш, Х. А. Оперативная гинекология : атлас / Х. А. Хирш, О. Кезер, Ф. А. Икле; гл. ред. В. И. Кулаков, отв. ред. И. В. Федоров ; пер. с англ. - : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.
224. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.

2. Дополнительная литература

131. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
132. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб. пособие / под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

Код 10.4. Тема. Дисгормональные заболевания молочных желез

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: ознакомить курсантов с клиникой, диагностикой и лечением гиперпластических процессов молочной железы.

План лекции.

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	10
2.	Выступление преподавателя.	70
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Факторы, определяющие частоту рака молочной железы.
2. Фоновые заболевания молочной железы и группы риска.
3. Клинические формы рака молочной железы.
4. Своевременное и раннее выявление рака молочной железы.
5. Лечение.
6. Факторы, определяющие частоту рака молочной железы.
7. Фоновые заболевания молочной железы и группы риска.
8. Клинические формы рака молочной железы.
9. Пути своевременного и раннего выявления рака молочной железы.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы.

Краткое изложение материала.

Строение молочной железы. Онтогенез. Регуляция развития и функции молочной железы. Формы мастопатии. Фиброзно-кистозная мастопатия: диффузная и узловая формы. Этиология и патогенез гиперпластических процессов молочной железы. Факторы риска. Дифференциальная диагностика гиперпластических процессов молочной железы. Принципы терапии.

Классификация и структура долек молочной железы, влияние беременностей и лактации. Эстрогены и клеточная пролиферация в молочной железе. Состояние молочных желез при гиперпластических процессах в репродуктивной системе. Этиология, патогенез, факторы риска рака молочной железы. Сигналы тревоги рака молочной железы. Рак молочной железы и КОКи. Современные принципы ведения больных с дисгормональными заболеваниями молочных желез и раком.

Контрольные вопросы:

1. Фоновые заболевания молочной железы и группы риска.
2. Клинические формы рака молочной железы.
3. Своевременное и раннее выявление рака молочной железы.
4. Лечение.

Рекомендуемая литература**1. Основная литература**

225.Бохман, Я. В. Руководство по онкогинекологии / Я. В. Бохман. - СПб : ООО Изд-во Фолиант, 2002. – 542 с.

226.Винокуров, В. Л. Рак яичников : закономерности метастазирования и выбор адекватного лечения больных / В. Л. Винокуров. - СПб : Фолиант, 2004. - 336 с.

227. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
228. Гинекология : новейший справочник / авт. Н. А. Татарова и др.; под общ. ред. Л. А. Сулопарова. - : Эксмо, 2007. - 688 с.
229. Кулаков, В. И. Руководство по оперативной гинекологии / В. И. Кулаков, Н. Д. Селезнева, С. Е. Белоглазова. - : МИА, 2006. - 640 с.
230. Миома матки : (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения) / под ред. И. С. Сидоровой. –М.: МИА, 2003. - 256 с.
231. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
232. Пролиферативные заболевания эндометрия / авт. кол. : Н. В. Артымук [и др.]. - Кемерово : [б. и.], 2010. - 142 с.
233. Тихомиров, А. Л. Миома матки / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - : МИА, 2006. - 176 с.
234. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.
235. Хирш, Х. А. Оперативная гинекология : атлас / Х. А. Хирш, О. Кезер, Ф. А. Икле; гл. ред. В. И. Кулаков, отв. ред. И. В. Федоров ; пер. с англ. - : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.
236. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.

2. Дополнительная литература

133. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
134. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

Код 11.1. Тема. Острый живот при кровотечении в брюшную полость

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: ознакомить с основными теоретическими вопросами патогенеза, клиники, диагностики и лечения при клинике острого живота при кровотечении в брюшную полость, дифференциальной диагностикой данных состояний с острой хирургической патологией.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	10
2.	Доклад преподавателя.	70
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Основные причины кровотечений в брюшную полость: внематочная беременность, апоплексия яичника.

2. Определение внематочной беременности. Этиология, патогенез. Классификация. Факторы риска. Патоморфогенез внематочной беременности. Редкие формы эктопической беременности. Диагностика. Ультразвуковые методы исследования. Биохимические исследования: β -ХГ; прогестерон, эстрадиол, релаксин. Плацентарный лактоген, протеин А, фактор ранней беременности, α -фетопротеин. Дифференциальная диагностика. Консервативные методы лечения. Диагностическая лапароскопия. Хирургическое лечение внематочной беременности. Реабилитация.

3. Понятие апоплексии яичника. Этиопатогенез. Клиника. Факторы риска. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение апоплексии яичника. Реабилитация.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедиа, истории болезни для разбора.

Краткое изложение материала.

Основные причины кровотечений в брюшную полость: внематочная беременность, апоплексия яичника.

Определение внематочной беременности. Распространенность. Этиология, патогенез. Классификация. Факторы риска: хронический сальпингит, аномалии развития труб, спаечный процесс в малом тазу, хирургические вмешательства на маточных трубах, использование ВМК, прием гормональных средств, ЭКО, бесплодие, возраст женщины. Патоморфогенез внематочной беременности. Редкие формы эктопической беременности. Амбулярная трубная беременность, истмическая трубная беременность, интерстициальная трубная беременность, фимбриальная трубная беременность. Клиника. Диагностика. Ультразвуковые методы исследования. Биохимические исследования. Дифференциальная диагностика. Консервативные методы лечения. Диагностическая лапароскопия. Хирургическое лечение внематочной беременности. Реабилитация.

Понятие апоплексии яичника. Этиопатогенез. Клиника. Факторы риска. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Особенности оказания неотложной помощи при апоплексии яичника. Лечение апоплексии яичника. Реабилитация.

Контрольные вопросы:

1. Новые представления о причинах возникновения внематочной беременности (гиперстимуляция овуляции, гиперпролактинемия, гормональные нарушения и др.).

2. Алгоритм обследования при подозрении на внематочную беременность.
3. Особенности ультразвуковой картины ненарушенной внематочной беременности.
4. Клиника нарушенной и ненарушенной внематочной беременности.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

237. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
238. Гинекология : новейший справочник / авт. Н. А. Татарова и др.; под общ. ред. Л. А. Сулопарова. - : Эксмо, 2007. - 688 с.
239. Кулаков, В. И. Руководство по оперативной гинекологии / В. И. Кулаков, Н. Д. Селезнева, С. Е. Белоглазова. - : МИА, 2006. - 640 с.
240. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
241. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.
242. Хирш, Х. А. Оперативная гинекология : атлас / Х. А. Хирш, О. Кезер, Ф. А. Икле; гл. ред. В. И. Кулаков, отв. ред. И. В. Федоров ; пер. с англ. - : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.
243. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.

2. Дополнительная литература

135. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
136. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб. пособие / под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

Код 11.2. Тема. Острый живот при воспалении половых органов.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: ознакомить с клиникой, диагностикой и принципами лечения острого живота при воспалении половых органов.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Выступление преподавателя.	70
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Этиология и патогенез острого живота при воспалительных заболеваниях женских половых органов.
2. Дифференциальная диагностика острого живота в зависимости от этиологии заболевания.
3. Клиническая картина при острой гонорее.
4. Диагностика инфекции, передаваемые половым путем.
5. Принципы оказания экстренной помощи при неотложных состояниях.

Краткое изложение материала.

Воспалительные заболевания половых органов, тазовой клетчатки, брюшины (неспецифические) Особенности воспалительных заболеваний половых органов (ВЗПО) на современном этапе, эпидемиология. Пути распространения инфекции, факторы, сопутствующие инфицированию и возникновению ВЗПО. Воспалительные заболевания репродуктивной системы. Неспецифические воспалительные заболевания малого таза. Хламидиоз половых органов. Клиника. Диагностика. Лабораторные методы исследования. Принципы лечения воспалительных заболеваний внутренних половых органов. Принципы антибактериальной терапии. Дифференциальная диагностика с хирургической патологией. Современные методы лечения. Лапароскопия. Лапаротомия. Реабилитация. Воспалительные заболевания половых органов (специфические)

Инфекции, передаваемые половым путем. Гонорея. Классификация. Экология влагалища у женщин репродуктивного возраста. Колонизационная резистентность генитального тракта. Факторы, способствующие инфицированию половых органов. Диагностика, микро экология влагалища, состав микроценоза. Выбор лечения. Этапы лечения. Прегравидарная, предродовая и послеродовая реабилитация. Лечение во время беременности. Клинические формы внутриутробной инфекции и их терапия. Наиболее серьезные ИППП - сифилис, хламидиоз, трихомониаз, ВИЧ и СПИД. Распространенность ИППП. Некоторые характерные общие черты ИППП: передача половым путем, возможное бессимптомное, скрытое течение.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, презентация, мультимедиа, телевизов, видеоманитофон, видеофильмы, истории болезни, контрольные вопросы.

Контрольные вопросы:

1. Этиология и патогенез острого живота при воспалительных заболеваниях женских половых органов.
2. Клиническая картина состояний при острой гонорее.
3. Диагностика инфекции, передаваемые половым путем.
4. Принципы оказания экстренной помощи при неотложных состояниях.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

244. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

245. Гинекология : новейший справочник / авт. Н. А. Татарова и др.; под общ. ред. Л. А. Сулопарова. - : Эксмо, 2007. - 688 с.

246. Кулаков, В. И. Руководство по оперативной гинекологии / В. И. Кулаков, Н. Д. Селезнева, С. Е. Белоглазова. - : МИА, 2006. - 640 с.

247. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.

248. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.

249. Хирш, Х. А. Оперативная гинекология : атлас / Х. А. Хирш, О. Кезер, Ф. А. Икле; гл. ред. В. И. Кулаков, отв. ред. И. В. Федоров ; пер. с англ. - : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.

250. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.

2. Дополнительная литература

137. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.

138. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб. пособие / под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

Код 11.3. Тема. Острый живот при нарушении кровоснабжения органов малого таза и опухолей.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: ознакомить с клиникой, диагностикой и принципами лечения острого живота при нарушении кровоснабжения органов малого таза и опухолей.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Выступление преподавателя.	70
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1 Этиология и патогенез нарушений кровоснабжения органов малого таза и опухолей.

2 Клиническая картина состояний при нарушении кровоснабжения органов малого таза и опухолей.

2.1 Перекрут ножки опухоли яичника.

2.2 Нарушение кровоснабжения миоматозного узла.

3 Диагностика состояний при нарушении кровоснабжения органов малого таза и опухолей.

4 Принципы оказания экстренной помощи при неотложных состояниях.

5 Лечение в стационаре состояний при нарушении кровоснабжения органов малого таза и опухолей.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, презентация, мультимедиа, телевизов, видеомагнитофон, видеофильмы, истории болезни, контрольные вопросы.

Краткое изложение материала.

Состояния при нарушении кровоснабжения органов малого таза и опухолей в структуре острых гинекологических заболеваний встречаются не часто, но являются опасной патологией. Данные состояния требуют оказания экстренной скорой медицинской помощи и дальнейшей квалифицированной медицинской помощи в стационаре. Перекрут придатков матки – осложнение опухоли яичника, при котором происходит ее ротация вокруг своей оси, приводящая к сдавлению сосудов. Нарушение кровоснабжения миоматозного узла – наиболее частое осложнение миомы матки и возникает вследствие нарушения его питания. Ошибки при диагностике данных состояний могут привести к ухудшению состояния женщины, развитию шока.

Контрольные вопросы:

6. Этиология и патогенез нарушений кровоснабжения органов малого таза и опухолей.

7. Клиническая картина состояний при нарушении кровоснабжения органов малого таза и опухолей.

8. Диагностика состояний при нарушении кровоснабжения органов малого таза и опухолей.

9. Принципы оказания экстренной помощи при неотложных состояниях.

10. Лечение в стационаре состояний при нарушении кровоснабжения органов малого таза и опухолей.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

251. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

252. Гинекология : новейший справочник / авт. Н. А. Татарова и др.; под общ. ред. Л. А. Суслопарова. - : Эксмо, 2007. - 688 с.

253. Кулаков, В. И. Руководство по оперативной гинекологии / В. И. Кулаков, Н. Д. Селезнева, С. Е. Белоглазова. - : МИА, 2006. - 640 с.

254. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.

255. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.

256. Хирш, Х. А. Оперативная гинекология : атлас / Х. А. Хирш, О. Кезер, Ф. А. Икле; гл. ред. В. И. Кулаков, отв. ред. И. В. Федоров ; пер. с англ. - : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.

257. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.

2. Дополнительная литература

139. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.

140. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб. пособие / под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

Код. 12.1-12.3. Тема. Внутренний эндометриоз. Наружный эндометриоз. Экстрагенитальный эндометриоз.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: Информирование слушателей о внутреннем, наружном и экстрагенитальном эндометриозе.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (135 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Доклад преподавателя.	100
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	25

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Клиническая картина эндометриоза.
2. Общеклинические методы диагностики.
3. Гистеросальпингография. Гистероскопия. Компьютерная томография.

Магнитный резонанс. УЗИ.

4. Лапароскопия диагностическая.
5. Гормональное лечение.
6. Эндоскопические методы лечения.

Перечень оборудования и методического оснащения: учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, демонстрация клинического случая.

Краткое изложение материала.

Среди всех локализаций эндометриоза гениталий удельная частота внутреннего эндометриоза достигает 70-90%. Особенности эндометриоза и его значение в патологии женского организма. Этиология и патогенез внутреннего эндометриоза. Клиника и диагностика внутреннего эндометриоза. Особенности различных форм внутреннего эндометриоза в зависимости от локализации очагов эндометриоза: тело матки, ее перешеек, интрастициальные отделы маточных труб. Эндометриоз и бесплодие. Лечение больных эндометриозом. Противовоспалительное и рассасывающее, хирургическое, гормональное лечение эндометриоза. Реабилитация больных эндометриозом. Профилактика эндометриоза.

Особенности эндометриоза и его значение в патологии женского организма. Этиология и патогенез наружного эндометриоза. Клиника и диагностика генитального эндометриоза. Эндометриоз и бесплодие. Лечение больных эндометриозом. Противовоспалительное и рассасывающее, хирургическое, гормональное лечение эндометриоза. Реабилитация больных эндометриозом. Профилактика эндометриоза.

Контрольные вопросы:

1. Особенности диагностики внутреннего эндометриоза.
2. Особенности диагностики наружного эндометриоза.
3. Лечение различных видов эндометриоза.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

258. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

259. Гинекология : новейший справочник / авт. Н. А. Татарова и др.; под общ. ред. Л. А. Сулопарова. - : Эксмо, 2007. - 688 с.
260. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
261. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.

2. Дополнительная литература

141. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
142. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб. пособие / под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

Код 13.1. Тема. Эндокринное бесплодие**Цикл:** ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».**Контингент обучающихся:** заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций**Цель:** Информирование слушателей о эндокринном бесплодии.**План лекции**

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Доклад преподавателя.	65
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	15

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Бесплодие гипоталамо-гипофизарного генеза.
 - Гиперпролактинемия.
 - Клиника, диагностика, лечение.
 - Аменорея (гипоталамная, гипофизарная).
2. Бесплодие яичникового генеза.
 - Синдром склеро-поликистозных яичников (клиника, диагностика, лечение).
3. ЭКО.
4. Синдром гиперстимуляции яичников.

Перечень оборудования и методического оснащения: учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, демонстрация клинического случая.**Краткое изложение материала**

Классификация женского бесплодия. Причины эндокринного бесплодия. Ановуляция – как гетерогенная группа патологических состояний, являющаяся наиболее частой причиной бесплодия. Недостаточность лютеиновой фазы цикла, синдром лютеинизации неовулировавшего фолликула. Диагностика, лечение. Лечение эндокринного бесплодия. Современные схемы лечения хронической ановуляции. Трубное и перитонеальное бесплодие. Нарушение функции маточных труб, органические поражения маточных труб, перитонеальное бесплодие. Диагностика и, лечение трубного бесплодия. Некоторые гинекологические заболевания, как причина бесплодия: эндометриоз, миома матки, гиперплазия эндометрия, маточная форма аменореи, шеечный фактор в генезе бесплодия. Иммунологическое бесплодие. Обследование бесплодных пар. Искусственное инсеминация. Экстракорпоральное оплодотворение. Синдром гиперстимуляции яичников.

Контрольные вопросы:

1. Особенности диагностики эндокринного бесплодия.
2. Современные методы лечения.
3. Протокол ЭКО при различных видах эндокринного бесплодия.
4. Синдром гиперстимуляции яичников.

Рекомендуемая литература:**1. Основная литература**

262. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

263. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

264. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

265. Гинекология : новейший справочник / авт. Н. А. Татарова и др.; под общ. ред. Л. А. Сулопарова. - : Эксмо, 2007. - 688 с.
266. Назаренко, Т. А. Бесплодие и возраст: пути решения проблемы / Т. А. Назаренко, Н. Г. Мишиева. - М. : МЕД пресс-Информ, 2010. - 208 с.
267. Общая врачебная практика по Джонсу Нобелю / под ред. Дж. Нобеля; пер. с англ. под ред. Е. Р. Тимофеевой, Н. А. Федоровой. - Кн. 1. - М., 2005. - 416 с.
268. Полякова, В. А. Современная гинекология / В. А. Полякова. - Тюмень : Изд-во ФГУИПП, 2004. - 608 с.
269. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. - М. : МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
270. Руководство по амбулаторно-полик-линической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
271. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.
272. Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практи. мед., 2010. - 206 с.

2. Дополнительная литература

143. Кулаков В.И., Назаренко Т.А., Волков Н.И., и др. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению: руководство / В.И. Кулаков, Т.А. Назаренко, Н.И. Волков Н.И. и др. / Под ред. Г.Т. Сухих, Т.А. Назаренко, 2-е изд., испр. и доп. - Издательство «ГЭОТАР-Медиа», - 2010.
144. Невынашивание беременности: патогенез, диагностика, лечения. Клиническое руководство Беременность и роды. / Ред. А.Н. Стрижакова, Москва, 2011.
145. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
146. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб. пособие / под ред. В. Е. Радзинского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007
147. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

Код 13.2. Тема. Трубный фактор в бесплодии.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: ознакомить с диагностикой и лечением трубного и перитонеального фактора бесплодия.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	5
2.	Доклад преподавателя.	30
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:**1.2.1.Хронический сальпингофарит.****1.2.1.2.Клиника, методы диагностики.****1.2.1.2.1.Цервикогистосальпингофария, рентгенотелевизионная.****1.2.1.2.2.Лапароскопия с хромогидротубацией.****1.2.1.2.3.Методы лечения.****1.2.2.Перитонеальный фактор бесплодия.****1.2.2.1.Клиника, диагностика.****1.2.2.2. Цервикогистосальпингофария, рентгенотелевизионная.****1.2.2.3. Лапароскопия.****1.2.2.4. Методы лечения.****1.2.3.Пороки развития труб.****1.2.3.1. Лапароскопия.****1.2.4.Функциональное трубное бесплодие.****Краткое изложение материала.**

Трубное и перитонеальное бесплодие. Нарушение функции маточных труб, органические поражения маточных труб, перитонеальное бесплодие. Диагностика и лечение трубного бесплодия. Некоторые гинекологические заболевания, как причина бесплодия: эндометриоз, миома матки, гиперплазия эндометрия, маточная форма аменореи, шеечный фактор в генезе бесплодия. Иммунологическое бесплодие. Обследование бесплодных пар. Искусственное инсеминация. Экстракорпоральное оплодотворение.

Контрольные вопросы:

1. Причины трубного фактора в бесплодии.

2. Диагностика и, лечение трубного бесплодия.

Рекомендуемая литература:**1. Основная литература**

273.Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

274.Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

275.Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

276.Гинекология : новейший справочник / авт. Н. А. Татарова и др.; под общ. ред. Л. А. Сулопарова. - : Эксмо, 2007. - 688 с.

277.Назаренко, Т. А. Бесплодие и возраст: пути решения проблемы / Т. А. Назаренко, Н. Г. Мишиева. - М. : МЕД пресс-Информ, 2010. - 208 с.

- 278.Общая врачебная практика по Джонсу Нобелю / под ред. Дж. Нобеля; пер. с англ. под ред. Е. Р. Тимофеевой, Н. А. Федоровой.- Кн. 1. – М., 2005.- 416 с.
- 279.Полякова, В. А. Современная гинекология / В. А. Полякова. - Тюмень : Изд-во ФГУИПП, 2004. – 608 с.
- 280.Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
- 281.Руководство по амбулаторно-полик-линической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
- 282.Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.
- 283.Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.

2. Дополнительная литература

- 148.Кулаков В.И., Назаренко Т.А., Волков Н.И., и др. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению: руководство / В.И. Кулаков, Т.А. Назаренко, Н.И. Волков Н.И. и др. / Под ред. Г.Т. Сухих, Т.А. Назаренко, 2-е изд., испр. и доп. - Издательство «ГЭОТАР-Медиа», - 2010.
- 149.Невынашивание беременности: патогенез, диагностика, лечения. Клиническое руководство Беременность и роды. / Род ред. А.Н. Стрижакова, Москва, 2011.
- 150.Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
- 151.Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
- 152.Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

Код 13.3. Тема. Маточный фактор в бесплодии.**Цикл:** ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».**Контингент обучающихся:** заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций**Цель:** ознакомить с диагностикой и лечением маточной формы бесплодия.**План лекции**

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	5
2.	Доклад преподавателя.	30
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1.1. Маточный фактор в бесплодии.

1.1.1. Пороки развития.

1.1.1.1. Лапароскопия.

1.1.2. Синехии матки.

1.1.2.1. Гистероскопия.

1.1.3. ЭКО.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, презентация, мультимедиа, видеодвойка, видеофильмы, истории болезни, контрольные вопросы.**Краткое изложение материала**

Нарушение функции маточных труб, органические поражения маточных труб, перитонеальное бесплодие. Диагностика и лечение маточного бесплодия. Некоторые гинекологические заболевания, как причина бесплодия: эндометриоз, миома матки, гиперплазия эндометрия, маточная форма аменореи, шеечный фактор в генезе бесплодия. Иммунологическое бесплодие. Обследование бесплодных пар. Искусственное инсеминация. Экстракорпоральное оплодотворение.

Контрольные вопросы.

1. Каковы основные задачи сбора анамнеза у пары, страдающей бесплодием?
2. Что включает объективное обследование бесплодной пары?
3. Каков алгоритм лечения бесплодия?
4. Какие группы препаратов применяют для стимуляции овуляции?
5. Что такое ВРТ?
6. Что такое искусственная инсеминация?
7. Какие показания к ЭКО?

Рекомендуемая литература:**1. Основная литература**

284. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

285. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

286. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

287. Гинекология : новейший справочник / авт. Н. А. Татарова и др.; под общ. ред. Л. А. Сулопарова. - : Эксмо, 2007. - 688 с.

288. Назаренко, Т. А. Бесплодие и возраст: пути решения проблемы / Т. А. Назаренко, Н. Г. Мишиева. - М. : МЕД пресс-Информ, 2010. - 208 с.

289. Общая врачебная практика по Джонсу Нобелю / под ред. Дж. Нобеля; пер. с англ. под ред. Е. Р. Тимофеевой, Н. А. Федоровой. - Кн. 1. – М., 2005. - 416 с.

- 290.Полякова, В. А. Современная гинекология / В. А. Полякова. - Тюмень : Изд-во ФГУИПП, 2004. – 608 с.
- 291.Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
- 292.Руководство по амбулаторно-полик-линической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
- 293.Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.
- 294.Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.

2. Дополнительная литература

- 153.Кулаков В.И., Назаренко Т.А., Волков Н.И., и др. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению: руководство / В.И. Кулаков, Т.А. Назаренко, Н.И. Волков Н.И. и др. / Под ред. Г.Т. Сухих, Т.А. Назаренко, 2-е изд., испр. и доп. - Издательство «ГЭОТАР-Медиа», - 2010.
- 154.Невынашивание беременности: патогенез, диагностика, лечения. Клиническое руководство Беременность и роды. / Род ред. А.Н. Стрижакова, Москва, 2011.
- 155.Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
- 156.Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
- 157.Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

Код 14.1. Тема. Предоперационная подготовка.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель. Усвоить принципы предоперационной подготовки.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	5
2.	Доклад преподавателя.	15
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Понятие предоперационной подготовки. Общие положения.
2. Специальная подготовка: медикаментозная, физическая, психофизическая.
3. Предоперационная подготовка в условиях стационара.
4. Предоперационная подготовка в зависимости от вида операции. Влагалищные операции. Брюшностеночные операции.
5. Предоперационная подготовка при экстрагенитальной патологии и аллергических состояниях. Патология органов дыхания. Сердечно-сосудистые заболевания. Анемия. Эндокринные заболевания. Заболевания печени. Заболевания почек. Аллергические состояния.

Краткое изложение материала

Обследование больной следует начинать с расспроса, придерживаясь следующей схемы: 1) паспортные данные, 2) жалобы, 3) перенесенные заболевания, 4) функции половой системы (менструальная, половая, детородная, секреторная), 5) наличие болей и их характер, 6) функция кишечника и мочевыводящей системы, 7) история развития настоящего заболевания.

При плановой госпитализации больные перед поступлением в отделение оперативной гинекологии проходят амбулаторно обследование по месту жительства. Производят клинический анализ крови и мочи, определяют резус-принадлежность и группу крови, реакцию Вассермана, исследуют флору влагалища, больную осматривает терапевт, ее направляют на электрокардиографию, получают заключение стоматолога, выполняют рентгеноскопию грудной клетки или флюорографию, рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта (при наличии опухолей яичников и заболеваний желудочно-кишечного тракта), исследование на СПИД.

В стационаре дополнительно производят биохимические исследования крови, коагулограмму. При необходимости повторяют анализы крови, мочи, отделяемого влагалища, осмотр терапевтом. Перед операцией больную обязательно осматривает анестезиолог.

В случае экстренной госпитализации, если позволяет состояние больной, в течение суток производят анализы крови и мочи общие, определение группы крови и резус-принадлежности, анализ крови на сахар, коагулографию, рентгеноскопию грудной клетки, электрокардиографию, ультразвуковое сканирование органов малого таза. При необходимости срочной операции определение группы крови и резус-принадлежности обязательно.

Контрольные вопросы.

1. Предоперационная подготовка к влагалищным операциям.
2. Предоперационная подготовка к брюшностеночным операциям.

3. Предоперационная подготовка при экстрагенитальной патологии и аллергических состояниях.

Рекомендуемая литература.

1. Основная литература

295. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
296. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
297. Ищенко, А. И. Новые технологии и малоинвазивная хирургия в гинекологии / А. И. Ищенко. – М. : Изд-кий дом ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 136 с.
298. Кулаков, В. И. Руководство по оперативной гинекологии / В. И. Кулаков, Н. Д. Селезнева, С. Е. Белоглазова. - : МИА, 2006. - 640 с.
299. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
300. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.
301. Херт, Г. Оперативная урогинекология : Рук. для врачей: Пер. с англ / Г. Херт ; Под ред.: Н. А. Лопаткина, О. И. Аполихина. - : Изд. дом ГЭОТАР-МЕД, 2003. - 276 с.
302. Хирш, Х. А. Оперативная гинекология : атлас / Х. А. Хирш, О. Кезер, Ф. А. Икле; гл. ред. В. И. Кулаков, отв. ред. И. В. Федоров ; пер. с англ. - : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.
303. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.

2. Дополнительная литература

158. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
159. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб. пособие / под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
160. Эндоскопические методы диагностики и лечения в гинекологии : учеб. пособие / [сост. : Ф. К. Тетелютина, Е. П. Кузнецова, Л. И. Пименова и др.] ; ГОУ ВПО ИГМА. - Ижевск : [Б. и.], 2007. - 42 с.

Код 14.2. Тема. Операции на матке

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: информировать слушателей о методике эндоскопических операций на матке

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (135 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Выступление преподавателя.	100
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	25

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Операции на матке.

1.1. Консервативные операции.

1.2. Полурадикальные операции.

1.2.1. Высокая ампутация.

1.2.2. Радикальные операции.

1.2.3. Надвлагалищная ампутация матки.

1.2.4. Экстирпация матки.

2. Выбор операционного доступа (лапароскопия, гистероскопия).

3. Общие подходы к использованию оборудования и энергий.

Перечень оборудования и методического оснащения: учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, видеофильм, телевизор.

Краткое изложение материала

Операции на матке бывают радикальными (ампутация, экстирпация) и пластическими органосохраняющими (миомэктомия, дефундация, высокая ампутация матки).

Надвлагалищная ампутация матки – субтотальная гистерэктомия, представляет собой оперативное вмешательство, направленное на удаление матки с сохранением шейки матки. Возможны следующие варианты этой операции: типичная ампутация без придатков. Типичная ампутация матки с придатками, атипичные варианты надвлагалищной ампутиации матки.

Экстирпация матки – тотальная гистерэктомия – это полное удаление матки с шейкой. Различают типичную экстирпацию матки без придатков и с придатками.

В настоящее время актуальность пластических органосохраняющих операций на матке возросла в связи с большой частотой миомы матки у молодых женщин и необходимостью сохранения у них детородной и менструальной функции. Существуют следующие варианты операций: консервативная миомэктомия одного или нескольких подбрюшинных миоматозных узлов, органосохраняющие операции на матке при удалении одного или нескольких интерстициальных или субмукозных миоматозных узлов, удаление субмукозных миоматозных узлов матки трансвагинальным путем.

Дефундация матки – производится при локализации миомы у ее дна.

Высокая ампутация матки выполняется у женщин детородного возраста с целью сохранения менструальной функции.

Контрольные вопросы:

1. Виды операций на матке.

2. Выбор операционного доступа (лапароскопия, гистероскопия). Общие подходы к использованию оборудования и энергий.

3. Консервативные операции.

4. Радикальные операции.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

304. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
305. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
306. Ищенко, А. И. Новые технологии и малоинвазивная хирургия в гинекологии / А. И. Ищенко. – М. : Изд-кий дом ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 136 с.
307. Кулаков, В. И. Руководство по оперативной гинекологии / В. И. Кулаков, Н. Д. Селезнева, С. Е. Белоглазова. - : МИА, 2006. - 640 с.
308. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
309. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.
310. Херт, Г. Оперативная урогинекология : Рук. для врачей: Пер. с англ / Г. Херт ; Под ред.: Н. А. Лопаткина, О. И. Аполихина. - : Изд. дом ГЭОТАР-МЕД, 2003. - 276 с.
311. Хирш, Х. А. Оперативная гинекология : атлас / Х. А. Хирш, О. Кезер, Ф. А. Икле; гл. ред. В. И. Кулаков, отв. ред. И. В. Федоров ; пер. с англ. - : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.
312. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.

2. Дополнительная литература

161. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
162. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб. пособие / под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
163. Эндоскопические методы диагностики и лечения в гинекологии : учеб. пособие / [сост. : Ф. К. Тетелютина, Е. П. Кузнецова, Л. И. Пименова и др.] ; ГОУ ВПО ИГМА. - Ижевск : [Б. и.], 2007. - 42 с.

Код 14.3. Тема. Операции на придатках матки

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: Освоить теоретические основы методики и техники эндоскопических операций на придатках матки.

План лекции.

Этапы занятия		Продолжительность (135 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Выступление преподавателя.	100
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	25

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Операции на трубах.
 - 1.1. Удаление труб.
 - 1.2. Пластика.
2. Операции на яичниках.
 - 2.1. Резекция
 - 2.2. Ушивания, коагуляция
 - 2.3. Удаление

Перечень оборудования и методического оснащения: учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, видеофильм, телевизор.

Краткое изложение материала.

В настоящее время все большее значение в лечении воспалительных и опухолевидных заболеваний придатков матки приобретает лапароскопия, при которой можно не только осмотреть внутренние половые органы, но и взять соскоб для определения микрофлоры маточных труб, позадматочного пространства и в случае необходимости осуществить дренирование малого таза. Лапароскопические операции в настоящее время используют практически при всех видах гинекологической патологии. Операции на придатках матки включают операции на маточных трубах и операции на яичниках, часто вмешательство выполняют одновременно и на маточной трубе, и на яичнике. Эти операции могут быть как экстренные, так и плановые.

Контрольные вопросы:

1. Последовательность операции на трубах.
2. Последовательность операции на яичниках.

Рекомендуемая литература:**1. Основная литература**

313. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

314. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

315. Ищенко, А. И. Новые технологии и малоинвазивная хирургия в гинекологии / А. И. Ищенко. – М. : Изд-кий дом ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 136 с.

316. Кулаков, В. И. Руководство по оперативной гинекологии / В. И. Кулаков, Н. Д. Селезнева, С. Е. Белоглазова. - : МИА, 2006. - 640 с.

317. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.

- 318.Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.
- 319.Херт, Г. Оперативная урогинекология : Рук. для врачей: Пер. с англ / Г. Херт ; Под ред.: Н. А. Лопаткина, О. И. Аполихина. - : Изд. дом ГЭОТАР-МЕД, 2003. - 276 с.
- 320.Хирш, Х. А. Оперативная гинекология : атлас / Х. А. Хирш, О. Кезер, Ф. А. Икле; гл. ред. В. И. Кулаков, отв. ред. И. В. Федоров ; пер. с англ. - : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.
- 321.Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.

2. Дополнительная литература

- 164.Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
- 165.Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
- 166.Эндоскопические методы диагностики и лечения в гинекологии : учеб. пособие / [сост. : Ф. К. Тетелютина, Е. П. Кузнецова, Л. И. Пименова и др.] ; ГОУ ВПО ИГМА. - Ижевск : [Б. и.], 2007. - 42 с.

Код 14.4. Тема. Методы оперативного лечения при ретродевиациях, опущении стенок влагалища, выпадении матки.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: Освоить теоретическую основу методики операций при ретродевиациях, опущении стенок влагалища, матки.

План лекции.

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	5
2.	Выступление преподавателя.	30
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Особенности репродуктивного здоровья женщины при ретродевиациях, опущении стенок влагалища, воспаление матки.
2. Диагностика ретродевиаций, степени опущении стенок влагалища.
3. Методы оперативного лечения при ретродевиациях, опущении стенок влагалища, воспаление матки.

Перечень оборудования и методического оснащения: учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, видеофильм, телевизор.

Краткое изложение материала.

Ретродевиация матки (retrodeviatio uteri; ретро- + лат. devio, deviatum сбиваться с пути) — положение матки, при котором ее тело отклонено кзади, шейка — кпереди (ретроверсия), а угол между ними открыт кзади (ретрофлексия). Опущение и выпадение влагалища чаще у пожилых женщин, у девушек и нерожавших женщин данная патология (пролапс – опущение гениталий) крайне редка.

Причиной опущения влагалища являются изменения эластичности мышц и фасций малого таза. Обычно, эта проблема возникает у женщин в пожилом возрасте, однако же, этот процесс могут вызывать: многочисленные роды; травмы, полученные женщиной во время родов; тяжелая физическая работа в послеродовой период; возрастные процессы в половых органах. Так же опущение стенок влагалища происходит в результате повышения внутрибрюшного давления, ожирения, работы, связанной с постоянным подниманием тяжестей. Выпадение влагалища обычно развивается медленно. В начальной стадии Вы чувствуете болевые ощущения при натуживании: тянущие боли внизу живота и поясничной области, недержание мочи, запоры. Возможна боль при половом акте, а так же появление неприятных ощущений во влагалище. Когда патология развивается, у Вас появляется ощущение постороннего тела во влагалище слизистая оболочка влагалища становится грубой, легко травмируется. Смещение влагалища приводит к раздражению вегетативных нервов прямой кишки и мочевого пузыря, поэтому ещё одним частым симптомом является недержание мочи в сочетании с запором.

Консервативное лечение применяется, когда выраженность выпадения небольшая; оно включает в себя: ограничение физических нагрузок (особенно после 45 лет); курс гинекологического массажа; занятия гигиенической гимнастикой, направленной на улучшение кровоснабжения влагалища, и может укрепить связочный аппарат внутренних половых органов во время беременности и после родов, мышц брюшного пресса, тазового дна. Но чаще всего специалисты прибегают к хирургическому вмешательству (для восстановления тазового дна). Два основных метода: кольпорафия - иссечение

избыточной ткани стенок влагалища с последующим их сшиванием; кольпоперинеорафия (кольпоперинеопластика) - ушивание задней стенки влагалища и мышц промежности.

Кольпорафия (colporrhaphia; кольцо- + греч. rharphe шов) - хирургическая операция по ушиванию стенок влагалища при его опущении и выпадении. Кольпорафия бывает двух видов: передняя и задняя (зависит от отпущения стенки влагалища). Операция направлена на восстановление положения матки, мочевого пузыря и мышц таза, анатомическое положение которых изменяется вследствие опущения влагалища. Данное хирургическое вмешательство позволяет укрепить стенки влагалища и тазовое дно (мышцы промежности, которые придают влагалищу вертикальное положение).

Зачастую у женщин после родов происходит чрезмерное растяжение стенок влагалища и она не испытывает удовлетворения от половой близости: в этом случае применяется кольпоперинеорафия (кольпоперинеопластика) – ушивание задней стенки влагалища и мышц промежности. Операция делается под общим наркозом; стенку влагалища (переднюю или заднюю) оттягивают книзу, после чего из нее вырезают и удаляют лоскут на уровне перехода влагалища в шейку матки; после этого накладываются швы. Эти манипуляции позволяют приподнять стенку влагалища. Но бывают осложнения, когда хирург удаляет слишком большой лоскут и влагалище приподнимается, принимая неестественное положение, - в этом случае делают прорезывание швов – заживание будет болезненным и долгим. Повреждение стенки мочевого пузыря – ещё одно осложнение передней кольпорафии, жировой клетчатки вокруг прямой кишки или ее стенки – осложнение задней кольпорафии. После операции Ваши передвижения ограничены: на неделю – постельный режим, разрешение садиться только примерно через 2 недели (в зависимости от заживания и наличия воспаления). Врач назначит Вам обезболивающие и антибиотики.

Выпадение матки и влагалища — выход матки и стенок влагалища за пределы половой щели, обычно у пожилых, много рожавших женщин, имевших разрывы промежности, приступавших вскоре после родов к тяжёлому физическому труду. Нередко сопровождается недержанием мочи. В качестве лечения рекомендуется кольпопластика.

Этапы операции – передняя кольпорафия. Техника операции при опущении мочевого пузыря и передней стенки влагалища. Для сохранения детородной функции женщины В.С. Фриновским при опущении матки была предложена операция крестовидного укорочения круглых и крестцово-маточных связок путем чревосечения с обязательной кольпоперинеорафией и леваторопластикой. Показанием к операциям Мейо (влагалищной экстерпации матки с кольпоперинеорафией и леваторопластикой) является выпадение матки и влагалища в сочетании с миомой матки, эрозией шейки матки, длительной не заживающей декубитальной язвы. В детородном возрасте показанием к операции Мейо является выпадение матки субмуозной миомой, внутренним эндометриозом. Техника операции.

Контрольные вопросы

1. Особенности репродуктивного здоровья женщины при ретродевиациях, опущении стенок влагалища, воспаление матки.
2. Диагностика ретродевиаций, степени опущении стенок влагалища.
3. Методы оперативного лечения при ретродевиациях, опущении стенок влагалища, воспаление матки.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

322. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

323. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

324. Ищенко, А. И. Новые технологии и малоинвазивная хирургия в гинекологии / А. И. Ищенко. – М. : Изд-кий дом ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 136 с.

325. Кулаков, В. И. Руководство по оперативной гинекологии / В. И. Кулаков, Н. Д. Селезнева, С. Е. Белоглазова. - : МИА, 2006. - 640 с.

326. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.

327. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.

328. Херт, Г. Оперативная урогинекология : Рук. для врачей: Пер. с англ / Г. Херт ; Под ред.: Н. А. Лопаткина, О. И. Аполихина. - : Изд. дом ГЭОТАР-МЕД, 2003. - 276 с.

329. Хирш, Х. А. Оперативная гинекология : атлас / Х. А. Хирш, О. Кезер, Ф. А. Икле; гл. ред. В. И. Кулаков, отв. ред. И. В. Федоров ; пер. с англ. - : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.

330. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.

2. Дополнительная литература

167. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.

168. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб. пособие / под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

169. Эндоскопические методы диагностики и лечения в гинекологии : учеб. пособие / [сост. : Ф. К. Тетелютина, Е. П. Кузнецова, Л. И. Пименова и др.] ; ГОУ ВПО ИГМА. - Ижевск : [Б. и.], 2007. - 42 с.

Код 14.5. Тема. Интенсивная терапия и профилактика осложнений в послеоперационном периоде.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: информировать слушателей об интенсивной терапии и профилактики осложнений в послеоперационном периоде.

План лекции.

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Выступление преподавателя.	70
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

- 1.Течение и ведение послеоперационного периода
- 2.Послеоперационные нарушения и их коррекция
- 3.Восстановление физиологических функций (гомеостаза, мочеиспускания, кишечника, печени, почек).
- 4.Послеоперационные осложнения и их профилактика.
- 5.Реабилитационные мероприятия в послеоперационном периоде

Перечень оборудования и методического оснащения : учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, демонстрация клинического случая..

Краткое изложение материала

При проведении интенсивной терапии в послеоперационном периоде основными задачами трансфузионной терапии является: поддержание необходимого ОЦК, улучшение микроциркуляции, нормализация кислотно-основного состояния и водно-электролитного баланса, восстановление кислородно-транспортной функции крови. Ориентировочной программой инфузионно-трансфузионной терапии является сочетанное применение коллоидов и кристаллоидов в соотношении 1/1, препаратов крови и компонентов крови по показаниям. Непременным правилом коррекции гомеостаза в послеоперационном периоде является тщательный лабораторный контроль.

Контрольные вопросы:

1. Особенности интенсивной терапии при осложнениях оперативных вмешательств в гинекологии.
2. Особенности интенсивной терапии при осложнениях оперативных вмешательств в акушерстве.
3. Профилактика осложнений послеродового периода

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

331.Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

332.Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

333.Ищенко, А. И. Новые технологии и малоинвазивная хирургия в гинекологии / А. И. Ищенко. –М. : Изд-кий дом ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 136 с.

334.Кулаков, В. И. Руководство по оперативной гинекологии / В. И. Кулаков, Н. Д. Селезнева, С. Е. Белоглазова. - : МИА, 2006. - 640 с.

335. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
336. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.
337. Херт, Г. Оперативная урогинекология : Рук. для врачей: Пер. с англ / Г. Херт ; Под ред.: Н. А. Лопаткина, О. И. Аполихина. - : Изд. дом ГЭОТАР-МЕД, 2003. - 276 с.
338. Хирш, Х. А. Оперативная гинекология : атлас / Х. А. Хирш, О. Кезер, Ф. А. Икле; гл. ред. В. И. Кулаков, отв. ред. И. В. Федоров ; пер. с англ. - : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.
339. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.

2. Дополнительная литература

170. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
171. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб. пособие / под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
172. Эндоскопические методы диагностики и лечения в гинекологии : учеб. пособие / [сост. : Ф. К. Тетелютина, Е. П. Кузнецова, Л. И. Пименова и др.] ; ГОУ ВПО ИГМА. - Ижевск : [Б. и.], 2007. - 42 с.

Код 15.1. Тема. Травматизм в акушерстве.**Цикл:** ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».**Контингент обучающихся:** заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций**Цель:** Информирование слушателей о травматизме в акушерстве.**План лекции**

Этапы занятия		Продолжительность (135 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Доклад преподавателя.	100
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	25

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Понятие акушерского травматизма.
2. Разрывы наружных половых органов. Методики зашивания. Профилактика.
3. Разрывы шейки матки и влагалища. Зашивание. Профилактика. Гематомы влагалища. Диагностика. Тактика. Профилактика нагноений гематом.
4. Разрывы матки во время беременности (по рубцу) и в родах. Классификация (угрожающий, начавшийся; полный, неполный). Разрыв матки вследствие несоответствия размеров плода и таза матери. Клиника. Диагностика. Тактика. Разрыв матки в результате неполноценности миометрия. Разрыв матки в родах по рубцу.
5. Травмы смежных органов (мочевого пузыря, прямой кишки).
6. Разрыв лонного сочленения. Диагностика. Лечение. Профилактика. Реабилитация.
7. Травматические повреждения плода (кефалогематомы, кровоизлияния в мозг, повреждение спинного мозга плода и др.). Причины. Диагностика. Профилактика.
8. Профилактика акушерского травматизма. Реабилитация.

Перечень оборудования и методического оснащения : учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, демонстрация клинического случая..**Краткое изложение материала.**

Во время родов часто возникают повреждения тканей промежности, влагалища и шейки матки, имеющие характер поверхностных ссадин и трещин. Нередко наблюдаются разрывы промежности, шейки матки и слизистой оболочки влагалища, связанные с перерастяжением тканей или хирургическими вмешательствами. При патологических родах иногда возникают повреждения, угрожающие жизни женщины (разрыв матки), ведущие к последующему нарушению трудоспособности и важнейших функций организма. Кроме повреждения тканей родовых путей при осложненных родах, нередко возникают родовые травмы плода, которые обнаруживаются в периоде новорожденности или позднее. Разрывы матки. Этиология, патогенез, тактика врача при разных формах клинического течения разрыва матки. Объем оперативного лечения, сложения. Формирования групп риска, особенности ведения беременных групп риска в женской консультации. Послеродовая реабилитация .

Контрольные вопросы:

1. Разрывы промежности.
- 2.Разрыв влагалища.
- 3.Гематомы наружных половых органов.
- 4.Гематомы вульвы и влагалища.
- 5.Разрыв шейки матки.
- 6.Разрыв матки..
- 7.Травмы смежных органов.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

340. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике : рук. / Э. К. Айламазян. - Изд. 4-е, перераб. и доп.. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 400 с.

341. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

342. Чернуха, Е. А. Родовой блок : рук. для врачей / Е. А. Чернуха. - 3-е изд., перераб., испр. и доп. - : Триада-Х, 2003. - 712 с.

2. Дополнительная литература

173. Акушерство от десяти учителей : учеб. пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004

174. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.

175. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб. пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

176. Серов В.Н., Сухих Г.Т., Баранов И.И., Пырегов А.В., Тютюнник В.Л., Шмаков Р.Г. Неотложные состояния в акушерстве: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2013. – 784с.

177. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

Код 16.1. Тема. Антенатальная охрана здоровья плода и иммунобиологические взаимоотношения матери и плода

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: ознакомить слушателей с основными методами антенатальной диагностики плода и иммунобиологическими взаимоотношениями матери и плода.

План лекции.

Этапы занятия		Продолжительность (90мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Доклад преподавателя.	70
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

- 1.Определение резус-иммунизации у беременной.
- 2.Иммунология резус-конфликта.
- 3.Патофизиология эритроblastоза плода.
- 4.Лечение эритроblastоза плода.
5. Профилактика эритроblastоза плода.

Краткое изложение материала:

Определение резус-иммунизации у беременной. – появление антител в ответ на внедрение фетальных эритроцитарных антигенов группы резус. Антитела проникают через плаценту, разрушают эритроциты плода, вызывая анемию, в результате которой появляются компенсаторные экстрамедулярные кровотообразования что приводит к портальной гипертензии, нарушению функции печени, асциту, гипопроотеинемии, водянке плода. Резус система состоит из шести резус генов. Наиболее значимый ген Д. Иммунология резус-конфликта. Механизм изоиммунизации. Дородовая изоиммунизация. Изоиммунизация во время родов. Патофизиология эритроblastоза плода. Деструкция эритроцитов плода. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного. Легкая, средняя, тяжелая форма гемолитической болезни. Диагностика гемолитической болезни. Лечение и методы проведения внутриматочных гемотрансфузий. Ведение беременности у неиммунизированных женщин и иммунизированных женщин. Оценка иммунизации беременной, особенности родоразрешения и профилактика резус-иммунизации во время беременности и после родоразрешения.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедийное оборудование, ноутбук, контрольные вопросы..

Контрольные вопросы:

- 1.Особенности ведения беременных неиммунизированных и иммунизированных женщин.
- 2.Диагностика гемолитической болезни плода.
- 3.Профилактика резус-иммунизации во время беременности и после родоразрешения.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

343.Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике : рук. / Э. К. Айламазян. - Изд. 4-е, перераб. и доп.. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 400 с.

344.Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

345.Чернуха, Е. А. Родовой блок : рук. для врачей / Е. А. Чернуха. - 3-е изд., перераб., испр. и доп. - : Триада-Х, 2003. - 712 с.

346.Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.

2. Дополнительная литература

178.Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004

179.Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.

180.Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

181.Серов В.Н., Сухих Г.Т., Баранов И.И., Пырегов А.В., Тютюнник В.Л., Шмаков Р.Г. Неотложные состояния в акушерстве: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2013. – 784с.

182.Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

183.Экстрагенитальная патология у беременных : учеб. пособие / [сост. : Н. Ф. Одинцова, М. В. Дударев] ; под ред. М. В. Дударева ; ГБОУ ВПО ИГМА, каф. поликлин. терапии с курсами клин. фармакологии и профилакт. мед. ФПК и ПП. - Ижевск : ИГМА, 2013. - 92 с.

Код 16.2. Тема. Невынашивание беременности.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций.

Цель: Информирование слушателей по проблеме невынашивания.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (135 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Доклад преподавателя.	100
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	25

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Классификация причин невынашивания беременности.
2. Этапы обследования супружеских пар при невынашивании.
3. Невынашивание беременности в ранние сроки беременности.
4. Тактика ведения женщин с невынашиванием беременности.
5. Алгоритм обследования в женской консультации. Этапы скринингового обследования женщин

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедиа.

Краткое изложение материала.

Классификация причин невынашивания беременности. Женский фактор: генетические, нейроэндокринные, инфекционные, иммунологические причины, аномалии гениталий, травмы, опухоли, патология беременности. Плодовый фактор. Социально-средовые причины. Производственные вредности.

Этапы обследования супружеских пар при невынашивании. Схема сбора анамнеза в супружеской паре. Тактика ведения женщин с невынашиванием беременности. Первый этап. Алгоритм обследования. Второй этап. Восстановительное лечение вне беременности. Основные задачи. Базисные виды лечения. Третий этап. Принципы ведения беременности наступившей после завершения восстановительной терапии.

Показатели диагностических тестов. Задачи терапии в зависимости от этапа лечения. Уровни специфических белков беременности и заболевания связанные с ними: α -фетопротеин, плацентарный лактоген, трофобласт-специфический β -гликопротеин, плацентарный микроглобулин, перекисное окисление липидов.

Невынашивание беременности при патологии матки. Алгоритм обследования в женской консультации. Этапы скринингового обследования женщин. Тактика ведения женщин группы риска на пороки развития плода. Системная энзимотерапия. Новые технологии лечения невынашивания.

Контрольные вопросы:

1. Причины невынашивания
2. Невынашивание в ранние сроки беременности
3. Ведение беременных с невынашиванием, различной этиологии.

Рекомендуемая литература:**1. Основная литература**

347. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

348. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

349.Руководство по амбулаторно-полик-линической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

350.Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.

351.Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.

2. Дополнительная литература

184.Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004

185.Кулаков В.И., Назаренко Т.А., Волков Н.И., и др. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению: руководство / В.И. Кулаков, Т.А. Назаренко, Н.И. Волков Н.И. и др. / Под ред. Г.Т. Сухих, Т.А. Назаренко, 2-е изд., испр. и доп. - Издательство «ГЭОТАР-Медиа», - 2010.

186.Невынашивание беременности: патогенез, диагностика, лечения. Клиническое руководство Беременность и роды. / Род ред. А.Н. Стрижакова, Москва, 2011.

187.Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.

188.Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

189.Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

190.Серов В.Н., Сухих Г.Т., Баранов И.И., Пырегов А.В., Тютюнник В.Л., Шмаков Р.Г. Неотложные состояния в акушерстве: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2013. – 784с.

191.Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

Код 16.2. Тема Невынашивание. Антифосфолипидный синдром.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель. Информирование слушателей о антифосфолипидном синдроме в акушерстве

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Доклад преподавателя.	70
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Виды антифосфолипидного синдрома. Классификация.
2. Диагностика. Лабораторные исследования.
3. Антитела к кардиолипидному антигену. Механизм действия.
4. Антифосфолипидный синдром и невынашивание беременности.
5. Антифосфолипидный синдром и преэклампсия.
6. Комплексная терапия.
7. Акушерская тактика.
8. Профилактика.

Перечень оборудования и методического оснащения : учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, демонстрация клинического случая..

Краткое изложение материала.

Антифосфолипидный синдром был описан 10 лет назад у больных СКВ и другими коллагенозами. Важную роль в патогенезе болезни играют антитела к фосфолипидам (волчаночный антикоагулянт и антитела к кардиолипидному антигену). Заболевание характеризуется тромбозами артерий и вен, а также – ВУЗР, гибелью плода, преэклампсией. Классификация. Клинические формы. 10-20% самопроизвольных аборт на ранних сроках беременности обусловлены иммунными нарушениями. При привычном аборте их обнаруживают у 16% женщин, среди больных СКВ или другими коллагенозами в 2 раза чаще. Прогноз уточняют на 18-24 неделе после доплерографического исследования маточного кровотока и определения уровня АФП в сыворотке. У 15-20% беременных с преэклампсией обнаруживаются антитела к кардиолипидному антигену. При ВУЗР антитела к кардиолипидному антигену обнаруживают в 25% случаев, то есть в 10 раз чаще. Комплексная терапия включает в себя аспирин в малых дозах, гепарин в малых дозах, кортикостероиды. После тщательного сбора анамнеза определяют АЧТВ. Если этот показатель повышен, проводят пробу на волчаночный антикоагулянт. При положительном результате назначают аспирин или гепарин. Определяют антитела к кардиолипидному антигену. Если их титр невысок, дальнейшее лечение не требуется. При среднем или высоком титре назначают кортикостероиды. Акушерская тактика. Влияние на исходы для матери и плода. Профилактика.

Контрольные вопросы:

1. Виды антифосфолипидного синдрома.
2. Диагностика АФС.
3. Лабораторные исследования АФС.
4. Антифосфолипидный синдром и преэклампсия.

Рекомендуемая литература:**1. Основная литература**

- 352.Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.
- 353.Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
- 354.Руководство по амбулаторно-полик-линической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
- 355.Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.
- 356.Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.

2. Дополнительная литература

- 192.Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
- 193.Кулаков В.И., Назаренко Т.А., Волков Н.И., и др. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению: руководство / В.И. Кулаков, Т.А. Назаренко, Н.И. Волков Н.И. и др. / Под ред. Г.Т. Сухих, Т.А. Назаренко, 2-е изд., испр. и доп. - Издательство «ГЭОТАР-Медиа», - 2010.
- 194.Невынашивание беременности: патогенез, диагностика, лечения. Клиническое руководство Беременность и роды. / Род ред. А.Н. Стрижакова, Москва, 2011.
- 195.Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
- 196.Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
- 197.Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
- 198.Серов В.Н., Сухих Г.Т., Баранов И.И., Пырегов А.В.. Тютюнник В.Л., Шмаков Р.Г. Неотложные состояния в акушерстве: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2013. – 784с.
- 199.Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

Тема 16.4. Гипоксия и отставание внутриутробного развития плода

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: информировать слушателей о гипоксии и внутриутробном отставании развития плода.

План лекции.

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Выступление преподавателя.	70
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Кардиотокограмма.
2. Оценка результатов КТГ.
3. Клиническое значение нарушений сердечного ритма плода.
4. Дополнительные исследования при внутриутробной гипоксии. Фоностимуляция и пальпация головки плода. Оценка кислотно-щелочного равновесия.
5. Наблюдение за состоянием плода. Гравидограмма. Стрессовый и нестрессовый тест. Биофизический профиль плода.
- 6.. СЗРП. Классификация. Патогенез.
7. Диагностика. Лечение.
8. Тактика ведения беременности при подозрении на ВЗУР.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедийное оборудование, ноутбук, контрольные вопросы..

Краткое изложение материала.

Регуляция сердечного ритма плода осуществляется г.о. нервной системой. Кроме этого, существует целый ряд гуморальных и других факторов, опосредованно влияющих на сердечный ритм плода, например плацентарный кровоток.

На кровоснабжение фетоплацентарной системы идет почти 85% маточного кровотока. Основные причины снижения маточного кровотока – длительное положение беременной на спине, чрезмерная физическая нагрузка, артериальная гипер-и гипотония, сахарный диабет. Внутриутробная гипоксия может появляться при нарушении кровоснабжения межворсинчатого пространства из-за продолжительных или чрезмерно сильных схваток, преждевременной отслойке и инфарктах плаценты.

Ритм сокращений плода задается синусовым ритмом. Изменения ЧСС обусловлены симпатическими и парасимпатическими влияниями на синусовый узел. Преходящее снижение вариабельности сердечного ритма обычно обусловлено инфекцией, приемом лекарственных средств и внутриутробной гипоксией. Длительное отсутствие вариабельности сердечного ритма может быть признаком тяжелого поражения ЦНС.

Кардиотокограмма. Непрямая. Сердечные сокращения плода. Сократительная функция матки. Прямая КТГ. Сердечные сокращения плода. Сократительная функция матки. Оценка результатов КТГ. Акцелерация. Ранние децелерации. Вариабельные децелерации. Поздние децелерации. Сочетание децелераций с тахикардией или отсутствием вариабельности сердечного ритма указывает на тяжелую гипоксию с ацидозом. Замедленное восстановление исходного ритма после децелераций указывает на нарастание гипоксии. При нормальных ЧСС и вариабельности сердечного ритма прогноз благоприятный. В каждом случае необходима ранняя диагностика внутриутробной гипоксии и профилактика гипоксического поражения ЦНС, почек и ЖКТ. Если причина

не устранима, то показано экстренное родоразрешение и сердечно-легочная реанимация опытным неонатологом. При тахикардии дифференциальную диагностику проводят между синусовой и другими формами наджелудочковой тахикардии. Особое внимание уделяют диф.диагностике брадикардии и врожденного нарушения внутрисердечной проводимости у плода. Родоразрешение в специализированной клинике.

Вариабельные децелерации возникают в результате кратковременного сдавления пуповины в течение схваток, при маловодии или дефиците вартоновой студени. Предпринимаются следующие мероприятия: смена положения тела роженицы, родостимуляция окситоцином, ингаляция 100% кислородом, интраамниальное введение физиологического раствора, лечение артериальной гипотонии.

Поздние децелерации и отсутствие variability сердечного ритма – признаки тяжелой плацентарной недостаточности и внутриутробной гипоксии.

Наблюдение за состоянием плода. Подсчет шевелений плода беременная осуществляет самостоятельно (риск менее 10 раз в 1 час.). Стрессовый тест позволяет оценить состояние ЧСС плода в ответ на сокращение матки, вызванные массированием сосков молочных желез или в/в введением окситоцина. Нестрессовый тест позволяет изучить изменение ЧСС плода при его шевелениях.

Биофизический профиль плода включает: ЧДД, мышечный тонус, двигательная активность, ЧСС (нестрессовый тест), объем околоплодных вод.

ВУЗР – акушерский диагноз, ставят при заметном отставании развития плода. Симметричная и несимметричная формы. Проявления ВУЗР зависят от нарушенной фазы развития. Основная причина симметричной – хромосомные аномалии, инфекции, влияние экзогенных факторов в ранние сроки беременности, ассиметричной – плацентарная недостаточность. Диагностика – УЗИ (фетометрия).

ВУЗР – фактор риска гибели плода. При плацентарной недостаточности прогноз можно улучшить с помощью ранней диагностики и своевременного лечения и родоразрешения. Срок родоразрешения зависит от срока беременности и состояния плода. Метод родоразрешения зависит от положения и предлежания плода, зрелости шейки матки, а также variability ЧСС плода в ответ на сокращения матки.

Макросомия – если вес ребенка при рождении составляет более 4000-4500 г. либо выше 90-го перцентиля для данного гестационного возраста.. основная причина – сахарный диабет у матери.. Диагностика – УЗИ. Основное затруднение родов – рождение плечиков. При подозрении на макросомию расширяют показания к кесареву сечению.

Контрольные вопросы:

- 1.Плацентарная недостаточность (этиология, патогенез, диагностика, профилактика и лечение).
- 2.Особенности течения и ведения беременности при хронической и острой гипоксии плода.
- 3.Тактика врача по ведению беременности при СЗРП

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

357.Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

358.Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

359.Руководство по амбулаторно-полик-линической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

360.Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.

361.Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.

2. Дополнительная литература

200. Акушерство от десяти учителей : учеб. пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
201. Кулаков В.И., Назаренко Т.А., Волков Н.И., и др. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению: руководство / В.И. Кулаков, Т.А. Назаренко, Н.И. Волков Н.И. и др. / Под ред. Г.Т. Сухих, Т.А. Назаренко, 2-е изд., испр. и доп. - Издательство «ГЭОТАР-Медиа», - 2010.
202. Невынашивание беременности: патогенез, диагностика, лечения. Клиническое руководство Беременность и роды. / Ред. А.Н. Стрижакова, Москва, 2011.
203. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
204. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб. пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
205. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб. пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
206. Серов В.Н., Сухих Г.Т., Баранов И.И., Пырегов А.В., Тютюнник В.Л., Шмаков Р.Г. Неотложные состояния в акушерстве: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2013. – 784с.
207. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

Код 16.5. Тема. Реанимация и интенсивная терапия новорожденных.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: ознакомить слушателей с этапами оказания первичной реанимационной помощи новорожденному в родильном зале..

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Выступление слушателей.	30
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1.Способы улучшения организации и качества первичной и реанимационной помощи новорожденным в родильном зале.

2.Методические указания «Первичная и реанимационная помощь новорожденному в родильном зале».

3.Учетная форма №097-И/у-95 – «Карта первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале».

4.Формы первичной медицинской документации введенной приказом.

5.Последовательность оказания первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале.

6.Прогнозирование необходимости реанимации.

7.Этапы оказания первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале. Цикл «оценка – решение - действие».

8.Инструменты, оборудование и медикаменты для первичной и реанимационной помощи новорожденным в родильном зале.

9.Схема реанимации новорожденных в родильном зале. Методика интубации трахеи. Медикаменты, используемые при реанимации новорожденных.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедийное оборудование, ноутбук, контрольные вопросы..

Краткое изложение материала

Методические указания «Первичная и реанимационная помощь новорожденному в родильном зале»; последовательность оказания первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале, прогнозирование необходимости реанимации, готовность персонала и оборудования к проведению реанимационных мероприятий, цикл «оценка – решение - действие», этапы оказания первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале; инструменты, оборудование и медикаменты для первичной и реанимационной помощи новорожденным; схема реанимации новорожденных в родильном зале; методика интубации трахеи, медикаменты, используемые при реанимации новорожденных.

Карта первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале. Инструкция по заполнению карты первичной и реанимационной помощи новорожденному. Список форм первичной медицинской документации.

Контрольные вопросы:

1.Последовательность оказания первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале.

2. Прогнозирование необходимости реанимации,

3. Особенности реанимации новорожденных.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

362. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

363. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

364. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

365. Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.

366. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.

2. Дополнительная литература

208. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004

209. Кулаков В.И., Назаренко Т.А., Волков Н.И., и др. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению: руководство / В.И. Кулаков, Т.А. Назаренко, Н.И. Волков Н.И. и др. / Под ред. Г.Т. Сухих, Т.А. Назаренко, 2-е изд., испр. и доп. - Издательство «ГЭОТАР-Медиа», - 2010.

210. Невынашивание беременности: патогенез, диагностика, лечения. Клиническое руководство Беременность и роды. / Ред. А.Н. Стрижакова, Москва, 2011.

211. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.

212. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

213. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

214. Серов В.Н., Сухих Г.Т., Баранов И.И., Пырегов А.В., Тютюнник В.Л., Шмаков Р.Г. Неотложные состояния в акушерстве: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2013. – 784с.

215. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

Код 18.1. Тема. Профилактика нежелательной беременности. Виды аборт. Преимущества медикаментозного аборта. Профилактика осложнений.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: Информирование слушателей о профилактике нежелательной беременности, видах абортов, преимуществах медикаментозного аборта и профилактике осложнений.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Доклад преподавателя.	70
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Профилактика нежелательной беременности.
2. Виды абортов.
3. Медикаментозный аборт.
4. Профилактика осложнений после аборта.

Перечень оборудования и методического оснащения: учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, демонстрация клинического случая.

Краткое изложение материала

Нежелательная беременность является одной из основных проблем современной женщины. Особенности служб планирования семьи в настоящее время. Несмотря на появление огромного количества методов, предупреждающих возникновение беременности, частота абортов в нашей стране остается на высоком уровне. Для большинства женщин аборт является наиболее доступным методом регулирования рождаемости. Аборт - преждевременное прерывание беременности. В настоящее время существует несколько способов искусственного прерывания беременности. К ним относятся вакуум-аспирация («мини-аборт»), инструментальное выскабливание полости матки с удалением плодного яйца, медикаментозный аборт и т.д. Несмотря на большое разнообразие методов прерывания беременности, все они опасны из-за развития осложнений.

Выделяют ранние и поздние осложнения. К ранним осложнениям относят кровотечения, нарушения целостности (перфорация) и разрыв матки, воспалительные заболевания половых органов. К поздним осложнениям относят: воспалительные заболевания половых органов, гормональные нарушения, эндометриоз, осложнение течения последующих беременностей и бесплодие. Именно осложнения, связанные с прерыванием беременности, являются основной причиной гибели женщин в связи с беременностью и родами.

Большое значение в предупреждении нежелательной беременности, а следовательно - в профилактике абортов, снижении риска развития гинекологических болезней и материнской смертности имеет правильное и адекватное использование не только контрацепции, но и медикаментозного прерывания беременности на ранних сроках, как наиболее щадящего репродуктивное здоровье женщины методы прерывания беременности.

Контрольные вопросы:

1. Виды абортов.
2. Особенности медикаментозного аборта.
3. Профилактика осложнений после аборта.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

367. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

368. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

369. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.

370. Руководство по амбулаторно-полик-линической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

371. Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.

2. Дополнительная литература

216. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.

217. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб. пособие / под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

218. Руководство по контрацепции / под ред. В.Н. Прилепской. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 456с.

Код. 18.2. Тема. Гормональная контрацепция.**Цикл:** ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».**Контингент обучающихся:** заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций**Цель:** Информирование слушателей о гормональной контрацепции.**План лекции**

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Доклад преподавателя.	70
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Фармакокинетика современных гормональных контрацептивов.
2. Фармакодинамика.
3. Классификация.
4. Комбинированные оральные контрацептивы.
5. Прогестагенные контрацептивы.
6. Посткоитальные препараты.
7. Консультирование.
8. Правила приема.
9. Побочные эффекты и осложнения.
10. Абсолютные и относительные противопоказания. Классы приемлимости ВОЗ.
11. Другие гормональные контрацептивы (инъекционные, норплант, ВМС).

Перечень оборудования и методического оснащения: учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, демонстрация клинического случая.**Краткое изложение материала.**

Гормональная контрацепция пользуется большой популярностью в странах Западной Европы. Например, по данным за 2003 год в Англии данный вид контрацепции используют 22% женщин репродуктивного возраста, во Франции – 36%, в Германии – 48%, в Италии – 23%, в то время как в Российской Федерации – 8,6%.

Виды гормональных контрацептивов. Фармакокинетика и фармакодинамика. Влияние на организм. Половые органы и молочные железы. Эндокринные железы. Другие органы. Тяжелые побочные эффекты: сосудистые осложнения – тромбозы вен и ТЭЛА. Ишемический и геморрагический инсульт. Инфаркт миокарда. Опухоли печени. Рак молочной железы. Рак яичника и тела матки. Рак шейки матки. Артериальная гипертензия. Аменорея. Другие побочные эффекты: межменструальные кровянистые выделения, тошнота и рвота, увеличение веса. Абсолютные и относительные противопоказания. Классификация ВОЗ. Рекомендации. Классы приемлимости. Выбор препарата. Консультирование. «Мирена», Норплант, мини-пили, Депо-провера. Экстренная контрацепция. Метод Юспе.

Контрольные вопросы:

1. Консультирование.
2. Возможные побочные эффекты и осложнения.
3. Классы приемлимости ВОЗ.
4. Виды гормональной контрацепции.

Рекомендуемая литература:**1. Основная литература**

372. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

373. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

374. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.

375. Руководство по амбулаторно-полик-линической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

376. Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.

2. Дополнительная литература

219. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.

220. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб. пособие / под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

221. Руководство по контрацепции / под ред. В.Н. Прилепской. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 456с.

Код 18.3-18.5. Тема. Внутриматочная контрацепция. Барьерные и прочие методы контрацепции. Стерилизация. Выбор метода контрацепции в разных возрастных группах, у женщин с экстрагенитальной патологией.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: информирование слушателей о внутриматочной и барьерной контрацепции, стерилизации.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (135 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Доклад преподавателя.	100
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	25

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Методы контрацепции.
2. Физиологические методы контрацепции.
3. Барьерные методы контрацепции.
4. Химические методы контрацепции.
5. Внутриматочная контрацепция. Механизм действия медьсодержащих ВМС.

Механизм действия гормонсодержащих ВМС. Терапевтическое действие.

6. Хирургические методы контрацепции – стерилизация.
7. Эффективность контрацепции. Индекс Перля.
8. Осложнения.
9. Контрацепция у подростков.
10. Контрацепция после родов.
11. Контрацепция в позднем репродуктивном периоде.

Перечень оборудования и методического оснащения: учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, демонстрация клинического случая.

Краткое изложение материала.

Вопросы контрацепции волновали человечество с давних времен. За тысячелетия было изобретено множество способов защиты от незапланированной беременности, но не все они были эффективными, а некоторые даже вредили здоровью. В наше время под понятием «контрацепция» подразумевается не только предохранение от нежелательной беременности, но и сохранение репродуктивной функции организма женщины, т.е. возможности зачать тогда, когда женщина к этому готова не только физически, но и морально.

Наиболее распространенные способы:

- естественная контрацепция (половое воздержание, прерванный половой акт, календарный подсчет опасных дней, температурный метод);
- барьерная контрацепция (презерватив, влагалищная диафрагма);
- химическая контрацепция (противозачаточные кремы, противозачаточные свечи, противозачаточные тампоны);
- внутриматочная контрацепция;
- хирургическая контрацепция (стерилизация женщин, стерилизация мужчин);

Физиологический метод контрацепции для здоровья женщины самый безопасный метод, но, к сожалению, неэффективный и не слишком надежный. К нему относятся: половое воздержание, прерванный половой акт, календарный метод, температурный метод.

Суть **барьерного метода** заключается в том, что для предотвращения нежелательной беременности создается барьер, который препятствует проникновению сперматозоидов во

влагалище и матку. Это может быть презерватив, влагалищная диафрагма. **Презервативы:** мужские, женские. Распространенность. Разновидность, методика использования, механизм действия. Эффективность. Недостатки метода. Применение в комбинации со спермицидами. Роль в профилактике заболеваний передаваемых половым путем, СПИДа, ВИЧ. Особенности использования и хранения. **Влагалищная диафрагма.** Механизм действия. Распространенность метода, индивидуальный подбор (рожавшим и нерожавшим) и техника введения диафрагмы. Сочетание со спермицидами. Противопоказания. Эффективность. Возможные осложнения. **Шеечные колпачки.** Механизм действия. Распространенность метода. Их разновидности, размеры. Противопоказания. Побочные действия. Методика введения. Длительность использования. Эффективность. Оценка состояния здоровья, консультирование. Дальнейшее наблюдение. **Губки** - новый медикаментозный барьерный контрацептив. Механизм действия. Методика использования. Эффективность. Недостатки.

Химический вид контрацепции исключает прием внутрь различных препаратов. Спермициды применяются местно. Основное их действие – снизить (уменьшить) активность сперматозоидов. В результате – оплодотворения не происходит. При такой контрацепции применяются различные противозачаточные кремы, свечи, гели и т.д. Препарат применяется за 10-15 минут до полового акта. Химическая контрацепция удобна в применении, препараты не имеют запаха. Но частое использование данного метода нежелательно, так как можно вызвать дисбактериоз.

Внутриматочная контрацепция — один из наиболее распространенных эффективных методов предупреждения нежелательной беременности. По данным ВОЗ, в настоящее время более 60 млн женщин используют различные виды ВМК, которые по популярности уступают только КОК. В России, согласно статистическим данным, данный метод контрацепции по популярности занимает первое место (по данным Минздравсоцразвития РФ, в 2004 г. 13,86% женщин репродуктивного возраста использовали различные виды внутриматочных средств (ВМС). Несмотря на большую историю внутриматочной контрацепции, до настоящего времени нет единой точки зрения на механизм действия ВМК. Существует несколько теорий: теория abortивного действия, теория асептического воспаления, теория энзимных нарушений и подавления функциональной активности эндометрия, что делает невозможным имплантацию оплодотворенной яйцеклетки, а также теория ускоренной перистальтики маточных труб и сперматотоксического действия ионов меди. Повидимому, нельзя рассматривать ту или иную теорию как превалирующую, так как в осуществлении контрацептивного действия ВМК играют роль несколько механизмов. Виды. Эффективность. Индекс Перля. Механизм действия медьсодержащих ВМС. Механизм действия гормонсодержащих ВМС. Терапевтическое действия. Осложнения. Воспалительные заболевания органов малого таза. Экспульсия. Перфорация матки. Лечение осложнений. Беременность и ВМС. Тактика ведения. Подбор ВМК. Консультирование. Введение ВМК. Безопасные технологии. Абсолютные и относительные противопоказания.

Спермицидные средства контрацепции. Типы: кремы, желе, аэрозоли, шарики, таблетки, пасты, растворы. Механизм действия. Достоинства метода. Неконтрацептивные преимущества. Недостатки. Методика применения. Осложнения. Оценка состояния здоровья. Использование спермицидных средств в сочетании с барьерными методами контрацепции.

В настоящее время добровольная **хирургическая контрацепция** или стерилизация (ДХС) является наиболее распространенным методом планирования семьи как в развитых, так и в развивающихся странах. ДХС представляет собой необратимый, самый эффективный метод предохранения от беременности не только для мужчин, но и для женщин, и в то же время самый безопасный и экономный способ контрацепции. Частое употребление местной анестезии с незначительным седативным действием, усовершенствование хирургической техники и лучшая квалификация медицинского

персонала – все это способствовало повышению надежности ДХС за последние 10 лет. При выполнении ДХС в послеродовом периоде опытным персоналом под местной анестезией, небольшим кожным надрезом и усовершенствованным хирургическими инструментами длительность пребывания роженицы в роддоме не превышает обычную продолжительность койко-дней. Надлобковая минилапаротомия(выполняемая обычно спустя 4 или более недели после родов) может быть выполнена в амбулаторных условиях под местной анестезией, как и при лапароскопическом методе хирургической стерилизации. Вазэктомия остается более простым, более надежным и менее дорогим методом хирургической контрацепции, чем женская стерилизация, хотя последняя остается более популярным методом предохранения от беременности.

Контрольные вопросы:

1. Особенности использования медь-содержащих и гормоносодержащих ВМК.
2. Классы приемлемости ВОЗ по ВМК.
3. Особенности барьерной контрацепции.
4. Показания к хирургической стерилизации.
5. Механизм действия медьсодержащих ВМС.
6. Механизм действия гормонсодержащих ВМС. Терапевтическое действия.
7. Осложнения. Воспалительные заболевания органов малого таза.
8. Беременность и ВМС.
9. Подбор ВМК. Консультирование.
10. Современные виды барьерных и прочих методов контрацепции.
11. Особенности контрацепции в зависимости от возраста больной.
12. Побочные эффекты методов контрацепции.
13. Неконтрацептивные эффекты гормональных препаратов: влияние на АД, коагуляцию, углеводный, липидный и минеральный обмен, массу тела, желудочно-кишечный тракт, риск развития опухолей.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

377. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
378. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
379. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
380. Руководство по амбулаторно-полик-линической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
381. Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.

2. Дополнительная литература

222. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
223. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб. пособие / под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
224. Руководство по контрацепции / под ред. В.Н. Прилепской. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 456с.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РАЗРАБОТКИ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ

на цикле ОУ «Акушерство и гинекология»

Код 1.1. Тема Теоретические основы охраны здоровья и организации акушерско-гинекологической службы в РФ.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: ознакомить врачей с вопросами организации акушерско-гинекологической службы в РФ, с состоянием демографических показателей в РФ, с путями снижения материнской, перинатальной смертности, аборт в РФ.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
5.	Вступительное слово преподавателя.	5
6.	Выступление слушателей.	15
7.	Разбор клинических случаев	15
8.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Вопросы для работы малыми группами:

1. Организация акушерско-гинекологической службы в РФ.
2. Показатели: перинатальная смертность, мертворождаемость, ранняя неонатальная смертность, аборты.
3. Анализ, структура и динамика показателей, как отражение качества медицинской помощи.
4. Разработка мер профилактики.
5. Материнская смертность как основной критерий качества и уровня организации работы акушерско-гинекологической службы.
6. Определение по ВОЗ, структура, причины, анализ.
7. Профилактика.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, презентация, мультимедиа, телевизор, видеомаягнитофон, видеофильмы, контрольные вопросы.

Краткое изложение материала.

Приоритетные направления государственной политики в области народонаселения. Модель сниженного воспроизводства населения. Уровень рождаемости. Демографическая ситуация. Рождаемость. Смертность. Определение ВОЗ по репродуктивному здоровью. Факторы, влияющие на состояние репродуктивного здоровья существенное влияние оказывает соматическое и психическое здоровье населения. Рост заболеваемости репродуктивной системы у женщин различных возрастных групп. Общая заболеваемость подростков. Гинекологическая заболеваемость. Онкологическая заболеваемость.

Профилактическая работа среди женщин. Репродуктивное здоровье мужчин. Проблема абортов. Медикаментозный метод прерывания беременности.

Контрацептивное поведение населения.

Репродуктивные потери – конечный результат влияния социального, медицинского, биологических факторов на здоровье беременной женщины, плода и новорожденного. Структура репродуктивных потерь. Основные показатели качества акушерской помощи и репродуктивного здоровья — перинатальная и материнская смертность.

Материнская смертность в РФ. Причины материнской смертности. Сравнительный анализ причин смертности. Профилактика и снижение материнской заболеваемости и

смертности. Предотвратимые причины материнской смерти. Динамика здоровья беременных женщин.

Репродуктивное здоровье женщин - важная медико-социальной проблема.

Основные регламентирующие документы, влияющие на показатели материнской и младенческой смертности. Мероприятия по профилактике репродуктивных потерь. Управляемая медицинская помощь.

Основными задачи концепции охраны материнства и детства:

- ☐ обеспечение государственной политики в области охраны репродуктивного здоровья населения России;
- ☐ увеличение объема мероприятий по профилактике нарушений репродуктивного здоровья населения;
- ☐ сокращение сроков восстановления утраченного здоровья путем внедрения в медицинскую практику современных технологий профилактики, диагностики и лечения;
- ☐ реализация специальных научных исследований и программ;
- ☐ поддержка региональных программ охраны репродуктивного здоровья населения с изучением их эффективности и распространением опыта;
- ☐ повышение квалификации специалистов, работающих в области охраны репродуктивного здравоохранения;
- ☐ медико-санитарное просвещение по вопросам охраны репродуктивного здоровья;
- ☐ активное участие общественности, самого населения в охране репродуктивного здоровья.

В результате проведенного занятия курсант:

-**должен иметь представление** об организации акушерско-гинекологической службы в РФ.

-**должен знать** показатели: перинатальная смертность, мертворождаемость, ранняя неонатальная смертность, материнская смертность.

-**уметь** провести расчеты показателей: перинатальная смертность, мертворождаемость, ранняя неонатальная смертность, материнская смертность

Контрольно-измерительные материалы

Тесты

1. Минимальный интервал между беременностями, несоблюдение которого, как правило, увеличивает в 2 раза показатели материнской и перинатальной смертности, составляет

- а) 5 лет
- б) 4 года
- в) 3 года
- г) 2 года
- д) 1 год

Ответ: г

001. В структуре причин материнской смертности, как правило, первое место занимает

- а) поздний гестоз
- б) экстрагенитальная патология
- в) кровотечения
- г) инфекция
- д) разрыв матки

Ответ: в

003. К материнской смертности относится смертность женщины

- а) от медицинского аборта
- б) от внематочной беременности
- в) от деструктирующего пузырного заноса

- г) от всего перечисленного
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

04. Основными качественными показателями деятельности родильного дома (отделения) являются все перечисленные, кроме

- а) материнской смертности
- б) перинатальной смертности
- в) заболеваемости новорожденных
- г) средне-годовой занятости койки

Ответ: г

05. Показатель материнской смертности рассчитывается следующим образом

- а) $(\text{число женщин, умерших в родах})/(\text{число родов}) \times 100000$
- б) $(\text{число женщин, умерших от осложнений беременности со срока 28 недель})/(\text{число родившихся живыми и мертвыми}) \times 100000$
- в) $(\text{число умерших беременных независимо от срока беременности, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности})/(\text{число родившихся живыми}) \times 100000$
- г) $(\text{число женщин, умерших во время беременности в сроке 28 недель и больше, в родах и в течение 2 недель послеродового периода})/(\text{число родившихся живыми и мертвыми}) \times 100000$
- д) $(\text{число умерших беременных, независимо от срока беременности, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности})/(\text{число родившихся живыми и мертвыми}) \times 100000$

Ответ: в

06. Понятие перинатальная смертность означает

- а) смерть ребенка в родах
- б) потеря плода «вокруг родов» - в антенатальном, интранатальном и раннем неонатальном периоде
- в) мертворожденность
- г) антенатальная гибель плода

Ответ: б

07. Показатель перинатальной смертности рассчитывается следующим образом

- а) $(\text{число мертворожденных})/(\text{число родов}) \times 1000$
- б) $(\text{число умерших интранатально})/(\text{число родившихся мертвыми}) \times 1000$
- в) $(\text{число мертворожденных} + \text{число умерших в первые 168 ч после рождения})/(\text{число родившихся живыми и мертвыми}) \times 1000$
- г) $(\text{число умерших в первые 7 суток после рождения})/(\text{число родов}) \times 1000$
- д) $(\text{число мертворожденных} + \text{число умерших в первые 168 ч после рождения})/(\text{число родившихся живыми}) \times 1000$

Ответ: в

08. В структуре причин перинатальной смертности в России первое место обычно занимает

- а) асфиксия
- б) родовая травма
- в) врожденный порок развития
- г) пневмония
- д) гемолитическая болезнь новорожденного

Ответ: а

Вопросы для контроля:

1. Организация акушерско-гинекологической службы в РФ.

2. Показатели: перинатальная смертность, мертворождаемость, ранняя неонатальная смертность, аборт.
3. Структура и динамика показателей материнской смертности.
4. Профилактика материнской смертности.
5. Основные нормативные документы, влияющие на показатели материнской и младенческой смертности.

Рекомендуемая литература:

3. Основная литература:

7. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

8. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

9. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

4. Дополнительная литература:

2. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.

3. Законодательные и нормативно-правовые документы.

24. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

25. Приказ МЗ РФ от 27.12.11 №1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке ее выдачи».

26. Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)".

27. Методическое письмо МЗСР РФ от 13.07.11 №15-4/10/2-6796 «Об организации работы службы родовспоможения в условиях внедрения современных перинатальных технологий».

Код 1.2. Тема Охрана здоровья матери в российском законодательстве.**Цикл:** ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».**Контингент обучающихся:** заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций**Цель:** дать знания по правовым вопросам в сфере охраны здоровья и прав матери в РФ.**План практического занятия**

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
9.	Вступительное слово преподавателя.	5
10.	Выступление слушателей.	15
11.	Разбор клинических случаев	15
12.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Вопросы для работы малыми группами:

5. Права беременных женщин в области здравоохранения.
6. Права беременных женщин в области трудового права.
7. Гарантии и льготы, установленные для беременных женщин
8. Правила выдачи отпуска по беременности и родам.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, презентация, мультимедиа, телевизор, видеомаягнитофон, видеофильмы, истории болезни, контрольные вопросы.**Краткое изложение материала.**

Согласно законам об охране здоровья граждан Российской федерации, государство должно обеспечивать право беременных женщин на работу. В период беременности, а также в до- и послеродовой период, каждая женщина имеет право получить квалифицированную медицинскую помощь и консультационные услуги, как в государственных, так и в муниципальных больнично-поликлинических заведениях. Статья 52. Права беременных женщин и матерей в сфере охраны здоровья, Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Особые гарантии и льготы, установленные для беременных женщин и матерей, имеющих малолетних детей. Во время беременности и после того, как ребенок появился на свет, а также в случаях, когда требуется уход за больным ребенком в возрасте до 15 лет, женщина может рассчитывать на гарантируемое законом право на получение предусмотренных государством пособий и оплачиваемого декретного отпуска. В Трудовом кодексе означены гарантируемые условия, которые и используются для определения продолжительности отпуска по беременности и уходу за ребенком. Количество дней, предоставляемых в виде отпуска по беременности и родам, по закону исчисляется суммарно, и срок декрета предоставляется полностью, т.е. фактически использованные до родов дни не учитываются при подсчете.

Трудовой кодекс предусмотрел для женщин дополнительные отпуска:

а) по беременности и родам сроком 70 (при многоплодной беременности — 84) календарных дней до родов и 70 (а при осложненных родах — 86, при рождении двух или более детей—ПО) календарных дней после родов.

Отпуск по беременности и родам предоставляется при предъявлении администрации листка нетрудоспособности, который выдается с 30 недель беременности сразу на 140 календарных дней (70 до родов и 70 после родов). При осложненных родах он выдается дополнительно на 16 календарных дней лечебно-профилактическим учреждением, где производились роды. При родах досрочных, наступивших до истечения 30 недель беременности и рождении живого ребенка, листок нетрудоспособности выдается на 165 дней, а при рождении мертвого ребенка или его смерти в течение первых семи дней после

родов — на 86 календарных дней.

В результате проведенного занятия курсант:

-**должен иметь представление** об правах беременных женщин в сфере здравоохранения и трудового права в РФ.

-**должен знать** правила выдачи отпуска по беременности и родам.

-**уметь** провести расчеты отпуска по беременности и родам.

Контрольно-измерительные материалы

Тесты

001. Перевод беременной женщины на легкую и безвредную работу обычно проводится на основании

- 1) индивидуальной карты беременной
 - 2) обменной карты родильного дома, родильного отделения
 - 3) справки, выданной юристом
 - 4) справки Ф-084/у, выданной акушером-гинекологом женской консультации
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны

Ответ: г

Доклады:

1. Права беременных и кормящих женщин в сфере здравоохранения.
2. Права беременных и кормящих женщин в сфере трудового законодательства.
3. Правила выдачи отпуска по беременности и родам.

Вопросы для контроля:

1. Какие права имеет беременная женщина для получения медицинской помощи и чем они регламентированы.
2. Какие существуют гарантии и льготы, установленные для беременных женщин.
3. Согласно Трудовому Кодексу какие дополнительные отпуска гарантированы беременным женщинам.
4. Особенности отпуска по беременности и родам при осложненных родах, при досрочных родах.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература:

10. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 1000с.

11. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

12. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

3. Дополнительная литература:

4. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.

3. Законодательные и нормативно-правовые документы.

7. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

8. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. N 572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)"".

9. Методическое письмо МЗСР РФ от 13.07.11 №15-4/10/2-6796 «Об организации работы службы родовспоможения в условиях внедрения современных перинатальных технологий».

10. "Трудовой Кодекс Российской Федерации" от 30.12.2001 N 197-ФЗ, действующая редакция от 04.11.2014.

Тема 1.3. Организация амбулаторно-поликлинической и стационарной акушерско-гинекологической помощи.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: современное освещение вопросов организации амбулаторной и поликлинической акушерско-гинекологической помощи пациентам с эндокринопатиями и бесплодием.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Выступление слушателей.	15
3.	Разбор клинических случаев	15
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Вопросы для работы малыми группами:

4. Этапность организации акушерско-гинекологической помощи пациентам с эндокринопатиями и бесплодием.
5. Организация диспансерного наблюдения женщин с бесплодием и эндокринных больных.
6. Изучение приказа № 572 "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)".

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедия, контрольные вопросы.

Краткое изложение материала.

Этапность организации акушерско-гинекологической помощи (3 этапа), разбор диспансерного наблюдения за гинекологическими больными с бесплодием и эндокринной патологией и беременными с эндокринопатиями. Организация процесса диспансеризации. Основы трех групповой диспансеризации. Оценка качества диспансеризации. Программа диспансерного наблюдения в соответствии с группой учета и нозологической формой заболевания. Организация акушерско-гинекологической помощи беременным женщинам и гинекологическим больным по приказу №572.

В результате проведенного занятия курсант должен:

- **знать** организацию стационарной акушерско-гинекологической службы, структуру, штаты и оснащение учреждений здравоохранения акушерского и гинекологического профиля;
- **уметь** проводить диспансерное наблюдение за беременными женщинами (в том числе патронаж беременных женщин и родильниц), формировать группы высокого акушерского и перинатального риска в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода
- **владеть** комплексными методами диспансерного ведения и лечения беременных и гинекологических больных в соответствии современными требованиями (стандартами)

Контрольно-измерительные материалы

Тесты:

001. Показатель материнской смертности рассчитывается следующим образом

а) $(\text{число женщин, умерших в родах}) / (\text{число родов}) \times 100000$

- б) (число женщин, умерших от осложнений беременности со срока 28 недель)/(число родившихся живыми и мертвыми)x100000
- в) (число умерших беременных независимо от срока беременности, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности)/(число родившихся живыми)x100000
- г) (число женщин, умерших во время беременности в сроке 28 недель и больше, в родах и в течение 2 недель послеродового периода)/(число родившихся живыми и мертвыми)x100000
- д) (число умерших беременных, независимо от срока беременности, рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности)/(число родившихся живыми и мертвыми)x100000

Ответ: в

002. Показатель эффективности диспансеризации гинекологических больных - это

- а) число пролеченных больных в стационаре
- б) число больных, направленных на санаторное лечение
- в) снижение гинекологической заболеваемости с временной утратой трудоспособности
- г) удельный вес снятых в течение года с диспансерного учета с выздоровлением из числа больных, состоявших на диспансерном учете в течение года
- д) правильно б) и в)

Ответ: г

003. Стойкого снижения числа абортс удаётся достичь, когда доля женщин фертильного возраста, использующих современные средства контрацепции (ВМС, гормональные контрацептивы) составляет

- а) 15-20%
- б) 25-30%
- в) 35-40%
- г) 45-50%
- д) 55-60%

Ответ: в

004. Основным показателем эффективности профилактического гинекологического осмотра работающих женщин является

- а) число осмотренных женщин
- б) число гинекологических больных, взятых на диспансерный учет
- в) число женщин, направленных на лечение в санаторий
- г) доля выявленных гинекологических больных из числа осмотренных женщин
- д) правильно а) и б)

Ответ: г

005. Роль смотровых гинекологических кабинетов поликлиник состоит, как правило

- а) в диспансеризации гинекологических больных
- б) в обследовании и наблюдении беременных женщин
- в) в проведении периодически медицинских осмотров
- г) в охвате профилактическими осмотрами неработающих женщин
- д) правильно в) и г)

Ответ: г

006. На что чаще всего обращается внимание при разборе материнской смертности, например, от разрыва матки?

- а) где произошёл разрыв матки (в лечебном учреждении или вне его)
- б) разрыв матки произошёл во время беременности или в родах
- в) своевременность госпитализации беременной в стационар при наличии предрасполагающих факторов
- г) имелись ли факторы, способствующие разрыву матки

д) на все перечисленное

Ответ: д

007. Для обеспечения круглосуточной работы в стационаре родильного дома одна должность врача акушера-гинеколога устанавливается обычно

- а) на 25 коек
- б) на 20 коек
- в) на 1000 родов
- г) на 15 коек

Ответ: г

Доклады:

1. Реабилитация гинекологических больных (воспалительные заболевания, нарушения менструальной функции, послеоперационный период).
2. Оказание акушерско-гинекологической помощи в дневных стационарах.
3. Работа гинекологических отделений по приему плановых и экстренных больных.

Контрольные вопросы:

1. Какие уровни оказания акушерско-гинекологической помощи Вы знаете?
2. Перечислите учреждения, оказывающие акушерско-гинекологическую помощь в городе, сельской местности.
3. Какие особенности имеет дневной стационар?
4. Организация работы амбулаторно-поликлинического звена акушерско-гинекологической службы женщинам с эндокринной патологией.
5. Организация работы стационарного звена акушерско-гинекологической службы женщинам с эндокринной патологией.
6. Особенности сохранения репродуктивного здоровья женщин с эндокринной патологией по приказу № 572.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

Дополнительная литература:

Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.

Код 1.4. Тема Российское право и здравоохранение.**Цикл:** ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».**Контингент обучающихся:** заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций**Цель:** дать знания по правовым вопросам в сфере здравоохранения в РФ.**План практического занятия**

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Выступление слушателей.	15
3.	Разбор клинических случаев	15
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Вопросы для работы малыми группами:

1. Основные законодательные акты, регламентирующие сферу здравоохранения в РФ.
2. Понятия, используемые в 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" 21 ноября 2011 г.
3. Права пациентов, гарантированные ФЗ РФ N 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
4. Ответственность медицинских работников, ЛПУ и иных организаций системы здравоохранения в случае некачественного оказания медицинских услуг.
5. Возможными правовыми последствиями за нарушение законодательства в сфере здравоохранения.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, истории болезни для разбора, вопросы тестового контроля,**Краткое изложение материала.**

Законодательную палитру медицинского законодательства в РФ составляют около 10 федеральных законов, регулирующих различные области медицинской деятельности.

С точки зрения иерархии законов на первом месте стоит Конституция Российской Федерации, от 12 декабря 1993 г., и далее Гражданский кодекс РФ, закон РФ «О защите прав потребителей» от 7 февраля 1992 г. N 2300-I., Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", ФЗ РФ от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", ФЗ РФ от 12.04.2010 N 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств", Федеральный закон от 31 мая 2001 г. N 73-ФЗ "О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации". Региональное законодательство об охране здоровья, здравоохранении и собственно медицинской помощи, Подзаконные акты весьма многообразны и направлены на регламентацию широкого спектра правоотношений в сфере здравоохранения.

В 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" 21 ноября 2011 г. в статье 2. Даны определения основным понятиям, используемым в медицинском праве: медицинская помощь, медицинская услуга, медицинское вмешательство.

В статье 19. Право на медицинскую помощь 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" пункт 5 посвящен основным правам пациента. Среди них: выбор врача и выбор медицинской организации; профилактика, диагностика, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим "требованиям"; получение консультаций врачей-специалистов; облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами; получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его

здоровья; получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях; защиту сведений, составляющих врачебную тайну; отказ от медицинского вмешательства; возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи; допуск к нему адвоката или "законного представителя" для защиты своих прав; допуск к нему священнослужителя.

Ответственность медицинских работников, ЛПУ и иных организаций системы здравоохранения в случае некачественного оказания медицинских услуг является достаточно острой медико-юридической проблемой.

Распространенность ненадлежащего оказания медицинских услуг за последнее десятилетие приняла, по определению президента Всемирной ассоциации медицинского права профессора А. Carmi (2003) характер "молчаливой" эпидемии

Уровень распространенности ненадлежащего оказания медицинских услуг, имеющих неблагоприятные последствия для здоровья пациентов, колеблется в разных странах от 3% в Германии до 20,5% в РФ от общего числа случаев оказания медицинских услуг.

Возможными правовыми последствиями за нарушение законодательства в этой сфере выступают следующие виды юридической ответственности:

- 1) дисциплинарная;
- 2) административная;
- 3) уголовная;
- 4) гражданско-правовая.

В результате проведенного занятия курсант:

-должен иметь представление об основных законодательных актах, которые регламентируют здравоохранения в РФ, основных понятиях, которые используются в медицинском праве.

-должен знать права пациентов и виды юридической ответственности за нарушение законодательства в сфере здравоохранения.

-уметь пользоваться законодательно-нормативной базой РФ.

Контрольно-измерительные материалы

Доклады:

1. Гражданско-правовая ответственность медицинских работников, ЛПУ и иных организаций системы здравоохранения в случае некачественного оказания медицинских услуг.
2. Административная ответственность медицинских работников, ЛПУ и иных организаций системы здравоохранения в случае некачественного оказания медицинских услуг.
3. Уголовная ответственность медицинских работников, ЛПУ и иных организаций системы здравоохранения в случае некачественного оказания медицинских услуг.
4. Какие основные законодательные акты регламентируют здравоохранения в РФ?
5. Какие основные понятия используются в медицинском праве?
6. Какие права имеет пациент и чем они регламентированы?
7. Какие виды юридической ответственности за нарушение законодательства в сфере здравоохранения?

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература:

Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

2. Дополнительная литература:

Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.

3. Законодательные и нормативно-правовые документы.

1. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Код 2.1. Тема. Клинические и лабораторные методы исследования (гормональные, биохимические).

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: ознакомить слушателей с основными принципами ведения беременных женщин в современных условиях. Научиться определять по клиническим и лабораторным данным основные показатели адаптации к беременности, диагностировать беременность и определять ее срок на основании предположительных, вероятных, достоверных признаков беременности, оценивать лабораторные методы диагностики беременности, данные общего и акушерско-гинекологического анамнеза, проводить физикальное исследование – рост, вес, исследование по органам и системам, акушерское обследование.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Выступление слушателей.	15
3.	Разбор клинических случаев	15
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Вопросы для работы малыми группами:

13. Основные клинические методы обследования в акушерстве и гинекологии.
14. Значение сбора анамнеза. Объективные методы (общий осмотр, исследование органов и систем – влагалищное исследование).
15. Специальное акушерское исследование. Диагностика беременности (вероятные и достоверные признаки беременности). Определение предполагаемой массы плода (по Якубовой, по Жордания, по методу Ланковица).
16. Определение основных и дополнительных размеров таза.
17. Особенности показателей периферической крови (гематокрит, эритроциты, гемоглобин) у беременных в динамике гестации.
18. Клинические анализы и их изменения при акушерско-гинекологической патологии.
19. Особенности свертывающей системы крови при физиологической беременности.
20. Определение специфических плацентарных и фетальных гормонов и белков: хорионический гонадотропин человека, альфа-фетопротеин, трофобластический бета-гликопротеин, плацентарный лактоген, альфа-2-микроглобулин фертильности, плацентарный альфа-1-микроглобулин, эстриол (общие данные, методы исследования, нормальные величины, диагностическое значение).
21. Диагностическое значение определения отдельных показателей белкового, углеводного и липидного обменов. Некоторые показатели пигментного обмена.
22. Электролитный состав плазмы. Витамины.
23. Биохимические лабораторные тесты и злокачественные новообразования (опухолевые маркеры).
24. Новые методы исследования гормонального профиля.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедийная установка, презентация, истории болезни, лабораторные анализы, контрольные вопросы.

Краткое изложение материала.

Основные задачи клинического обследования беременных — оценка их соматического здоровья и акушерского статуса, а главное — выявление факторов, способных негативно повлиять на течение беременности и родов и ухудшить здоровье плода\новорожденного.

Диагностика беременности и определение ее срока. Предполагаемая дата родов и предполагаемый вес плода (по Якубовой, по Жордания, по методу Ланковица). Оценка общего и акушерско-гинекологического анамнеза. Гинекологическое исследование. Специальное акушерское исследование. Наружное акушерское исследование (приемы Леопольда-Левицкого). Определение срока беременности по величине матки. Измерение таза.

При клиническом обследовании беременной женщины или гинекологической пациентки используют данные общего и специального анамнеза, проводят общее соматическое и специальное гинекологическое обследование.

Тип телосложения (мужской, евнухоидный, гиперстенический, астенический, нормостенический). Молочные железы (гипоплазия, гипертрофия, трофические изменения, отделяемое из сосков, галактория, мастопатия - железистая, кистозная, смешанная). Обследование: УЗИ молочных желез, маммография, пункционная и аспирационная биопсия.

Гинекологическое исследование (осмотр половых органов, осмотр в зеркалах, бимануальное, ректальное исследования).

Особенности показателей периферической крови и особенности свертывающей системы при физиологической беременности в динамике. Определение специфических плацентарных и фетальных гормонов и белков в течение беременности и их значение.

Методы гормонального исследования. Новые методы исследования гормонального профиля.

Электролитный состав плазмы. Витамины. Биохимические лабораторные тесты и злокачественные новообразования (опухолевые маркеры).

Тесты функциональной диагностики (КПИ, феномен «зрачка», базальная температура, натяжение шеечной слизи, арборизация слизи).

Бактериоскопический метод – определение микрофлоры содержимого влагалища и возможного возбудителя в мазках, взятых из цервикального канала, влагалища и уретры. Для бактериоскопического исследования обычно берут материал из наружного отверстия уретры, цервикального канала, заднебокового свода влагалища и прямой кишки. В зависимости от характера микробной флоры различают четыре степени чистоты влагалища.

Цитологический метод (Pap test - цитологическое исследование мазков, окрашенных по Папаниколау, взятых из цервикального канала шейки матки. Метод позволяет выявить атипические изменения в клетках поверхности шейки и цервикального канала).

Для бактериологического исследования посылается материал из цервикального канала; содержимое, полученное при пункции брюшной полости через задний свод влагалища; из брюшной полости во время операции. Цель этого исследования — определение возбудителя и чувствительности к антибиотикам в материале.

Определение полового хроматина (46, XX - правильный набор хромосом у женщин; процентное содержание полового хроматина колеблется от 16 до 28%. У мужчин при наборе хромосом 46, XY - половой хроматин не определяется. При количественном нарушении набора хромосом содержание полового хроматина уменьшается у женщин, у мужчин - появляется половой хроматин).

Исследование хромосом в культуре клеток лимфоцитов периферической крови. Выявление количественных отклонений от нормального числа хромосом и их структурные аномалии.

В результате проведенного занятия курсант:

-должен иметь представление об основных клинических и лабораторных методах исследования.

-должен знать тесты функциональной диагностики, бактериоскопический, цитологический, бактериологический методы.

-уметь: проводить гинекологическое исследование, диагностировать беременности лабораторными методами, определять предполагаемую массу плода, оценивать результаты специфических плацентарных и фетальных гормонов и белков: хорионический гонадотропин человека, альфа-фетопротеин, трофобластический бета-гликопротеин, плацентарный лактоген, альфа-2-микроглобулин фертильности, плацентарный альфа-1-микроглобулин, эстриол.

Контрольно-измерительные материалы

Тесты

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

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

Ответ: д

002. Кариопикнотический индекс – это процентное отношение

- а) эозинофильных поверхностных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке
- б) поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к общему числу клеток в мазке
- в) базальных и парабазальных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке
- г) поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к эозинофильным поверхностным клеткам
- д) ничто из перечисленного

Ответ: б

003. Для определения эстрогенной насыщенности организма мазки на кольпоцитологию надо исследовать в следующие дни менструального цикла

- а) 1, 3, 5, 7, 9, 13, 15
- б) 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14
- в) 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 27
- г) 3, 10, 16, 20, 25
- д) 7, 14, 21, 29

Ответ:

04. Положительная прогестероновая проба при аменорее (проявление через 2-3 дня после отмены препарата менструально-подобного кровотечения) свидетельствует

- а) о наличии атрофии эндометрия
- б) о достаточной эстрогенной насыщенности организма
- в) о гиперандрогении
- г) о гипоэстрогении
- д) о сниженном содержании в организме прогестерона

Ответ: б

05. При проведении у больной с аменореей гормональной пробы с эстрогенами и гестагенами отрицательный результат ее (отсутствие менструальной реакции) свидетельствует

- а) о наличии аменореи центрального генеза
- б) о яичниковой форме аменореи
- в) о маточной форме аменореи
- г) о наличии синдрома склерокистозных яичников
- д) ни о чем из перечисленного

Ответ: в

06. При нормальном течении беременности уровень ХГ достигает максимума при сроке

- а) 5-6 недель
- б) 7-8 недель
- в) 9-10 недель
- г) 11-12 недель
- д) 13-14 недель

Ответ: в

Вопросы для контроля:

6. В чем заключаются особенности сбора анамнеза?

7. Специальное гинекологическое обследование.

8. Как оценивается функция половой системы?

9. Методы исследования – тесты функциональной диагностики?

10. Дополнительные методы исследования гормонального статуса?

Рекомендуемая литература:

1.Основная литература:

1. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

2.Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004

3.Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

4.Гинекология : новейший справочник / авт. Н. А. Татарова и др.; под общ. ред. Л. А. Суслопарова. - : Эксмо, 2007. - 688 с.

5.Гинекология по Эмилю Новаку : пер. с англ. / Под ред.: Дж. Берека, И. Адаши, П. Хиллард ; - М.: Практика, 2002. - 896 с..

2.Дополнительная литература:

4. Кулаков В.И., Назаренко Т.А., Волков Н.И., и др. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению: руководство / В.И. Кулаков, Т.А. Назаренко, Н.И. Волков Н.И. и др. / Под ред. Г.Т. Сухих, Т.А. Назаренко, 2-е изд., испр. и доп. - Издательство «ГЭОТАР-Медиа», - 2010.

5. Невынашивание беременности: патогенез, диагностика, лечения. Клиническое руководство Беременность и роды. / Ред. А.Н. Стрижакова, Москва, 2011.

6. Гилязутдинов, И. А. Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве : рук. для врачей / И. А. Гилязутдинов, З. Ш. Гилязутдинова. –М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 416 с.

Код 2.2 Тема Электрофизиологические методы исследования матери и плода.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: ознакомить слушателей с основными принципами ведения беременных женщин в современных условиях. Научиться определять по клиническим и лабораторным данным основные показатели адаптации к беременности, диагностировать беременность и определять ее срок на основании предположительных, вероятных, достоверных признаков беременности, оценивать лабораторные методы диагностики беременности, данные общего и акушерско-гинекологического анамнеза, проводить физикальное исследование – рост, вес, исследование по органам и системам, акушерское обследование беременной.

План практического занятия.

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	10
2.	Выступление слушателей.	30
3.	Разбор клинических случаев	30
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	20

Вопросы для подготовки:

1. Основные электрофизиологические методы обследования в акушерстве.
2. Методика проведения КТГ.
3. Сроки проведения КТГ.
4. Основные принципы анализа КТГ.
5. Использование функциональных проб.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедийная установка, презентация, КТГ, контрольные вопросы, истории болезни для разбора.

Краткое изложение материала.

КТГ (кардиотокография) во время беременности проводится с целью получить результаты относительно сердечной деятельности ребенка и частоты сердцебиения, а также его двигательной активности, частоты сокращения матки и реакции на эти сокращения малыша. КТГ во время беременности, совместно с доплерометрией и [УЗИ](#), дает возможность вовремя определить те или иные отклонения в нормальном течение беременности, изучить сократительную деятельность матки и реакцию на них сердечно-сосудистой системы ребенка. С помощью КТГ во время беременности можно подтвердить (или опровергнуть) наличие (или отсутствие) таких опасных для матери и малыша состояний, как [гипоксия плода](#); внутриутробная инфекция, мало- или [многоводие](#); фетоплацентарная недостаточность; аномалии развития сердечно-сосудистой системы плода; преждевременное созревание плаценты или угроза [преждевременных родов](#). Если подозрения того или иного отклонения будут подтверждены, это дает возможность врачу своевременно определиться в необходимости лечебных мер, скорректировать тактику ведения беременной. Понятия. Методика проведения. Критерии оценки. Мониторное наблюдение за состоянием плода в родах. Особенность интранатальной кардиотокографии. Признаки гипоксии плода на КТГ; тахи-брадикардия, снижение variability базального ритма, децелерации.

В результате проведенного занятия курсант:

-должен иметь представление об электрофизиологических методах обследования в акушерстве и гинекологии..

-должен знать признаки гипоксии плода по КТГ.

-**уметь** читать и оценивать результаты кардиотокографии: о определение базального ритма; определение variability базального ритма; определение характера и частоты акцелераций; определение характера и частоты децелераций; подготовить заключения по результатам кардиотокографии.

Контрольно-измерительные материалы

Тесты:

01. При оценке КТГ плода имеют значение следующие данные

- а) базальная частота сердечных сокращений
- б) наличие и частота акцелераций
- в) наличие децелераций
- г) амплитуда мгновенных осцилляций
- д) все перечисленные

Ответ: д

02. О тяжелом внутриутробном страдании плода по данным КТГ свидетельствует следующая амплитуда мгновенных осцилляций

- а) 0-5 в минуту
- б) 5-10 в минуту
- в) 10-25 в минуту
- г) все перечисленные
- д) ни одна из перечисленных

Ответ: а

03. Сократительную функцию матки можно оценить с помощью

- а) наружной гистерографии
- б) внутренней токографии
- в) реографии
- г) радиотелеметрии
- д) всего перечисленного

Ответ: д

04. При проведении окситоцинового теста наличие ранних децелераций, как правило, свидетельствует

- а) о хорошем состоянии плода
- б) о начальных признаках страдания плода
- в) о выраженных признаках страдания плода
- г) о гибели плода
- д) ни о чем из перечисленного

Ответ: б

05. Бесстрессовый тест основан

- а) на оценке реактивности сердечно-сосудистой системы плода в ответ на его повеление, сокращение матки, действие внешних раздражителей
- б) на учете числа движений плода в 1 час
- в) на реакции сердечной деятельности плода
- г) на всем перечисленном
- д) ни на чем из перечисленного

Ответ: а

06. Базальной частотой сердечных сокращений (ЧСС) плода называется

- а) ЧСС, сохраняющаяся неизменной в течение 10 мин и более
- б) ЧСС при повышении внутриматочного давления в схватку
- в) число мгновенных колебаний (осцилляций) за 10 мин исследования
- г) сердцебиение плода до начала процесса родов
- д) ничего из перечисленного

Ответ: а

07. О вариабельности частоты сердечных сокращений (ЧСС) плода на кардиотохограмме судят

- а) по отклонению от среднего уровня базальной частоты в виде осцилляций
- б) по наличию ускоренного или замедленного ритма ЧСС
- в) по отклонению от среднего уровня базальной частоты
- г) ни по чему из перечисленного

Ответ: а

08. При проведении КТГ (кардио-тахографии) плода наибольшее диагностическое значение имеют следующие показатели

- а) базальная частота сердечных сокращений
- б) наличие акцелераций
- в) ранние и поздние децелерации
- г) все перечисленные
- д) правильно б) и в)

Ответ: г

09. Акцелерация – это

- а) учащение частоты сердечных сокращений плода (ЧСС)
- б) урежение ЧСС плода
- в) отражение аритмии сердечной деятельности плода
- г) отражение внутриутробной задержки роста плода
- д) ничего из перечисленного

Ответ: а

10. Децелерация – это

- а) учащение сердечных сокращений плода
- б) урежение сердечных сокращений плода
- в) отражение бодрствования плода
- г) отражение глубокого сна плода
- д) ничего из перечисленного

Ответ: б

11. Ранние децелерации – это урежение сердечных сокращений плода

- а) с началом схваток
- б) через 30-60 с после начала схватки
- в) через 120 с после схватки
- г) в паузу между схватками
- д) ничего из перечисленного

Ответ: а

12. Бесстрессовым тестом является оценка изменения частоты сердечных сокращений плода

- а) при шевелении плода
- б) при использовании функциональных проб у матери
- в) ни а), ни б)
- г) только б)
- д) ничего из перечисленного

Ответ: а

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

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

Ответ: в

Вопросы к обсуждению:

1. Антенатальная кардиотокография.
2. Интранатальная кардиотокография.
3. Особенности интранатальной кардиотокографии при физиологическом течении родов и нарушениях сократительной активности матки.
4. Характер регуляторных и адаптационно-компенсаторных изменений в системе мать–плацента–плод и возможности их выявления с помощью кардиоинтервалографии при осложненном течении беременности.

Рекомендуемая литература:**1.Основная литература:**

1. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.
- 2.Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
- 3.Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

2.Дополнительная литература:

1. Невынашивание беременности: патогенез, диагностика, лечения. Клиническое руководство Беременность и роды. / Род ред. А.Н. Стрижакова, Москва, 2011.

Код 2.3 Тема Ультразвуковые методы исследования.**Цикл:** ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».**Контингент обучающихся:** заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций**Цель:** ознакомить курсантов с современными методами ультразвуковой диагностики в акушерстве.**План практического занятия**

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1	Вступительное слово преподавателя.	10
2	Курация больных, разбор клинических случаев и решение ситуационных задач	70
3	Заключительное слово преподавателя.	10

Вопросы для подготовки.

1. Анализ УЗ. Значение в гинекологии
2. Оценка данных УЗ исследования в I, II, III триместре беременности
3. Оценка данных доплерографии маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока
4. Пользование процентными кривыми

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедийная установка, презентация, истории болезни для разбора.**Краткое изложение материала:**

Диагностическое применение ультразвука в медицине. Физические свойства ультразвука. Скорость ультразвука в различных средах. Биологическое действие УЗ. Основные методы УЗ диагностики. Методика УЗ исследования в акушерстве и гинекологии. Симптомы и синдромы УЗ диагностики. Синтез клинических данных с результатами УЗИ. Составление протокола УЗИ. Построение диагноза УЗИ в гинекологии. Эхографическая анатомия передней брюшной стенки и органов малого таза. Физиологические изменения при УЗИ в связи с физиологическим менструальным циклом и возрастными особенностями. УЗИ в диагностике гиперпластических процессов матки и придатков. УЗИ в диагностике внематочной беременности, осложненного аборта. Допплерография в гинекологии.

УЗИ в акушерстве. УЗД в I триместре: основные задачи, диагностические возможности. Маркеры пороков развития плода и хромосомных болезней. УЗИ во II триместре беременности. Задачи скрининга, особенности диагностики на II этапе обследования. Фетометрия. Процентные кривые. Изучение ультразвуковой анатомии плода. Обследование плаценты, оболочек околоплодных вод. Диагностика врожденных заболеваний, пороков развития и внутриутробной гибели плода. УЗД в послеродовом периоде. УЗ-диагностика пороков развития матки, опухолей матки и придатков во время беременности.

Допплерография маточно-плацентарного, плодово-плацентарного и плодового кровотока. Понятия. Методика проведения. Критерии оценки. Мониторное наблюдение за состоянием плода в родах.

В результате проведенного занятия курсант:

- должен иметь знания об общих и специальных методах исследования в акушерстве и гинекологии (УЗИ);
- должен знать особенности гинекологических ультразвуковых исследований. тесты функциональной диагностики, бактериоскопический, цитологический, бактериологический методы.
- уметь проводить оценку результатов УЗ исследования беременной и плода, состояния фетоплацентарной системы, результатов доплерографического исследования: маточно-

плацентарного кровотока (маточная артерия); фетоплацентарного кровотока (артерии пуповины); плодового кровотока (аорта плода); подготовка заключения по результатам доплерографии, выявить признаки ранней или поздней патологии беременности (угроза прерывания, «замерший» плод); оценить патологию плода, врожденные пороки развития;

Контрольно-измерительные материалы

Тесты

01. Наименьшим сроком беременности, считая от момента зачатия, при котором можно обнаружить плодное яйцо с помощью трансабдоминальной эхографии, является

- а) 1 неделя
- б) 2 недели
- в) 3 недели
- г) 4 недели
- д) 5 недель

Ответ: в

02. Наименьшим сроком беременности, при котором «пустое» плодное яйцо при УЗИ надежно указывает на наличие анэмбрионии. является

- а) 2 недели
- б) 4 недели
- в) 6 недель
- г) 8 недель
- д) 10 недель

Ответ: г

03. При ультразвуковом исследовании плаценты ее толщина (при наличии отечной формы гемолитической болезни плода) чаще всего составляет

- а) 0.2-0.5 см
- б) 0.6-0.8 см
- в) 0.9-1.5 см
- г) 2-3 см
- д) 4 см и более

Ответ: д

04. Ультразвуковая картина зрелости плаценты, обозначенная цифрой III, соответствует, как правило, сроку беременности

- а) до 30 недель
- б) 31-34 недели
- в) 35-37 недель
- г) 38-40 недель
- д) 41-43 недели

Ответ: г

05. Если при ультразвуковом исследовании плаценты определяется ровная хориальная пластина и гомогенная паренхима, то ее зрелость следует оценить как

- а) 0
- б) I
- в) II
- г) III
- д) не подлежит оценке

Ответ: а

06. При проведении ультразвукового исследования на втором триместре беременности следует обратить особое внимание

- а) на показатели фетометрии плода
- б) на состояние плаценты
- в) на правильное развитие плода

- г) на все перечисленное
- д) ни на что из перечисленного

Ответ: г

07. При проведении ультразвукового исследования с целью диагностики задержки внутриутробного развития плода наибольшую ценность имеет измерение у плода

- а) бипариентального размера головки (БПР)
- б) диаметра груди
- в) диаметра живота
- г) длина бедра
- д) всего перечисленного

Ответ: д

08. Наиболее пригодными показателями УЗИ для оценки состояния плода в третьем триместре беременности являются

- а) индекс и частота дыхательных движений
- б) частота двигательной активности
- в) сердечная деятельность
- г) данные фетометрии
- д) все перечисленные

Ответ: д

Вопросы к обсуждению:

1. УЗ диагностика в акушерстве.
2. Особенности УЗ диагностики в гинекологии

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература:

1. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.
2. Акушерство от десяти учителей : учеб. пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова. - М.: МИА, 2004
3. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
4. Гинекология : новейший справочник / авт. Н. А. Татарова и др.; под общ. ред. Л. А. Суслопарова. - : Эксмо, 2007. - 688 с.
5. Гинекология по Эмилю Новаку : пер. с англ. / Под ред.: Дж. Берека, И. Адаши, П. Хиллард ; - М.: Практика, 2002. - 896 с..

2. Дополнительная литература:

4. Кулаков В.И., Назаренко Т.А., Волков Н.И., и др. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению: руководство / В.И. Кулаков, Т.А. Назаренко, Н.И. Волков Н.И. и др. / Под ред. Г.Т. Сухих, Т.А. Назаренко, 2-е изд., испр. и доп. - Издательство «ГЭОТАР-Медиа», - 2010.
5. Невынашивание беременности: патогенез, диагностика, лечения. Клиническое руководство Беременность и роды. / Род ред. А.Н. Стрижакова, Москва, 2011.
6. Гилязутдинов, И. А. Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве : рук. для врачей / И. А. Гилязутдинов, З. Ш. Гилязутдинова. –М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 416 с.

Код 2.4 Тема Эндоскопические методы исследования.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: ознакомить и освоить курсантами эндоскопические методы диагностики в гинекологии.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	10
2.	Курация больных, разбор клинических случаев и решение ситуационных задач	70
3.	Заключительное слово преподавателя.	10

Вопросы для подготовки:

1. Эндоскопические исследования.
 - а. лапароскопия.
 - б. гистероскопия.
 - с. кольпоскопия.
 - i. расширенная кольпоскопия.
 - ii. микрокольпоскопия.

2. Эндоскопическая хирургия.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедийная установка, презентация, истории болезни для разбора.

Краткое изложение материала

Эндоскопические методы исследования. Кольпоскопия- как эндоскопический метод, позволяющий исследовать влагалище, влагалищную часть шейки матки. Диагностическая ценность метода. Гистероскопия, как метод исследования внутренней поверхности матки. Основные показания проведения гистероскопии. Вагиноскопия. Лапароскопия – как эндоскопический метод, позволяющий провести осмотр органов малого таза брюшной полости.

В результате проведенного занятия курсант:

- должен иметь представление об основных эндоскопических методах исследования.
- должен знать: Этапы проведения лапароскопических операций в гинекологии; гистероскопии. Особенности кольпоскопии; ; Новые методы в эндоскопической хирургии тесты функциональной диагностики,
- уметь проводить простую и расширенную кольпоскопию.

Контрольно-измерительные материалы**Тесты**

01. Противопоказаниями к лапароскопии в гинекологии является все перечисленное, кроме

- а) острого воспалительного процесса в придатках
- б) выраженного спаечного процесса в брюшной полости
- в) нарушенной маточной беременности
- г) тяжелого общего состояния больной

Ответ: а

02. Диагностическая ценность лапароскопии в гинекологии особенно высока при всех перечисленных состояниях, кроме

- а) ненарушенной внематочной беременности
- б) маточной беременности
- в) опухоли яичника

- г) миомы матки
- д) всего перечисленного

Ответ: б

03. Показанием для проведения ирригоскопии и ректороманоскопии в гинекологии является

- а) опухоль яичника
- б) подозрение на внематочную беременность
- в) эндометриоз
- г) правильно а) и б)
- д) правильно а) и в)

Ответ: а

04. При кольпоскопии определяют

- а) рельеф поверхности слизистой оболочки влагалищной порции шейки матки
- б) границу плоского и цилиндрического эпителия шейки матки
- в) особенности сосудистого рисунка на шейке матки
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

05. Гистероскопия, как правило, позволяет дифференцировать

- 1) крупный полип от подслизистого миоматозного узла
- 2) состояние эндометрия во II фазе менструального цикла
- 3) рак эндометрия от гиперплазии эндометрия
- 4) плацентарный полип от узла хориокарциномы
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

Ответ: б

06. Использование 3% уксусной кислоты при расширенной кольпоскопии позволяет

- 1) отличить патологический участок от неизменной слизистой оболочки шейки матки
- 2) дифференцировать доброкачественные изменения слизистой оболочки шейки матки от атипичных
- 3) отказаться от ненужной биопсии
- 4) диагностировать рак шейки матки
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

Ответ: а

07. Показанием к ректороманоскопии в гинекологии, как правило, является

- 1) рак шейки матки
- 2) рак тела матки
- 3) эндометриоз
- 4) кишечное кровотечение неясного происхождения
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

Ответ: в

08. Амниоскопия особенно информативна и целесообразна

- 1) при гемолитической болезни плода (резус-конфликт)
- 2) при перенашивании беременности
- 3) при предлежании плаценты
- 4) при сахарном диабете
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

Ответ: б

Вопросы к обсуждению:

- 1.Эндоскопические исследования в гинекологии.
- 2.Правила проведения эндоскопических исследований.
- 3.Новое в эндоскопической хирургии.

Рекомендуемая литература:

1.Основная литература:

1. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.
- 2.Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
- 3.Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
- 4.Гинекология : новейший справочник / авт. Н. А. Татарова и др.; под общ. ред. Л. А. Сулопарова. - : Эксмо, 2007. - 688 с.
- 5.Гинекология по Эмилю Новаку : пер. с англ. / Под ред.: Дж. Берека, И. Адаши, П. Хиллард ; - М.: Практика, 2002. - 896 с..
- 6.Бауэр, Г. Цветной атлас по кольпоскопии / Г. Бауэр; под ред. С. И. Роговской ; пер. с нем. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 288 с.

2.Дополнительная литература:

1. Ищенко, А. И. Новые технологии и малоинвазивная хирургия в гинекологии / А. И. Ищенко. –М. : Изд-кий дом ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 136 с.
2. Эндоскопические методы диагностики и лечения в гинекологии : учеб. пособие / [сост. : Ф. К. Тетелютина, Е. П. Кузнецова, Л. И. Пименова и др.] ; ГОУ ВПО ИГМА. - Ижевск : [Б. и.], 2007. - 42 с.

Код 3.1. Тема. Оплодотворение и внутриутробное развитие плода. Анатомо-физиологические изменения во время беременности.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: ознакомиться с физиологией оплодотворения и дальнейшим внутриутробным развитием плода, анатомо-физиологическими изменениями в организме при беременности, родах и послеродовом периоде.

План практического занятия.

Этапы занятия		Продолжительность (135 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Выступление слушателей.	60
3.	Разбор клинических случаев.	50
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	15

Задачи, решаемые в процессе занятия:

8. Оплодотворение. Этапы формирования плода.
9. Формирование органов и систем плода. Эмбрио и плацентогенез.
10. Психофизиология плода. Формирование и развитие ЦНС плода.
11. Повторить анатомию и физиологию репродуктивной системы женщины.
12. Физические изменения в организме женщины во время беременности.
13. Сотрудничество врача, беременной женщины и ее семьи.
14. Медицинское наблюдение за беременными в женской консультации.

Перечень оборудования методического оснащения занятий: учебная аудитория, видеофильмы, контрольные вопросы, таблицы, ноутбук, мультимедийное оборудование.

Краткое изложение материала:

Овуляторная доминанта как предшественник доминанты беременной. Физиология оплодотворения. Этапы формирования пола плода (генетический, формирование гонадного пола, формирование наружных половых органов). Развитие органов и систем в течение беременности. Формирование фетоплацентарного комплекса. Роль плаценты при физиологической беременности. Основные функции: дыхательная, трофическая, барьерная, выделительная, внутрисекреторная. Внутрисекреторная продукция гормонов плаценты: хореонический гонадотропин, плацентарный лактоген, эстрогены, прогестерон, релаксин, глюкокортикоиды и др. Оценка метаболизма плода по данным биохимического исследования околоплодных вод. Диагностика угрожаемых состояний плода и дисфункции плаценты. Иммунологическая защита плода – важный компонент функции плаценты. УЗИ- диагностика маточно- плацентарного комплекса. Критические периоды внутриутробного развития плода. Факторы и группы риска перинатальной патологии. Последствия влияния патогенных факторов: гометопатии, эмбрионопатии, фетопатии и неонатопатии. Влияние повреждающих факторов на плод. Оценка пренатальных факторов риска по баллам по О.Г. Фроловой и И.Е. Николаевой. Профилактика перинатальной патологии современными методами распознавания функциональных нарушений и заболеваний плода. Психофизиология плода. Формирование и развитие мозга плода, рецепторов. Функциональные состояния и цикл активности – покой. Память и обучение плода. Слух плода. Влияние стресса на психофизиологическое развитие плода. Роль пренатальной психологии в формировании нового взгляда на не родившегося ребенка, период беременности, родовый процесс и воздействие на такие стороны технологии родовспоможения, как подготовка к зачатию, ведение беременных, формирование новых принципов взаимоотношения с беременной и роженицей, отношение к возникающим

отклонениям в течение беременности, подготовка беременных и их партнеров к родам, проведение родов как естественного процесса.

Анатомия и физиология репродуктивной системы женщины. Наружные половые органы, локализация, строение и функция (большие и малые половые губы, клитор, отверстие мочеиспускательного канала, преддверие влагалища). Локализация, строение и функция влагалища, шейки матки, матки, яичников. Строение костного таза женщины: тазовые кости и сочленения, крестец, копчик, область большого и малого таза. Топография и роль мышц промежности. Кровоснабжение, иннервация. Физиология женской половой системы: менструальный цикл, гормональные фазы. Изменения в системе гипоталамус – гипофиз – яичники, в матке, в организме в целом. Физические изменения в организме женщины во время беременности. Изменения в системе органов: желез внутренней секреции, половых органах и органах мишенях, в сердечно-сосудистой системе, легких, почках, желудочно-кишечном тракте, обмене веществ и жидкости. Возможные отклонения и способы их коррекции. Признаки беременности: предположительные, вероятные и достоверные. Сотрудничество врач – беременная женщина. Тесты беременности. Диагностика ранних и поздних сроков беременности. Изменения, происходящие во время беременности с внутренними половыми органами женщины. Рост и развитие маточной мускулатуры. Формирование нижнего сегмента. Расположение плода в полости матки. Исходное положение матки плода перед родами. Современные представления о роли центральной нервной системы в подготовке организма женщины к родам. Формирование доминанты, как рефлекторной физиологической системы, определяющей характер взаимодействия организма с окружающей средой. Перестройка функции эндокринных желез женщины во время беременности. Участие в гормональных взаимоотношениях в организме беременной эстрогенов, гестагенов, кортикостероидов, простагландинов. Адаптационные изменения при физиологической беременности «Норма» беременности. Изменения сердечно-сосудистой системы беременной. Гемодинамические изменения во время беременности: прирост объема крови, увеличение сердечного выброса, повышение частоты сердечных сокращений, венозного давления, периферического сосудистого сопротивления. Изменение гематологических показателей характерных для физиологической беременности. Содержание гемоглобина, гематокрита, количество эритроцитов, сывороточное железо. Адаптация коллоидно-осмотического состояния во время беременности. Изменение системы свертывания и фибринолиза. Функция легких во время беременности. Влияние беременности на функцию почек, печени. Рост и развитие грудных желез, подготовка их к лактации. Медицинское наблюдение за беременными в женской консультации. Лабораторное обследование. УЗ исследование – скрининг. Проблемы, с которыми сталкиваются супруги в течение каждого триместра беременности. Чувства и проблемы супругов в вопросах сексуальных взаимоотношений во время беременности.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-иметь представление о физиологических изменениях в различных системах и органах при нормально протекающей беременности;

-знать об особенностях ведения женщины в различных триместрах беременности; основных параметрах сократительной деятельности матки в различные периоды физиологических родов; принципах сократительной деятельности матки: тройной нисходящий градиент, реципрокность, координированность; механизме раскрытия шейки матки у перво- и повторнородящих.

-уметь наблюдать беременную согласно приказу №572н, своевременно выявлять акушерские осложнения и экстрагенитальную патологию во время беременности, назначать лечебные мероприятия по их коррекции, проводить

профилактические мероприятия для избежания развития анемии, плацентарной недостаточности, задержки развития плода, заполнять медицинскую документацию по ведению беременной: амбулаторную карту, карту беременной, истории родов.

Контрольно-измерительные материалы

Тесты

001. Эмбриогенез заканчивается

- а) на 4-й неделе развития плода
- б) на 6-й неделе развития плода
- в) на 8-й неделе развития плода
- г) на 10-й неделе развития плода
- д) на 12-й неделе развития плода

Ответ: в

002. Плацентация начинается

- а) с 3-й недели развития зародыша
- б) когда сосуды врастают в ворсинки хориона
- в) когда вторичные ворсинки превращаются в третичные
- г) верно все перечисленное
- д) неверно все перечисленное

Ответ: г

003. При нормальной беременности наблюдаются следующие изменения гемодинамики

- а) возрастает объем циркуляции крови (ОЦК) на 40-50%
- б) увеличивается объем циркулирующих эритроцитов (ОЦЭ) на 30-40%
- в) отмечается гидремия
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

004. Во время нормальной беременности наблюдаются следующие изменения в углеводном обмене

- а) тенденция к глюкозурии
- б) усиление клубочковой фильтрации сахара
- в) снижение чувствительности к инсулину
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

005. В пищеварительной системе при беременности происходят следующие изменения

- а) гипохлоргидрия
- б) усиление моторной функции желудка
- в) усиление перистальтики кишечника
- г) увеличение секреции пепсина
- д) все перечисленное

Ответ: а

006. При физиологической беременности в нервной системе наблюдаются следующие изменения

- а) периодические колебания интенсивности нейродинамических процессов
- б) понижение возбудимости коры головного мозга
- в) повышение возбудимости ретикулярной формации мозга
- г) повышение тонуса адренергической вегетативной нервной системы
- д) все перечисленные

Ответ: д

007. В период физиологически развивающейся беременности происходят следующие изменения в системе гемостаза

- а) гиперкоагуляция
- б) гипокоагуляция
- в) коагулопатия потребления
- г) активизация только сосудисто-тромбоцитарного звена
- д) активизация только плазменного звена

Ответ: а

Контрольные вопросы:

1. Поведение женщины во время беременности. Подготовка к кормлению. Консультирование по вопросам послеродовой контрацепции
2. Физиологические изменения органов желудочно-кишечного тракта во время беременности
3. Физиологические изменения органов мочеполовой системы во время беременности
4. Клинические и инструментальные методы контроля за состоянием плода.
5. Особенности ведения беременных по приказу №572н.
9. Физиология оплодотворения, формирование пола плода, развитие плода в течение каждого срока беременности.
10. Формирование фетоплацентарного комплекса. Роль плаценты при физиологической беременности.
11. Критические периоды внутриутробного развития плода. Тератогенные факторы.
12. 4 Развитие ЦНС плода и ее возможности.
13. Физиологические изменения в организме женщины во время беременности. Возможные отклонения и способы их коррекции
14. Особенности наблюдения за беременной в женской консультации.
15. Положительный настрой на исход беременности и родов беременной и ее семьи.
16. Формирование доминанты беременной, как рефлекторной физиологической системы, определяющей характер взаимодействия организма с окружающей средой.

Рекомендуемая литература:

1.Основная литература:

1. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.
- 2.Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
- 3.Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
- 4.Гинекология : новейший справочник / авт. Н. А. Татарова и др.; под общ. ред. Л. А. Суслопарова. - : Эксмо, 2007. - 688 с.
- 5.Гинекология по Эмилю Новаку : пер. с англ. / Под ред.: Дж. Берека, И. Адаши, П. Хиллард ; - М.: Практика, 2002. - 896 с..
- 6.Бауэр, Г. Цветной атлас по кольпоскопии / Г. Бауэр; под ред. С. И. Роговской ; пер. с нем. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 288 с.

2.Дополнительная литература:

3. Ищенко, А. И. Новые технологии и малоинвазивная хирургия в гинекологии / А. И. Ищенко. –М. : Изд-кий дом ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 136 с.
4. Эндоскопические методы диагностики и лечения в гинекологии : учеб. пособие / [сост. : Ф. К. Тетелютина, Е. П. Кузнецова, Л. И. Пименова и др.] ; ГОУ ВПО ИГМА. - Ижевск : [Б. и.], 2007. - 42 с.

Тема 3.2. Нормальные роды.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: ознакомиться с периодами нормальных родов и особенностям врачебной тактики в зависимости от периода родов.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (180 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	20
2.	Выступление слушателей.	20
3.	Работа в симуляционном центре ИГМА	90
4.	Разбор клинических случаев.	25
5.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	25

Вопросы, решаемые в процессе занятия:

1. Понятие нормальные роды.
2. Причины наступления родов.
3. Предвестники и начало родов.
4. Родовые изгоняющие силы.
5. Периоды родов: период раскрытия, период изгнания, последовый период.
6. Биомеханизм родов: биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания, биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания.
7. Особенности ведения родов по периодам.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория симуляционного центра ИГМА, мультимедийный проектор, муляж «Зоя», муляжи по теме «роды».

Краткое изложение материала.

Роды – безусловный рефлекторный акт, направленный на изгнание плодного яйца из полости матки по достижении им определенной степени зрелости: срок беременности не менее 28 нед., масса тела плода не менее 1000г., рост – не менее 35см.

Физиопсихопрофилактическая подготовка к родам. Понятие "нормальные роды". Оценка факторов риска накануне родов. Понятие активно-выжидательного ведения родов. Контроль за состоянием роженицы и плода в родах (УЗИ, кардиомониторинг, партограмма). Профилактика осложнений. Применение спазмолитиков. Обезболивание. Бережное оказание пособия при рождении ребенка. Профилактика кровотечения. Оценка состояния новорожденного. Раннее прикладывание ребенка к груди. Забота о матери и новорожденном. Совместное пребывание матери и новорожденного. Профилактика осложнений в послеродовом периоде.

Особенности периодов нормальных родов. Периоды родов: I – период раскрытия, II – период изгнания, III – последовый период. Период раскрытия – промежуток времени от начала регулярной родовой деятельности до полного раскрытия шейки матки. Продолжительность его у первородящих – 10-11 часов, у повторнородящих – 5-6 часов. 1 фаза (латентная) начинается с регулярных схваток через 10-5 мин длительностью по 25-30 с до 4см раскрытия маточного зева, составляет 5-6,5ч. 2 фаза (активная) продолжается 1,5-3ч.- раскрытие шейки матки от 4 до 8см, схватки учащаются (через 4-2 мин), усиливаются, длятся по 40-45 с, становятся умеренно болезненными. 3 фаза продолжается 1-2ч и заканчивается полным раскрытием шейки матки.

В этом периоде родов: постоянно оценивают жалобы и общее состояние роженицы, измеряют АД, частоту пульса и температуру тела; каждые 15-20 мин выслушивают сердцебиение плода, определяют его частоту, ритм и звучность тонов; постоянно наблюдают за характером родовой деятельности, оценивают частоту схваток, их длительность, силу и болезненность.

Период изгнания - начинается с момента полного раскрытия маточного зева и заканчивается рождением ребенка. Характеризуется присоединением потуг к продолжающимся схваткам, продолжительность колеблется от 30 мин до 2 ч. В этом периоде: постоянно фиксируют жалобы роженицы, оценивают ее общее состояние, измеряют АД, частоту пульса; после каждой потуги выслушивают сердцебиение плода, его частоту, ритм и звучность тонов; оценивают активность схваток и потуг, регулируют потуги; оказывают акушерское пособие.

Последовый период начинается с момента рождения ребенка и заканчивается изгнанием последа. Тактика ведения последового периода должна быть активно-выжидательной и предусматривает определенную последовательность действий: оценить общее состояние роженицы; определить высоту стояния дна матки после рождения последа; выпустить мочу с помощью катетера; следить за появлением признаков отделения плаценты (через 5-30 мин после рождения плода); выделить послед сразу после появления признаков отделения плаценты; осмотреть послед, оценить целостность оболочек, плацентарной ткани и их особенности; измерить объем кровопотери (физиологическая кровопотеря в родах составляет 0,5 % от массы тела роженицы); оценить общее состояние родильницы, высоту стояния дна матки и положить лед и тяжесть на низ живота; приступить к осмотру мягких родовых путей в раннем послеродовом периоде.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-иметь представление о физиологически протекающих периодах родов, их длительности, особенностях продвижения плода по родовым путям;

-знать об особенностях ведения различных периодов нормальных родов;

-уметь в первом периоде родов: оценивать жалобы и общее состояние роженицы, измерять АД, частоту пульса и температуру тела; каждые 15-20 мин выслушивать сердцебиение плода, определять его частоту, ритм и звучность тонов; наблюдать за характером родовой деятельности, оценивать частоту схваток, их длительность, силу и болезненность. В втором периоде: фиксировать жалобы роженицы, оценивать ее общее состояние, измеряют АД, частоту пульса; выслушивать сердцебиение плода, его частоту, ритм и звучность тонов; оценивать активность схваток и потуг, регулируют потуги; оказывать акушерское пособие. Тактика ведения последового периода должна быть активно-выжидательной и предусматривает определенную последовательность действий: оценить общее состояние роженицы; определить высоту стояния дна матки после рождения последа; выпустить мочу с помощью катетера; следить за появлением признаков отделения плаценты (через 5-30 мин после рождения плода); выделить послед сразу после появления признаков отделения плаценты; осмотреть послед, оценить целостность оболочек, плацентарной ткани и их особенности; измерить объем кровопотери (физиологическая кровопотеря в родах составляет 0,5 % от массы тела роженицы); оценить общее состояние родильницы, высоту стояния дна матки и положить лед и тяжесть на низ живота; приступить к осмотру мягких родовых путей в раннем послеродовом периоде.

Контрольно-измерительные материалы

Тесты

001. Оптимальная продолжительность родов у первородящей, как правило, составляет
- а) 2-4 ч
 - б) 5-7 ч
 - в) 8-10 ч
 - г) 12-14 ч

Ответ: в

002. Оптимальная продолжительность родов у первородящей, как правило, составляет
- а) 3-5 ч
 - б) 5-7 ч
 - в) 6-8 ч
 - г) 10-12 ч

Ответ: в

003. Физиологической кровопотерей в родах считается кровопотеря
- а) до 400 мл
 - б) до 500 мл
 - в) до 600 мл
 - г) до 800 мл

Ответ: а

004. Подготовительные схватки отличаются от родовых, главным образом,
- а) нерегулярностью и редкими интервалами
 - б) отсутствием увеличения амплитуды
 - в) безболезненностью
 - г) структурными изменениями шейки матки
 - д) всем перечисленным

Ответ: д

005. Первый период физиологических родов заканчивается всегда
- а) полным раскрытием шейки матки
 - б) возникновением потуг
 - в) излитием околоплодных вод
 - г) через 6-8 ч от начала регулярных схваток
 - д) всем перечисленным

Ответ: а

006. Потуги при физиологических родах начинаются, когда
- а) головка плода вставилась большим сегментом во входе в малый таз
 - б) произошло полное раскрытие шейки матки
 - в) головка плода установилась на тазовом дне
 - г) правильно а) и б)
 - д) правильно б) и в)

Ответ: д

007. Нормальная сократительная деятельность матки в родах характеризуется
- 1) значительным повышением базального тонуса матки
 - 2) гипертонусом нижнего сегмента матки
 - 3) смещением «водителя ритма» (пейсмейкер) с дна на тело матки
 - 4) расслаблением продольных гладкомышечных пучков при интенсивном сокращении поперечных волокон
- а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны

Ответ: г

008. Ведение родов в первом периоде включает в себя контроль

- 1) за скоростью раскрытия шейки матки
- 2) за вставлением и продвижением предлежащей части плода
- 3) за состоянием роженицы и плода
- 4) за функцией мочевого пузыря
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

Ответ: в

009. Ведение родов во втором периоде включает в себя, главным образом, контроль

- 1) за состоянием роженицы и плода
- 2) за «врезыванием и прорезыванием» предлежащей части плода
- 3) за состоянием фетоплацентарного кровотока
- 4) за давлением в межворсинчатом пространстве
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

Ответ: а

010. Ведение родильниц в раннем послеродовом периоде заключается в контроле

- 1) артериального давления, пульса, дыхания
- 2) сократительной функции матки
- 3) кровопотери
- 4) кольпоцитологического исследования
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

Ответ: а

011. Основное значение в нормальной инволюции послеродовой матки имеет

- 1) естественное вскармливание новорожденного
- 2) нормальное функционирование кишечника и мочевого пузыря родильницы
- 3) гигиена родильницы
- 4) диететика родильницы
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

Ответ: а

Контрольные вопросы:

1. Особенности первого периода родов.
2. Тактика врача в первом периоде родов.
3. Особенности второго периода родов.
4. Тактика врача во втором периоде родов.
5. Особенности третьего периода родов.
6. Тактика врача в третьем периоде родов.
7. Клинические признаки начала родов.

8. Механизм и принципы сократительной деятельности матки.
9. Методы оценки сократительной деятельности матки.
10. Оценка эффективности родовой деятельности.
11. Клинические и инструментальные методы контроля за состоянием плода.
12. Перечислить предвестники родов.
13. Что относится к родовым изгоняющим силам?
14. Указать временной интервал первого периода родов и динамику раскрытия шейки матки.
15. Как технически выполняется контроль за характером родовой деятельности?
16. Какими способами осуществляется контроль за состоянием плода в родах?
17. В чем заключается акушерское пособие в родах?
18. Перечислить признаки отделения плаценты.
19. Рассказать о ручных приемах выделения плаценты.
20. В течение какого времени родильница должна оставаться в родовом отделении?
21. Принципы оценки состояния новорожденного по шкале Апгар.

Рекомендуемая литература:

1.Основная литература:

1. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.
- 2.Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
- 3.Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

2.Дополнительная литература:

- 1.Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
- 2.Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.

Код 3.3. Тема. Послеродовой период. Физиология и психология послеродового периода.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель. Изучить клиническое течение и ведение физиологического послеродового периода, ознакомиться со структурой и принципами работы послеродового отделения.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Выступление слушателей.	15
3.	Разбор клинических случаев.	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Вопросы, решаемые в процессе занятия:

1. Изменения в половых органах и молочных железах у родильниц в послеродовом периоде.
2. Особенности течения и ведения послеродового периода.
3. Санитарно-гигиенические мероприятия в послеродовом периоде.
4. Осложнения послеродового периода: гематометра.
5. Профилактика осложнений послеродового периода.

Краткое изложение материала.

Послеродовой (пуэрперальный) период - заключительная стадия гестационного процесса, характеризующаяся обратным развитием органов и систем, подвергшихся изменениям в связи с беременностью и родами, становлением, расцветом лактационной функции молочных желез и восстановлением деятельности гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. Послеродовой период длится 6-8 нед. Первые 2 ч после окончания родов называют ранним послеродовым периодом. Выключение маточно-плацентарного круга кровообращения, понижение внутрибрюшного давления, изменение положения сердца отражаются на функциях сердечно-сосудистой системы. У родильницы несколько урывается пульс, снижается артериальное давление. Температура тела обычно нормальная. Возможно однократное повышение температуры (не выше 37,5 °С) в связи с перенесенным нервным и физическим напряжением. В этом периоде продолжается наблюдение за общим состоянием родильницы, высотой стояния дна матки и количеством кровянистых выделений из влагалища. Женщинам из группы риска развития кровотечения продолжают внутривенное введение утеротоников. Через 30-60 мин после родов необходим осмотр с помощью зеркал мягких родовых путей. Перинеоррафия может быть выполнена под местной инфильтрационной анестезией. Родильницу переводят в послеродовое отделение через 2 ч после родов. В переводном эпикризе фиксируют ее общее состояние, показатели АД, частоту пульса, температуру тела, высоту стояния дна матки и количество выделений из половых путей, указывают лечебные назначения. Ежедневно в смотровой проводится обработка наружных половых органов родильницы, швов. Необходимо выполнение гигиенических требований по уходу за молочными железами. Швы с промежности снимают на 5-е сутки после родов. Выписывают родильницу на 5-6-е сутки после родов.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-иметь представление об особенностях послеродового периода и возможных осложнениях;

-знать особенности ведения родильницы в послеродовом периоде;

-уметь - оценить состояние родильницы, дать оценку течения послеродового периода, провести осмотр мягких родовых путей в определенном порядке: обработка наружных половых органов и рук акушера антисептическим раствором, осмотр состояния промежности и вульварного кольца; введение во влагалище зеркал и удаление сгустков крови из влагалища; обнажение шейки матки с помощью зеркал и последовательный осмотр ее с использованием окончатых зажимов (при наличии разрывов шейки матки накладывают кетгутовые швы на рану), осмотр стенок влагалища, наложение швов при наличии повреждений стенок влагалища, выведение зеркал; осмотр промежности и восстановление ее целостности после перинеотомии или разрыва; оценка общего объема кровопотери; выведение мочи. Уметь проводить ежедневный осмотр родильницы: 1. Оценивают жалобы родильницы и ее общее состояние. 2. Определяют становление лактации и состояние молочных желез. 3. Проводят пальпацию живота (поверхностную и глубокую), определяют высоту стояния дна матки и сопоставляют ее с днем послеродового периода. 4. Оценивают количество и характер лохий и их соответствие дню послеродового периода. 5. Проводят осмотр наружных половых органов, промежности, швов, их обработку. 6. Уточняют физиологические отправления.

Контрольно-измерительные материалы:

Тесты

001. Термином «послеродовый период» обычно обозначают

- а) первые 2 месяца после родов
- б) период грудного кормления новорожденного
- в) период послеродовой аменореи
- г) все перечисленное

Ответ: а

002. Лохии – это

- а) послеродовые выделения из матки
- б) раневой секрет послеродовой матки
- в) отделение децидуальной оболочки
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

003. Ведение родильниц в раннем послеродовом периоде заключается в контроле

- 1) артериального давления, пульса, дыхания
- 2) сократительной функции матки
- 3) кровопотери
- 4) кольпоцитологического исследования
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

Ответ: а

004. В раннем послеродовом периоде происходят следующие изменения в половой системе родильницы

- 1) инволюция матки
- 2) формирование шейного канала шейки матки
- 3) восстановление тонуса мышц тазового дна
- 4) ретракция, контракция матки и тромбообразование сосудов плацентарной площадки
- а) правильно 1, 2, 3

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

Ответ: в

005. Общее количество лохий в первую неделю послеродового периода составляет

- 1) 50 мл
- 2) 100 мл
- 3) 200 мл
- 4) до 1.5 литров
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

Ответ: г

Контрольные вопросы:

1. Течение раннего послеродового периода.
2. Физиологические и анатомические изменения в организме родильницы.
3. Ведение раннего послеродового периода.
4. Ведение позднего послеродового периода.
5. Диета в послеродовом периоде и рекомендации по кормлению новорожденного.
6. Уход за наружными половыми органами и промежностью в послеродовом периоде.
7. Какие изменения в организме родильницы происходят в ранний послеродовый период?
8. Какие параметры состояния родильницы необходимо контролировать в ранний послеродовый период?
9. Каким образом определяют общий объем кровопотери в родах?
10. Какие параметры фиксируют в переводном эпикризе в послеродовое отделение?
11. Назвать клинические параметры инволюции матки.
12. Как осуществляется уход за наружными половыми органами и швами на промежности в послеродовом периоде?

Рекомендуемая литература:

1.Основная литература:

1. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.
- 2.Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
- 3.Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

2.Дополнительная литература:

- 3.Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
- 4.Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.

Тема 3.4. Грудное вскармливание.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: ознакомиться с принципами и преимуществами грудного вскармливания.

План практического занятия.

Этапы занятия		Продолжительность (135 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Выступление слушателей.	60
3.	Разбор клинических случаев.	50
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	15

Вопросы для подготовки:

1. Анатомия молочной железы. Физиология лактации.
2. Гормоны лактации и их участие в производстве и выделении молока. Лактогенез.
3. Инициация и поддержание лактации. Рефлекс выброса молока (рефлекс окситоцина).
4. Скорость выработки молока. Емкость груди.
5. Преимущества грудного вскармливания.
6. Компонентный состав грудного молока.
7. Защитные, иммунные свойства грудного молока.
8. Возможные трудности и осложнения при грудном вскармливании и методики их решения.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедия.

Краткое изложение материала.

Кормление (вскармливание) - это отношения между матерью и ребенком, взаимосвязанная система, которая работает, когда и мать, и ребенок учатся понимать друг друга. Лактогенез комплексной морфофизиологический процесс, включающий изменения протоков и альвеол молочной железы и находящийся под контролем эндокринной и вегетативной нервной систем. Выделяют три стадии лактогенеза. Для поддержания лактации важны два гормона: пролактин и окситоцин. Пролактин действует на эпителиальные клетки стимулируя секрецию молока. Окситоцин действует на миоэпителиальные клетки, обеспечивая выделение молока. Грудное вскармливание имеет ряд неоспоримых преимуществ как для новорожденного, так и для матери. Состав человеческого грудного молока не постоянен, а изменяется во время кормлений, в зависимости от времени суток, а также в процессе лактации. Клетки иммунной системы широко распространены в женском молоке и представлены лейкоцитами, причем больше всего их содержится в молозиве. Возможные трудности и осложнения при грудном вскармливании и методики их решения (трещины на сосках, особые формы сосков (плоские и втянутые), лактостаз, гипогалактия).

В результате проведенного занятия курсант:

-должен иметь представление о понятии лактостаза, патогенезе, этиологии и клинике лактостаза, профилактических мероприятиях и лечении лактостаза; заболеваниях молочных желез, в частности о лактационных маститах: вопросах этиологии, патогенеза, клинике, особенностях лечебной тактики.

-должен знать о профилактических мероприятиях по предотвращению лактостаза, лечении лактационных маститов.

-уметь назначить лечение лактационного мастита, провести санитарно-просветительную работу среди беременных по предотвращению лактостаза.

Контрольно-измерительные материалы

Тесты

001. Условия, способствующие развитию лактационного мастита

- а) лактостаз
- б) трещины сосков
- в) снижение иммунологической защиты организма
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

002. К группе риска по развитию послеродового мастита относится

- а) мастит в анамнезе
- б) мастопатия
- в) наличие послеродового эндометрита
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

003. При послеродовом мастите чаще бывает поражение

- а) двустороннее
- б) у повторнородящих
- в) нижне-внутреннего квадранта
- г) всего перечисленного
- д) ничего из перечисленного

Ответ: д

004. Наиболее частый путь распространения инфекции при возникновении лактационного мастита

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

Ответ: а

005. Клиническими признаками серозного мастита после родов являются все перечисленные, кроме

- а) температуры тела 38-39°C
- б) болей в молочной железе на стороне поражения
- в) безболезненности участка уплотнения в молочной железе пальпации
- г) покраснения кожи над участком уплотнения в молочной железе
- д) увеличения молочной железы

Ответ: в

006. Специфическим возбудителем послеродового мастита является

- а) золотистый стафилококк
- б) гемолитический стрептококк
- в) кишечная палочка
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: д

007. Трудности в лечении больных с лактационным маститом, как правило, связаны

- а) с вторичным инфицированием операционных ран при гнойном мастите
- б) с проведением антибиотикотерапии без учета возможного анаэробного инфицирования
- в) с поздней диагностикой заболевания
- г) верно б) и в)
- д) со всем перечисленным

Ответ: д

008. Источником инфекции при послеродовом мастите является

- а) микробная флора зева и носа новорожденного
- б) очаг инфекции в организме родильницы
- в) грязные руки и белье родильницы
- г) верно б) и в)
- д) все перечисленное

Ответ: д

009. К клиническим формам гнойного лактационного мастита относится все перечисленное, кроме

- а) фурункулеза ареолы
- б) инфильтративного мастита
- в) абсцесса ареолы
- г) абсцесса в толще молочной железы
- д) ретромаммарного абсцесса

Ответ: б

010. Основные преобладающие клинические формы лактационного мастита в последнее время

- а) инфильтративно-гнойный
- б) абсцедирующий
- в) флегмозный
- г) верно а) и б)
- д) верно б) и в)

Ответ: г

011. Продолжительность стадии серозного лактационного мастита обычно составляет

- а) 1-2 дня
- б) 3-4 дня
- в) 5-6 дней
- г) 7-8 дней

Ответ: а

012. Длительность инфильтративной стадии лактационного мастита, как правило, зависит

- а) от особенностей возбудителя инфекции
- б) от состояния защитных сил организма
- в) от характера проводимой терапии
- г) верно а) и б)
- д) от всего перечисленного

Ответ: д

013. Диагностическими критериями развития гнойного лактационного мастита (после периода некоторого улучшения в клинической картине заболевания) являются все перечисленные, кроме

- а) гектического характера температурной кривой
- б) повторяющихся ознобов
- в) увеличения молочной железы в объеме
- г) отсутствия явлений интоксикации организма
- д) резкой болезненности молочной железы при пальпации

Ответ: г

014. При диффузной форме инфильтративно-гнойного лактационного мастита, как правило, отмечается

- а) пропитывание гноем ткани молочной железы (наподобие пчелиных сот)
- б) отсутствие явного абсцедирования в молочной железе
- в) наличие выраженного инфильтрата в ткани молочной железы
- г) верно б) и в)
- д) все перечисленное

Ответ: д

015. Наиболее тяжелой формой лактационного мастита является мастит

- а) флегмонозный
- б) гангренозный
- в) абсцедирующий
- г) инфильтративно-гнойный
- д) инфильтративный

Ответ: б

016. У большинства женщин лактационный мастит начинается после родов

- а) в конце 1-й недели
- б) в конце 2-й недели
- в) в начале 3-й недели
- г) на 3-4-й недели
- д) верно б) и в)

Ответ: д

017. В диагностике послеродового мастита, как правило, имеет значение

- а) характерные жалобы больной
- б) данные осмотра и пальпации молочных желез
- в) наличие предрасполагающих факторов к его развитию
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

018. Особенности терапии у больных с лактационным маститом

- а) санация входных ворот инфекции
- б) своевременное оперативное вмешательство при гнойной форме
- в) своевременная постановка вопроса о подавлении лактации
- г) верно а) и б)
- д) верно все перечисленное

Ответ: д

Контрольные вопросы:

1. Понятие лактогенеза. Стадии лактогенеза.
2. Рефлекс окситоцина или рефлекс выброса молока.
3. Скорость выработки молока. Емкость груди.
4. Преимущества грудного вскармливания для матери и для ребенка.
5. Лактостаз, механизмы развития, пути преодоления.
6. Гипогалактия, диагностика, лечение, профилактика.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

15. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

16. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

17. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.

18. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.

19. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.

Дополнительная литература:

12. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

13. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

Код 4.1. Тема Патологическое акушерство: аномалии родовой деятельности (слабость и дискоординация).

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: более глубокое изучение современных сведений о возникновении, развитии родовой деятельности и роли плода в инициации родов. Виды аномалии родовой деятельности (гипертоническая и гипотоническая дисфункция). Изучение методов коррекции аномальной родовой деятельности.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (135 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	10
2.	Выступление слушателей.	55
3.	Разбор клинических случаев	50
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	20

Вопросы для работы малыми группами:

1. Международная классификация аномальной родовой деятельности.
2. Основные причины и патогенез родовой деятельности.
3. Патологическая гипертоническая дисфункция. Клиника, лечение.
4. Гипотоническая дисфункция. Слабость родовой деятельности. Группы риска по возникновению слабости родовой деятельности. Выбор тактики ведения родов при слабости родовой деятельности. Родовозбуждение и родостимуляция.
5. Дискоординация родовой деятельности. Причины дискоординации родовой деятельности. Патогенез. Клиника. Степени тяжести дискоординации родовой деятельности. Лечение.
6. Состояние плода при аномалиях родовой деятельности.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедийная установка, презентация, истории болезни, лабораторные анализы, контрольные вопросы.

Краткое изложение материала.

Аномалии родовой деятельности. Классификация: затяжная фаза медленного раскрытия шейки матки, затяжная фаза быстрого раскрытия шейки матки, остановка раскрытия шейки матки, затяжной второй период родов, остановка продвижения головки по родовым путям, стремительные роды. Оценка сократительной активности матки. Этиология. Лечение. Затяжная фаза медленного раскрытия шейки матки. Затяжная фаза быстрого раскрытия шейки матки и остановка раскрытия шейки матки. Активное ведение родов. Активизация роженицы. Амниотомия. Изменение положения роженицы и ручная ротация плода. Оперативное родоразрешение. Применение окситоцина. Состояние плода при аномалиях родовой деятельности.

Гипертоническая дисфункция матки (дискоординация родовой деятельности) патогенетические особенности. Причины или состояния способствующие возникновению аномалий родовой деятельности. Классификация аномалий родовых сил (международная статическая классификация болезней и проблем, X пересмотра). Характеристика. Клинических проявлений и принципы ведения родов при разных формах гипертонической дисфункции матки: патологический прелиминарный период; дискоординация родовой деятельности; стремительные роды; сегментарная дистоция; тетанус матки. Диагностика дискоординации родовой деятельности, лечение.

В результате проведенного занятия курсант:

-должен иметь представление о международной классификации аномальной родовой деятельности, основных клинических и лабораторных методах исследования.
 -должен знать клиника, лечение патологической гипертонической дисфункции, гипотонической дисфункции, слабости родовой деятельности.
 тесты функциональной диагностики, бактериоскопический, цитологический, бактериологический методы.
 -уметь формировать группы риска по возникновению слабости родовой деятельности. Выбирать тактику ведения родов при слабости родовой деятельности. Оценить состояние плода при аномалиях родовой деятельности

Контрольно-измерительные материалы

Тесты

001. При слабости родовой деятельности имеет место:

- а) увеличение содержания окситоцина у матери
- б) повышенное выделение окситоцина гипофизом плода
- в) сниженное содержание окситоциназы
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: д

002. Сократительная функция матки при слабости родовой деятельности:

- а) снижением амплитуды сокращения матки
- б) сохранением ритма
- в) уменьшением частоты схваток
- г) снижением внутриматочного давления
- д) всем перечисленным

Ответ: д

Контрольные вопросы

1. Выделите группы риска среди беременных на гипертоническую и гипотоническую дисфункции.
2. Какие факторы обуславливают возникновение аномалии родовой деятельности (5 групп)?
3. Лечение первичной слабости родовой деятельности. Амниотомия – лечение или ятрогенный фактор?
4. Дискординированная родовая деятельность – эффективно ли лечение в родах? Роль состояния плода при данной патологии?
5. Показание к абдоминальному родоразрешению при аномалии родовой деятельности?

Доклады:

1. Группы риска по возникновению слабости родовой деятельности.
2. Выбор тактики ведения родов при слабости родовой деятельности.
3. Гипертоническая дисфункция матки (дискоординация родовой деятельности) патогенетические особенности.
4. Дискординация родовой деятельности. Причины дискординации родовой деятельности. Патогенез. Клиника.

Рекомендуемая литература:

1.Основная литература:

- 1.Клинические рекомендации по акушерству и гинекологии/ под ред. В.И. Кулакова.— М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2005.-512с
2. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.:

МИА, 2004

- 3.Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

2.Дополнительная литература:

- 1.Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.

Код 4.1. Тема Патологические роды. Узкие тазы.**Цикл:** ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».**Контингент обучающихся:** заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций**Цель:** ознакомить курсантов с клиникой, диагностикой и тактикой ведения беременности и родов при анатомически узком тазе.**План практического занятия**

Этапы занятия		Продолжительность (135 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	10
2.	Выступление слушателей.	55
3.	Разбор клинических случаев	50
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	20

Вопросы для подготовки:

7. Классификация узких тазов.
8. Наиболее частые формы узких тазов в настоящее время.
9. Методы родоразрешения при узком тазе.
10. Перинатальный подход к родоразрешению при узких тазах.
11. Тактика ведения беременных с узким тазом в женской консультации.
12. Принципы и этапы оказания врачебной помощи беременным с узким тазом.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, презентация, мультимедиа, контрольные вопросы.**Краткое изложение материала.**

Узкий таз, по данным разных авторов, встречается в 2,6-15-20% случаев. Такие колебания в значительной мере объясняются отсутствием единой классификации узкого таза, разницей в определении границ между нормальным и узким тазом. Одни авторы считали таз узким даже при незначительном укорочении его размеров, другие считали признаком узкого таза наружную конъюгату, равную 17,5 см и меньше.

На развитие узкого таза оказывают значительное влияние материальное благосостояние и культура народов, уровень заболеваемости детей и подростков, охрана здоровья женщины, особенно в период беременности. В России наблюдается значительное снижение процента женщин с узким тазом, особенно с резко выраженной формой этой патологии. М.С. Малиновский и М.Н. Побединский указывают, что узкий таз, представляющий затруднения (реже – препятствия) для родов (функционально узкий таз), встречается у 3-5% рожениц. По данным Р.И. Колгановой, клинически узкий таз встречается у 1,3-1,7% рожениц, но эта проблема остается актуальной вследствие возникновения осложнений в родах, опасных для матери и плода.

Первая половина беременности при узком тазе протекает без особенностей, во второй половине нередко наблюдаются поздние токсикозы. Возникновение их связано не с самим узким тазом, а с последствиями заболеваний и особенностей развития, послуживших причиной нарушения в костной системе и других органов.

Беременные с узким тазом находятся на специальном учете консультации, за ними тщательно наблюдают. Важно уточнить срок родов, чтобы предупредить перенашивание беременности, которое при узком тазе особенно неблагоприятно.

При первой и второй степени сужения исход родов в значительной мере зависит от величины головки плода, характера предлежания и вставления. Способности головки к конфигурации, интенсивности родовой деятельности. При благополучных сочетаниях указанных условий роды протекают нормально, особенно при первой степени сужения таза. При первой степени сужения роды у большинства женщин заканчиваются самопроизвольно, особенно у молодых первородящих, у которых обычно бывает хорошая

родовая деятельность (неповрежденный нервно-мышечный аппарат матки). Если объем головки плода не соответствует размерам таза, имеются неправильное положение и предлежание, в родах возникают серьезные осложнения. Угрожающие состоянию роженицы и плода. Осложнения при второй степени сужения встречаются значительно чаще, чем при первой.

При третьей и четвертой степени сужения таза роды живым доношенным плодом невозможны. Без своевременного хирургического вмешательства беременная и плод погибают вследствие разрыва матки, септической инфекции или других осложнений.

В результате проведенного занятия курсант:

-**должен иметь представление** о классификации узких тазов, основных клинических и лабораторных методах исследования.

-**должен знать** клинику и тактику ведения беременности и родов при узких тазах.

-**уметь** формировать группы риска по возникновению клинически узкого таза у роженицы, выбирать тактику ведения родов при узких тазах.

Контрольно-измерительные материалы.

Тесты

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

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

Ответ: г

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

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

Ответ: г

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

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

Ответ: в

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

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

Ответ: в

005. Частота анатомически узкого таза составляет:

- а) 10-8 %
- б) 7-6 %
- в) 5-4 %

г) 3-2 %

Ответ: г

006. Особенности биомеханизма родов при поперечносуженным тазе состоят в следующем:

- а) может быть косое асинклитическое вставление головки плода
- б) может быть высокое прямое стояние головки плода
- в) головка плода может пройти все плоскости малого таза без своего внутреннего поворота

г) во всем перечисленном

д) ни в чем из перечисленного

Ответ: г

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

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

Ответ: б

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

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

Ответ: в

009. В прогнозе родов при анатомически узком тазе наибольшее значение имеет:

- а) высота дна матки
- б) окружность живота
- в) и то, и другое
- г) ни то, ни другое

Ответ: а

010. При анатомически узком тазе II степени и живом плоде вопрос о родостимуляции решается, как правило, следующим образом:

- а) проводится всегда
- б) не проводится
- в) в зависимости от артериального давления роженицы
- г) в зависимости от предлежания плода
- д) правильно в) и г)

Ответ: б

Доклады:

1. Ведение родов у пациенток с узким тазом.
2. Классификация узких тазов. Наиболее частые формы узких тазов в настоящее время.
3. Тактика ведения беременных с узким тазом в женской консультации.

Контрольные вопросы

1. Определение узкого таза.
2. Степени сужения узкого таза.
3. Особенности родоразрешения при первой и второй степени сужения таза.
4. Ведение родов у пациенток с узким тазом.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература:

1. Клинические рекомендации по акушерству и гинекологии/ под ред. В.И. Кулакова.— М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2005.-512с
2. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
3. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

2. Дополнительная литература:

1. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.

Тема 4.3. Оперативное акушерство. Разрывы матки.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель занятия: освоить вопросы методов обследования и врачебной тактики при разрывах матки.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Выступление слушателей.	50
3.	Разбор клинических случаев.	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Вопросы для подготовки:

7. Травматизм в акушерстве:
8. Разрыв матки.
9. Диагностика.
10. Профилактика родового травматизма матери.
11. Принципы лечения последствий родового травматизма.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, видеофильмы, телевизор, видеоманитофон, мультимедиа, истории болезни.

Краткое изложение материала.

Во время родов часто возникают повреждения тканей промежности, влагалища и шейки матки, имеющие характер поверхностных ссадин и трещин. Нередко наблюдаются разрывы промежности, шейки матки и слизистой оболочки влагалища, связанные с перерастяжением тканей или хирургическими вмешательствами. При патологических родах иногда возникают повреждения, угрожающие жизни женщины (разрыв матки), ведущие к последующему нарушению трудоспособности и важнейших функций организма. Кроме повреждения тканей родовых путей при осложненных родах, нередко возникают родовые травмы плода, которые обнаруживаются в периоде новорожденности или позднее.

В результате проведенного занятия курсант:

- должен иметь представление об этиологии. Патогенез и клинике при разрывах матки, основных клинических и лабораторных методах исследования.
- должен знать клинику и тактику ведения родов при диагностированном разрыве матки.
- уметь формировать группы риска по возникновению разрывов матки, выбирать тактику ведения родов при разрыве матки.

Контрольно-измерительные материалы

Доклады:

- 5.Разрывы матки. Причины.
- 6.Профилактика разрывов матки.
- 7.Роды у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения

Рекомендуемая литература:

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература:

- 4.Клинические рекомендации по акушерству и гинекологии/ под ред. В.И. Кулакова.— М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2005.-512с
5. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.:

МИА, 2004

- 6.Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

2.Дополнительная литература:

- 2.Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.

Код 4.4. Тема. Патологическое акушерство. Преждевременные роды.**Цикл:** ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».**Контингент обучающихся:** заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций**Цель:** информировать слушателей о преждевременных родах.**План практического занятия**

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Выступление слушателей.	70
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе занятия:

1. Классификация преждевременных родов в зависимости от срока гестации.
2. Этиология преждевременных родов
3. Клиническая картина начавшихся преждевременных
4. Диагностика ПР.
5. Родоразрешение в зависимости от срока гестации
6. Прогноз выживаемости для новорожденного, реабилитация женщины после ПР,

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедиа, истории болезни, муляж новорожденного и костного таза.**Краткое изложение материала.** Определение ВОЗ – преждевременные роды. МКБ – 10 . Эпидемиология. Классификация преждевременных родов в зависимости от срока гестации. Этиология преждевременных родов. Гормональные нарушения, инфекции полового тракта и их сочетания – основные этиологические факторы. Нарушения в системе гемостаза – еще один механизм преждевременных родов. Факторы риска преждевременных родов. Патогенез. Патогенетический механизм ПРПО – инфицирование нижнего полюса плодных оболочек. Клиническая картина начавшихся преждевременных родов, клиническая картина угрозы преждевременных родов. Диагностика ПР. Физикальные и лабораторные исследования. УЗИ при угрозе преждевременных родов. и клинической картине начавшихся преждевременных родов. Дифференциальная диагностика. Лечение УПР. Медикаментозная терапия, немедикаментозная терапия, показания к госпитализации. Профилактическая терапия РДС будущего новорожденного.

Родоразрешение в зависимости от срока гестации. Методы родоразрешения. Современный подход к оперативному родоразрешению при ПР. Тактика ведения беременных группы риска на преждевременные роды в женской консультации. Прогноз выживаемости для новорожденного, реабилитация женщины после ПР,

В результате проведенного занятия курсант:

- должен иметь представление об классификации преждевременных родов, этиологии, патогенезе и клинике преждевременных родов, основных клинических и лабораторных методах исследования.
- должен знать клинику и тактику ведения преждевременных родов.
- уметь формировать группы риска по возникновению преждевременных родов, выбирать тактику ведения родов при преждевременных родах.

Контрольно-измерительные материалы**Контрольные вопросы:**

1. Принципы родоразрешения в зависимости от срока гестации.
2. Профилактическая терапия РДС будущего новорожденного
3. Патогенетический механизм ПРПО
4. Лечение УПР. Медикаментозная терапия

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

382.Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

383.Чернуха, Е. А. Родовой блок : рук. для врачей / Е. А. Чернуха. - 3-е изд., перераб., испр. и доп. - : Триада-Х, 2003. - 712 с.

2. Дополнительная литература

225.Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004

226.Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.

227.Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

228.Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

Код 4.5. Тема. Оперативное акушерство. Кесарево сечение.**Цикл:** ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».**Контингент обучающихся:** заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций**Цель занятия** Информирование слушателей о современном кесаревом сечении.**План практического занятия**

Этапы занятия		Продолжительность (270 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	20
2.	Доклад преподавателя.	175
3.	Контроль знаний	45
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	30

Вопросы для подготовки:

1. Кесарево сечение.
2. Определение. Классификация. Показания. Противопоказания.
3. Условия проведения операции. Подготовка к операции. Методы обезболивания.
4. Техника операции. Осложнения. Особенности ведения послеоперационного периода.
5. Кесарево сечение при преждевременных родах.

Перечень оборудования и методического оснащения: учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, демонстрация клинического случая, истории болезни.**Краткое изложение материала.**

Кесарево сечение - родоразрешающая операция, при которой плод и послед извлекают через произведённый разрез на матке. Повышение частоты КС в современном акушерстве обусловлено объективными причинами. увеличение количества первородящих старше 35 лет, интенсивное внедрение ЭКО (нередко неоднократного), учащение наличия КС в анамнезе, увеличение частоты рубцовых изменений матки после миомэктомии, произведённой через лапароскопический доступ, расширение показаний к КС в интересах плода. Показания к КС подразделяют на 3 основные группы (в перечень включены показания, связанные с высоким риском для здоровья и жизни матери и ребёнка). Показания к плановому КС во время беременности: полное предлежание плаценты, несостоятельность рубца на матке (после операции КС, миомэктомии, перфорации матки, удаления рудиментарного рога, иссечения угла матки при трубной беременности), два и более рубца на матке, препятствие со стороны родовых путей для рождения ребёнка (анатомически узкий таз II и более степени сужения, деформация костей таза, опухоли матки, яичников, органов малого таза), выраженный симфизит, предположительно крупный плод (масса тела плода более 4500 г), выраженные рубцовые сужения шейки матки и влагалища, наличие в анамнезе пластических операций на шейке матки, влагалище, ушивания мочеполовых и кишечнополовых свищей, разрыва промежности III степени, тазовое предлежание, при массе тела плода более 3600–3800 г (в зависимости от размеров таза пациентки) или менее 2000 г, разгибание головки III степени по данным УЗИ, смешанное ягодичноножное предлежание, при многоплодной беременности: тазовое предлежание первого плода при двойне у первородящих, тройня (или большее количество плодов), сросшиеся близнецы, монохориальная, моноамниотическая двойня, злокачественное новообразование, множественная миома матки с наличием крупных узлов, особенно в области нижнего сегмента матки, нарушение питания узлов, устойчивое поперечное положение плода, тяжёлые формы гестоза, эклампсия при неэффективности терапии, ЗРП III степени, при эффективности её лечения, миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, острый генитальный герпес (высыпания в области наружных половых органов), пересадка почки в анамнезе, гибель или инвалидизация ребёнка при предыдущих родах, ЭКО, особенно неоднократное, при наличии дополнительных осложнений. Показания к экстренному КС во время

беременности: любой вариант предлежания плаценты, кровотечение, ПОНРП, угрожающий, начавшийся, свершившийся разрыв матки по рубцу, острая гипоксия плода, экстрагенитальные заболевания, ухудшение состояния беременной, состояние агонии или внезапная смерть женщины при наличии живого плода. Показания к экстренному КС во время родов те же, что и во время беременности. Кроме того, может возникнуть необходимость КС при следующих осложнениях родов: не корригируемые нарушения сократительной деятельности матки (слабость, дискоординация), клинически узкий таз, выпадение пуповины или мелких частей плода при головном предлежании плода, угрожающий, начавшийся или свершившийся разрыв матки, ножное предлежание плода, живой и жизнеспособный плод. В случае опасности, угрожающей жизни женщины (кровотечение при полном предлежании плаценты, ПОНРП, разрыв матки, запущенное поперечное положение плода и другие нарушения), КС производят также при мёртвом и нежизнеспособном плоде. Женщина должна дать информированное согласие на проведение операции.

В результате проведенного занятия курсант:

- должен иметь представление о способах оперативного родоразрешения, показаниях и противопоказаниях, условиях проведения.
- должен знать доступы и технику оперативного родоразрешения.
- уметь выполнять кесарево сечение в нижнем сегменте матки.

Контрольно-измерительные материалы

Тесты:

001. Предлежание плаценты – это такая патология, при которой плацента, как правило, располагается

- а) в теле матки
- б) в нижнем сегменте матки
- в) в нижнем сегменте матки, частично или полностью перекрывая внутренний зев
- г) по задней стенке матки
- д) в дне матки

Ответ: в

02. Основным фактором в выборе тактики родоразрешения при предлежании плаценты является

- а) разновидность предлежания (полное, неполное)
- б) состояние родовых путей (шейка матки сглажена, укорочена, полностью открыта)
- в) предлежание плода (головное, тазовое)
- г) сопутствующая экстрагенитальная патология
- д) возраст роженицы

Ответ: а

03. Во время кесарева сечения, производимого по поводу полного предлежания плаценты, возникло кровотечение. Вы должны заподозрить

- а) истинное возрастание ворсин хориона в миометрий
- б) гипотонию матки
- в) гипокоагуляцию
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

04. При массивном кровотечении во время операции кесарева сечения, производимой по поводу предлежания плаценты, наиболее правильной является следующая акушерская тактика

- а) повторное применение препаратов утеротонического действия
- б) экстирпация матки

- в) надвлагалищная ампутация матки
- г) применение простенона в толщу миометрия

Ответ: б

05. При кесаревом сечении по поводу преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты после извлечения плода и плаценты следует

- а) вывести матку в рану и тщательно осмотреть ее поверхность (переднюю и заднюю)
- б) ввести метилэргометрин (или окситоцин)
- в) полностью восполнить кровопотерю
- г) сделать все перечисленное
- д) не делать ничего из перечисленного

Ответ: г

06. Для клинической симптоматики преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты характерно все перечисленное, кроме

- а) болей в животе
- б) анемии
- в) асимметрии матки
- г) гипоксии плода
- д) полиурии

Ответ: д

07. Предлежание плаценты следует, как правило, дифференцировать

- а) с перекрутом ножки кистомы яичника
- б) с разрывом матки
- в) с некрозом миоматозного узла
- г) с ущемлением миоматозного измененной матки в малом тазу
- д) ни с чем из перечисленного

Ответ: д

08. Если прогрессирующая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты развилась во время беременности, следует произвести

- а) родовозбуждение
- б) раннюю амниотомию
- в) токолиз
- г) кесарево сечение
- д) правильно а) и б)

Ответ: г

Контрольные вопросы:

5. Показания к КС
6. Техника операции КС в нижнем сегменте.
7. Особенности кесарево сечение при преждевременных родах
8. Осложнения и их профилактика.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература:

1. Клинические рекомендации по акушерству и гинекологии/ под ред. В.И. Кулакова.— М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2005.-512с
2. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
3. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

4. Клиффорд Р. Уиллис. Атлас оперативной гинекологии. — М.: Медицинская литература, 2007. — 528 с.

2.Дополнительная литература:

- 3.Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.

Код 5.1 Тема Беременность и заболевания сердечно-сосудистой системы.**Приобретенные и врожденные пороки сердца.**

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: более глубокое изучение гемодинамики во время беременности при приобретенных и врожденных пороках сердца.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (180 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	20
2.	Выступление слушателей.	60
3.	Разбор клинических случаев	80
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	20

Вопросы для работы малыми группами:

7. Гемодинамика во время беременности, во время родов и послеродовом периоде.
8. Общие принципы ведения беременности и родов при сердечно-сосудистых заболеваниях.
9. Ведение беременности при приобретенных и врожденных пороках сердца.
10. Врожденные пороки. Дефект межпредсердной перегородки. Дефект межжелудочковой перегородки. Открытый артериальный проток. Коарктация аорты. Тетрада Фалло. Аортальный стеноз. Стеноз клапана легочной артерии. Синдром Марфана. Синдром Эйзенменгера.
11. Приобретенные пороки. Митральный стеноз. Дилатационная кардиомиопатия. Первичная легочная гипертензия. ИБС.
12. Диагностика. Лечение. Профилактика.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, слайды, , контрольные вопросы, мультимедия.

Краткое изложение материала.

Изменения сердечно-сосудистой системы в период беременности и родов.

Классификация приобретенных и врожденных пороков сердца. Патофизиология. Клиника, диагностика. Ведение беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в условиях регионального кардиологического диспансера. Показания к досрочному прерыванию беременности. Выбор способа родоразрешения. Основные принципы ведения родов у женщин с пороками сердца. Профилактика и лечение декомпенсации сердечной деятельности (отек легких) в родах. Ведение послеродового периода, профилактика осложнений, реабилитация.

В результате проведенного занятия курсант:

- должен иметь представление об алгоритме обследования, наблюдения и лечения женщин с пороками сердца в анамнезе. Знать показания и противопоказания у больных ССС для беременности. Владеть алгоритмом прегравидарной подготовки;
- должен знать вопросы реабилитации и профилактики у женщин больных ССС;
- уметь вести беременность у больных ССС, знать особенности родоразрешения и послеродового периода.

Контрольно-измерительные материалы**Тесты**

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

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

Ответ: д

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

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

Ответ: г

03. Чаще всего недостаточность кровообращения возникает в сроки беременности

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

Ответ: г

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

- а) накануне родов
- б) в родах
- в) в послеродовом периоде
- г) правильно б) и в)

Ответ: г

05. Первые признаки начинающейся сердечной декомпенсации у беременной с заболеванием сердца проявляются

- а) выраженной одышкой
- б) кашлем
- в) влажными хрипами
- г) тахикардией
- д) всем перечисленным

Ответ: д

06. Сердечная астма, как правило, предшествует

- а) мерцательной аритмии
- б) тромбоэмболии легочной артерии
- в) отеку легких
- г) ничему из перечисленного

Ответ: б

07. Левожелудочковая недостаточность характерна

- а) для аортальных пороков
- б) для стеноза левого атрио-вентрикулярного отверстия
- в) для всего перечисленного
- д) ни для чего из перечисленного

Ответ: б

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

- а) I

- б) ПА
- в) ПБ
- г) III

Ответ б

09. При наличии сердечной декомпенсации любой стадии до беременности в случае возникновения последней необходимо

- а) срочная коррекция имеющихся нарушений
- б) прерывание беременности
- в) тщательное обследование и совместное наблюдение акушера-гинеколога и терапевта в условиях женской консультации
- г) правильно а) и б)
- д) правильно а) и в)

Ответ: г

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

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

Ответ: г

011. Кесарево сечение показано

- а) при недостаточности кровообращения ПБ-II стадии
- б) при септическом эндокардите
- в) при острой сердечной недостаточности в родах
- г) при всем перечисленном
- д) ни при чем из перечисленного

Ответ: г

012. Во время родов женщины с сердечной недостаточностью должны находиться

- а) в горизонтальном положении
- б) с приподнятым ножным концом
- в) в полусидячем положении
- г) лежа на боку

Ответ: в

013. Во время родов женщины с сердечной недостаточностью нуждаются

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

Ответ: г

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

- а) 32 недели
- б) 36 недель
- в) 37-38 недель
- г) 29-40 недель

Ответ: б

015. При наличии протезов клапанов сердца и отсутствии акушерских осложнений родоразрешение, как правило, проводят путем

- а) самостоятельных родов
- б) родовозбуждения

- в) операции кесарева сечения
- г) операции наложения акушерских щипцов
- д) правильно а) и б)

Ответ: г

016. Наличие протезов клапанов сердца у беременной, как правило, является показанием

- а) для сохранения беременности
- б) для прерывания беременности
- в) для пролонгирования беременности в зависимости от состояния женщины

Ответ: б

017. Сочетанное поражение митрального клапана по своему течению беременных

- а) более благоприятное, чем изолирование поражения
- б) более неблагоприятное, чем при изолированном поражении
- в) в зависимости от тяжести сердечной недостаточности
- г) в зависимости от срока беременности

Ответ: а

018. Недостаточность аортального клапана с признаками сердечной декомпенсации является основанием

- а) для прерывания беременности
- б) для сохранения беременности
- в) для пролонгирования беременности в зависимости от стадии процесса

Ответ: а

019. При пролапсе митрального клапана беременность

- а) можно сохранить
- б) прервать
- в) пролонгировать в зависимости от состояния

Ответ: в

Вопросы для контроля:

1. Какие изменения происходят в сердечно-сосудистой системе при беременности, родах и послеродовом периоде.
2. Какие основные показания к досрочному прерыванию беременности?
3. Тактика ведения родов у женщин с приобретенными и врожденными пороками сердца.
4. Какие основные профилактические мероприятия проводятся в послеродовом периоде у женщин с приобретенными и врожденными пороками сердца?

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература:

6. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.
7. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике : рук. / Э. К. Айламазян. - Изд. 4-е, перераб. и доп.. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 400 с.
8. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.
9. Экстрагенитальная патология у беременных : учеб. пособие / [сост. : Н. Ф. Одинцова, М. В. Дударев] ; под ред. М. В. Дударева ; ГБОУ ВПО ИГМА, каф. поликлин. терапии с курсами клин. фармакологии и профилакт. мед. ФПК и ПП. - Ижевск : ИГМА, 2013. - 92 с.

2. Дополнительная литература:

2. Гайсин И. Р. Лечение сердечно-сосудистых заболеваний у беременных женщин : учеб. пособие.- Ижевск: ИГМА, 2005

Код 5.2 Тема Гипертоническая и гипотоническая болезнь и беременность.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: ознакомить врачей с основными положениями по ведению беременности у женщин с гипертонической и гипотонической болезнью.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
5.	Вступительное слово преподавателя.	5
6.	Выступление слушателей.	20
7.	Разбор клинических случаев	15
8.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Вопросы для работы малыми группами:

5. Эпидемиология. Классификация. Стадии артериальной гипертензии (ВОЗ). Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика
6. Принципы лечения АГ. Особенности терапии АГ при беременности.
7. Беременность и артериальная гипотония. Эпидемиология. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Профилактика
8. Особенности ведения беременных женщин в женской консультации с гипертонической и гипотонической болезнью.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, слайды, контрольные вопросы, мультимедия.

Краткое изложение материала.

Гипотоническая болезнь и беременность. Эпидемиология. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Особенности течения беременности, родов, влияние на плод. Принципы ведения родов. Особенности течения во время беременности, влияние на плод. Лечение.

Осложнения беременности - гестоз, ФПН, преждевременные роды. Дифференциальная диагностика. Скрининг. Показания к госпитализации.

Лечение. Профилактика.

Эпидемиология. Классификация. Стадии артериальной гипертензии (ВОЗ). Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Основные исследования - исследование суточной мочи на наличие белка (количество белка или микроальбуминурия), крови и глюкозы; биохимическое исследование крови (общий белок и его фракции, печёночные ферменты, электролиты, глюкоза крови); клинический анализ крови (концентрация Hb, Ht и количество тромбоцитов); ЭКГ. Дополнительные исследования. Оценка фетоплацентарной системы - УЗИ и доплерографию сосудов фетоплацентарного комплекса; ЭКГ; Эхокардиография; Исследование глазного дна; Амбулаторное суточное мониторирование АД; УЗИ почек и надпочечников; Рентгенография грудной клетки; Бактериурия мочи.

Артериальная гипертензия является наиболее частым осложнением беременности и составляет одну из ведущих причин материнской и перинатальной смертности. При наличии артериальной гипертензии у беременных существенно возрастает риск внутричерепных геморрагий, эклампсии, нарушения функции почек, преждевременных родов, гипотрофии и недоношенности новорожденных, перинатальной смертности.

Лечение артериальной гипертензии при беременности представляет нередко сложную задачу. У женщин с хронической артериальной гипертензией (этот термин используется для обозначения ситуаций, когда артериальная гипертензия присутствовала еще до беременности) желательно планировать тактику ведения и оценку степени риска

до зачатия и/или в ранних сроках беременности. Низкосолевого диета для контроля артериальной гипертензии при беременности обычно не показана (за исключением больных с объемзависимой артериальной гипертензией при некоторых вариантах поражения почек). Беременным с артериальной гипертензией обычно не требуется ограничения приема жидкости. Не является в настоящее время общепринятым мнение об эффективности АСК в предупреждении преэклампсии. У беременных с артериальной гипертензией не является необходимым превентивное использование седативной терапии и антиконвульсантов. У подавляющего большинства беременных с артериальной гипертензией для контроля АД требуется назначение более чем одного базисного гипотензивного средства. Использование комбинированной гипотензивной терапии показано более чем 70% беременных с артериальной гипертензией.

К гипотензивным препаратам, которые могут использоваться для длительного применения при беременности, относят: препараты центрального действия — метилдопа, клонидин; β -адреноблокаторы — окспренолол, пиндолол, метопролол, небиволол (с 2007 г.); блокаторы кальциевых каналов — нифедипин, верапамил; α -адреноблокаторы — празозин; прямой вазодилатор — гидралазин.

Абсолютно противопоказаны: иАПФ, которые могут обуславливать внутриутробную задержку роста плода, олигогидроамнион, острую почечную недостаточность у новорожденных, гибель плода; АРА II.

Лечение артериальной гипертензии при лактации. К препаратам, разрешенным Американской ассоциацией педиатров в качестве антигипертензивных средств при грудном вскармливании, относят:

- препарат центрального действия метилдопа;
- блокаторы кальциевых каналов — нифедипин и верапамил, которые экскретируются в грудное молоко в небольшом количестве; побочные эффекты у новорожденных, матери которых принимали эти препараты, не отмечены;
- β -блокаторы — пропранолол и атенолол — экскретируются в грудное молоко в небольшом количестве; при применении матерью в высоких дозах у новорожденных могут развиваться брадикардия, нарушения углеводного обмена, бронхоспазм;
- иАПФ — каптоприл, который экскретируется в грудное молоко в очень малом количестве; побочных эффектов у детей при его использовании матерью во время лактации не отмечено;
- тиазидный диуретик гипотиазид, который экскретируется в грудное молоко в небольшом количестве; при его применении возможна гипогалактия;
- калийсберегающий диуретик спиронолактон, который экскретируется в грудное молоко в небольшом количестве;
- петлевой диуретик фуросемид; при его использовании может возникать выраженная гипогалактия, побочные эффекты у детей при его применении лактирующими женщинами не отмечены.

В результате проведенного занятия курсант:

-должен иметь представление об алгоритме прегравидарной подготовки женщины с АГ. Владеть вопросами реабилитации и профилактикой у женщин с артериальной гипертензией.

должен знать особенности родоразрешения и послеродового периода,

-уметь вести беременных с артериальной гипертензией.

Контрольно-измерительные материалы

Тесты

01. Для ИБ стадии гипертонической болезни характерно

- а) нестойкое и кратковременное повышение артериального давления
- б) стабильное повышение артериального давления

в) дистрофические изменения органов

г) правильно б) и в)

Ответ: а

02. Для IIБ стадии гипертонической болезни характерно

а) атеросклероз

б) грубые анатомические вторичные изменения органов (сердца, почек)

в) стабильное повышение артериального давления

г) правильно а) и б)

д) все перечисленное

Ответ: в

03. Для IIА стадии гипертонической болезни характерно

а) лабильность постоянно повышенного артериального давления

б) стойкая необратимость заболевания

в) фиброзно-склеротические изменения органов

г) правильно б) и в)

д) все перечисленное

Ответ: а

04. Дифференциальную диагностику гипертонического криза у беременной, как правило, необходимо проводить

а) с эпилепсией

б) с преэклампсией

в) с острым инфарктом миокарда

Ответ: б

05. Беременность противопоказана при гипертонической болезни

а) I стадии

б) IIА стадии

в) IIБ и III стадии

г) злокачественной гипертензии

д) правильно в) и г)

Ответ: д

06. Критерием артериальной гипотензии у беременных является артериальное давление

а) ниже 115/75 мм рт. ст.

б) ниже 110/70 мм рт. ст.

в) ниже 100/60 мм рт. ст.

г) ниже 90/60 мм рт. ст.

Ответ: в

07. У беременных с артериальной гипотонией часто встречается

а) сердечная недостаточность

б) почечная недостаточность

в) плацентарная недостаточность

г) ничего из перечисленного

Ответ: в

Вопросы для контроля:

- | | |
|-----|--|
| 11. | Тактика ведения родов у женщин с гипотонической болезнью. |
| 12. | Дифференциальная диагностика различных видов артериальной гипертензии. |
| 13. | Планирование беременности у женщин с АГ |
| 14. | Дородовое наблюдение. Общие рекомендации. |
| 15. | Особенности течения и ведения беременности и родов при АГ. |

16. Артериальная гипертензия и беременность у женщин старше 35 лет
17. Выбор метода родоразрешения у женщин с АГ
18. Показания для прерывания беременности при АГ.
19. Особенности терапии АГ при беременности.
20. Беременность и гипертоническая болезнь.

Рекомендуемая литература:

1.Основная литература:

6. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.
7. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике : рук. / Э. К. Айламазян. - Изд. 4-е, перераб. и доп.. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 400 с.
8. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.
9. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.
10. Экстрагенитальная патология у беременных : учеб. пособие / [сост. : Н. Ф. Одинцова, М. В. Дударев] ; под ред. М. В. Дударева ; ГБОУ ВПО ИГМА, каф. поликлин. терапии с курсами клин. фармакологии и профилакт. мед. ФПК и ПП. - Ижевск : ИГМА, 2013. - 92 с.
11. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях –М., 2015.

2.Дополнительная литература:

13. Гайсин И. Р. Лечение сердечно-сосудистых заболеваний у беременных женщин : учеб.пособие.- Ижевск: ИГМА, 2005

Код 5.3. Тема. Беременность и заболевания органов дыхания. Бронхиальная астма

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель. ознакомиться с изменениями дыхательной системы во время беременности, основных заболеваний органов дыхания.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Выступление слушателей.	20
3.	Разбор клинических случаев	15
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Вопросы для работы малыми группами:

1. Анатомические и физиологические изменения легких во время беременности.
2. Общие принципы ведения беременности и родов при заболеваниях легких.
3. Ведение беременности при отдельных заболеваниях легких.
4. Одышка. Бронхиальная астма. Муковисцидоз. Саркоидоз. Инфекционные заболевания: пневмония, бронхит, туберкулез. Неотложные состояния: ТЭЛА, эмболия околоплодными водами, отек легких, респираторный дистресс-синдром взрослых.
5. Диагностика. Лечение. Профилактика.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, слайды, контрольные вопросы, мультимедия.

Краткое изложение материала.

Все заболевания легких у беременных женщин протекают значительно тяжелее, чем у небеременных. Беременность в ряде случаев способствует утяжелению течения заболеваний органов дыхания. Это возникает вследствие физиологических изменений в органах дыхания во время беременности: набухание, усиление васкуляризации, отек слизистой оболочки, снижение тонуса мышечной оболочки бронхов, приподнятая беременной маткой диафрагма, ограничивающая экскурсию легких и создающая дополнительную нагрузку на сердечно-сосудистую систему. Все эти физиологические изменения способствуют снижению дренажной функции и вентиляционных процессов бронхов, дыхательной поверхности легких, делают дыхательные пути более уязвимыми к predisposing факторам развития заболевания.

В результате проведенного занятия курсант:

- должен иметь представление об алгоритме прегравидарной подготовки женщины с заболеваниями органов дыхания. Владеть вопросами реабилитации и профилактики у женщин с бронхиальной астмой.
- должен знать изменения дыхательной системы во время беременности, основные заболевания органов дыхания, особенности родоразрешения и послеродового периода у женщин с заболеваниями органов дыхания,
- уметь вести беременных с заболеваниями органов дыхания.

Контрольно-измерительные материалы**Доклады**

1. Анатомические и физиологические изменения легких во время беременности.

2. Общие принципы ведения беременности и родов при заболеваниях легких.
3. Одышка. Бронхиальная астма. Муковисцидоз. Саркоидоз.
4. Инфекционные заболевания: пневмония, бронхит, туберкулез.
5. Неотложные состояния: ТЭЛА, эмболия околоплодными водами, отек легких, респираторный дистресс-синдром взрослых.

Рекомендуемая литература:

1.Основная литература:

12. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.
13. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике : рук. / Э. К. Айламазян. - Изд. 4-е, перераб. и доп.. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 400 с.
14. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.
15. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.
16. Экстрагенитальная патология у беременных : учеб. пособие / [сост. : Н. Ф. Одинцова, М. В. Дударев] ; под ред. М. В. Дударева ; ГБОУ ВПО ИГМА, каф. поликллин. терапии с курсами клин. фармакологии и профилакт. мед. ФПК и ПП. - Ижевск : ИГМА, 2013. - 92 с.

2.Дополнительная литература:

14. Гайсин И. Р. Лечение сердечно-сосудистых заболеваний у беременных женщин : учеб.пособие.- Ижевск: ИГМА, 2005

Код 5.4. Тема. Беременность и заболевания желудочно-кишечного тракта и печени. Гастроэзофагиальная рефлюксная болезнь и язвенная болезнь.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: освоить особенности дифференциальной диагностики и лечебной тактики при хирургической патологии желудочно-кишечного тракта у беременных, в частности при остром аппендиците, панкреатите, холецистите. более глубокое изучение основных заболеваний пищеварительной системы, методов диагностики и лечения во время беременности, причин повышения перинатальной и материнской смертности. Оказание экстренной помощи при аппендиците, кишечной непроходимости.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	5
2.	Выступление слушателей.	20
3.	Разбор клинических случаев.	60
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Вопросы для самоподготовки:

6. Особенности протекания беременности при хирургической патологии ЖКТ.
7. Ведение данного контингента женщин.
8. Лечебная тактика.
9. Профилактика.
10. Особенности хирургического оперативного лечения при остром аппендиците.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедиа.

Краткое изложение материала.

Беременность и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (изжога у беременных). Эпидемиология. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Пищеводные и внепищеводные проявления болезни. Диагностика. Анамнез. Физикальное исследование. Лабораторные исследования. Инструментальные исследования. Положительный «щелочной» тест. Омепразоловый тест. Эзофагогастродуоденоскопию и рН-метрию, манометрию, билиметрию по показаниям. Эндоскопия. Дифференциальная диагностика. Лечение. Цели. Немедикаментозное лечение. Медикаментозное лечение. Профилактика и прогнозирование осложнений гестации. Особенности лечения осложнений гестации. Лечение осложнений гестации по триместрам. Лечение осложнений в родах и послеродовом периоде. **Беременность и хронический гастрит. Беременность и язвенная болезнь. Беременность и хронический дуоденит.** Эпидемиология. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Анамнез. Физикальное исследование. Лабораторные исследования. Инструментальные исследования. Дифференциальная диагностика. Лечение. Цели. Немедикаментозное лечение. Медикаментозное лечение. Профилактика и прогнозирование осложнений гестации. Особенности лечения осложнений гестации. Лечение осложнений гестации по триместрам. Лечение осложнений в родах и послеродовом периоде. Эпидемиология. Классификация. **Беременность и хронический холецистит. Беременность и холестатический гепатоз. Беременность и хронический панкреатит.** Эпидемиология. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Анамнез. Физикальное исследование. Лабораторные исследования.

Инструментальные исследования. Дифференциальная диагностика. Лечение. Цели. Немедикаментозное лечение. Медикаментозное лечение. Профилактика и прогнозирование осложнений гестации. Особенности лечения осложнений гестации. Лечение осложнений гестации по триместрам. Лечение осложнений в родах и послеродовом периоде.

В результате проведенного занятия курсант:

-*должен иметь представление* об особенностях дифференциальной диагностики и лечебной тактики при хирургической патологии желудочно-кишечного тракта у беременных, в частности при остром аппендиците, панкреатите, холецистите.

-*должен знать* особенности ведения беременности у женщин с заболеваниями пищеварительной системы, особенности лечебной тактики при хирургической патологии желудочно-кишечного тракта у беременных.

-*уметь* проводить профилактику предполагаемых акушерских осложнений, заполнять медицинскую документацию по ведению беременной с хирургической патологией желудочно-кишечного тракта. Провести КЭК по вопросам возможности сохранения беременности у беременных с заболеваниями пищеварительной системы. Назначить реабилитационные мероприятия в послеродовом периоде у родильниц с заболеваниями пищеварительной системы

Контрольно-измерительные материалы

Тесты

001. Факторами, способствующими развитию холецистита и холелитиаза у беременных, являются

- а) длительное прогестероновое влияние
- б) гиперхолестеринемия
- в) изменение положения и моторики желчного пузыря и протоков
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

002. Для уточнения диагноза хронического холецистита у беременных следует произвести

- а) рентгенографию
- б) радиохолецистографию
- в) все перечисленное
- г) ничего из перечисленного

Ответ: г

003. Наиболее часто внутрипеченочный холестаз при беременности проявляется

- а) в I триместре
- б) в II-III триместре
- в) в послеродовом периоде

Ответ: б

004. Внутрипеченочный холестаз клинически проявляется

- а) сильным кожным зудом
- б) повышением общего билирубина
- в) желтухой
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

Ответ: г

005. При выявлении внутрипеченочного холестаза у беременных необходимо все перечисленное, кроме

- а) срочно прервать беременность
- б) успокоить беременную и пролонгировать беременность
- в) назначить антигистаминные препараты
- г) назначить желчегонные препараты
- д) назначить рефлексотерапию

Ответ: а

006. Основными симптомами, указывающими на развитие острого жирового гепатоза у беременной, являются все перечисленные, кроме

- а) изжоги
- б) рвоты кофейной гущей
- в) небольшой желтушности склер и кожи
- г) резкого повышения трансаминаз крови
- д) гипопропротеинемии

Ответ: г

007. Тактика врача при выявлении острого жирового гепатоза

- а) начать подготовку к родам и продолжить комплексную терапию
- б) произвести срочное родоразрешение с учетом акушерской ситуации
- в) продолжить консервативное лечение заболевания

Ответ: Б

008. Симптомы, характерные для острого панкреатита

- а) опоясывающие сильные боли
- б) тошнота, рвота
- в) иктеричность кожных покровов
- г) правильно А) и б)
- д) все перечисленные

Ответ: г

009. Тактика врача при выявлении острого панкреатита у беременной

- а) срочно прервать беременность
- б) купировать приступ с последующим прерыванием беременности
- в) провести комплексную терапию острого панкреатита и терапию, направленную на сохранение беременности

Ответ: в

010. Препаратами, которые можно рекомендовать беременным при лечении язвенной болезни, являются все перечисленные, кроме

- а) амальгеля
- б) фосфалюгеля
- в) но-шпы
- г) викалина

Ответ: г

011. Основными симптомами, характеризующими болезнь Крона, являются все перечисленные, кроме

- а) боли в животе
- б) диареи
- в) субфебрильной температуры тела
- г) железодефицитной анемии
- д) резкой потери в весе

Ответ: д

012. Беременность при болезни Крона

- а) всегда противопоказана
- б) допустима только при наличии стойкой ремиссии
- в) вопрос решается по желанию женщины

Ответ: б

Вопросы для подготовки

3. Особенности тактики врача при наличии хирургических заболеваний у беременных в стадии обострения.
4. Особенности оперативного лечения беременных при остром аппендиците.

Рекомендуемая литература:**1.Основная литература:**

17. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.
18. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике : рук. / Э. К. Айламазян. - Изд. 4-е, перераб. и доп.. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 400 с.
19. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.
20. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

2.Дополнительная литература:

15. Экстрагенитальная патология у беременных : учеб. пособие / [сост. : Н. Ф. Одинцова, М. В. Дударев] ; под ред. М. В. Дударева ; ГБОУ ВПО ИГМА, каф. поликлин. терапии с курсами клин. фармакологии и профилактик. мед. ФПК и ПП. - Ижевск : ИГМА, 2013. - 92 с.

Код 5.5. Тема. Беременность и заболевания почек и органов мочевого выделения (пиелонефрит, мочекаменная болезнь, гломерулонефрит, единственная почка).

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: отработка знаний по ведению беременных, рожениц и родильниц с заболеваниями мочеполовых путей.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
3.	Разбор клинических случаев или задач.	25
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе практического занятия:

1. Диагностика заболеваний почек и мочевыводящих путей.
2. Беременность на фоне болезней почек.
3. Профилактика обострения заболевания мочевыводящих путей во время беременности.
4. Физиологические изменения. Анатомия почек и мочевых путей.
5. Функция почек.
6. Гемодинамика.
7. Диагностика заболеваний почек и мочевыводящих путей.
8. Инфекция мочевых путей. Бессимптомная бактериурия. Острый пиелонефрит. Лечение. Профилактика.
9. Мочекаменная болезнь. Лечение. Профилактика.
10. Пороки развития почек и мочевых путей. Лечение. Профилактика.
11. Беременность на фоне болезней почек. Гломерулонефрит.
12. Поражение почек при системных заболеваниях. Системная красная волчанка, сахарный диабет, артериальная гипертензия, серповидноклеточная анемия.
13. Острая почечная недостаточность.
14. Преренальная, преэклампсия и эклампсия. Острая жировая дистрофия печени и синдром HELLP. Острый канальцевый некроз. Двусторонний некроз коркового вещества почек. Послеродовая ОПН.
15. Хроническая почечная недостаточность.
16. Беременность на фоне трансплантации почки
17. Профилактика.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедиа.

Краткое изложение материала.

Беременность сопровождается физиологическими изменениями почек, мочевых путей, а также гемодинамики. Диагностика заболеваний почек и мочевыводящих путей. Для выявления патологии почек используют общий анализ мочи, посев мочи, пробу Зимницкого, Нечипоренко определяют концентрацию креатинина, белка. Проводят УЗИ почек. Повышение АД в первой половине беременности может быть признаком болезни почек.

Инфекция мочевых путей. Бессимптомная бактериурия встречается у 4-7% беременных, у 1-25 развивается острый цистит. В 25-30% случаев нелеченная инфекция мочевых путей у беременных осложняется пиелонефритом. Острый пиелонефрит у беременных может осложниться преходящим снижением скорости клубочковой фильтрации и септическим шоком. Кроме того, это заболевание повышает риск преждевременных родов. Лечение. Независимо от сроков начала антимикробной терапии

определяют чувствительность возбудителя. При остром цистите и бессимптомной бактериурии проводят антимикробную терапию в течение 7 суток. Профилактика. После курса антимикробной терапии необходимы повторные (каждые 2 недели) посевы мочи.

Мочекаменная болезнь у беременных встречается редко. Заболевание может проявляться почечной коликой и гематурией. Диагноз подтверждают с помощью экскреторной урографии. Лечение включает обезболивание и введение большого числа жидкостей. При неэффективности показано оперативное лечение.

Пороки развития почек и мочевых путей повышают риск их инфекции, а также повышения внутрилоханочного давления. Риск перинатальной патологии.

Беременность на фоне болезней почек. Гломерулонефрит. Артериальная гипертензия в первой половине беременности повышает риск преждевременных родов, ВУЗР и смерти новорожденного. Исход беременности зависит от величины АД, от тяжести и длительности нефротического синдрома. При тяжелой артериальной гипертензии или выраженной азотемии показано прерывание беременности.

Поражение почек при системных заболеваниях. У беременных повышается риск преэклампсии и поражения почек. Системная красная волчанка. Прогноз для беременности благоприятен, если зачатие произошло на фоне ремиссии заболевания, длящейся более 6 мес., а уровень креатинина ниже 1,5 мг%. При обострении СКВ повышается риск гибели плода и осложнений у матери. Появление протеинурии у беременных с сахарным диабетом свидетельствует о диабетической нефропатии. Артериальная гипертензия с поражением почек резко повышает риск преэклампсии, которая может возникать в ранние сроки беременности, серповидноклеточная анемия и родственные заболевания повышают риск некроза почечных сосочков.

Острая почечная недостаточность характеризуется острым нарастанием азотемии вследствие неспособности почек экскретировать креатинин и другие продукты метаболизма. Преренальная ОПН может возникнуть в результате потерь жидкости и электролитных нарушений, абсолютного и относительного уменьшения ОЦК. Профилактика заключается в быстром восстановлении ОЦК с помощью препаратов крови, коллоидных и солевых растворов. Преэклампсия и эклампсия характеризуются повышенной чувствительностью почек к ишемии. Лечение включает родоразрешение, гипотензивную и инфузионную терапию. Острая жировая дистрофия печени и синдром HELLP у беременных осложняется ОПН. Летальность связана с поражением печени. Острый канальцевый некроз – синдром, причинами которого могут быть артериальная гипотония, спазм сосудов, ДВС-синдром, переливание несовместимой крови и инфекции. Лечение включает диету, ограничение жидкости, при необходимости гемодиализ. Двусторонний некроз коркового вещества почек обычно связан с преждевременной отслойкой плаценты, маточным кровотечением, эмболией околоплодными водами, длительным пребыванием мертвого плода в матке, реже с преэклампсией. Послеродовая ОПН развивается в период от нескольких суток до 10 недель после родов, независимо от течения беременности. Прогноз неблагоприятный. Однако благодаря гемодиализу и лечению нарушений гемостаза продолжительность жизни этих больных увеличилась.

Хроническая почечная недостаточность. В случае вынашивания беременность часто сопровождается артериальной гипертензией, кровотечением из половых путей и рождением маловесных детей. Гемодиализ проводят чаще.

Беременность на фоне трансплантации почки. Показано постоянное наблюдение нефролог, контроль АД, фильтрационной и реабсорбционной функции почек, а также частые посевы мочи. Чем лучше трансплантат функционирует до зачатия, тем лучше исход беременности.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-знать основные заболевания почек и органов мочевого выделения, методы диагностики и лечения во время беременности, причины повышения перинатальной и материнской смертности.

-уметь по результатам клинического течения заболевания поставить диагноз.

-владеть методами оказания экстренной помощи при развитии ОПН и ХПН.

Контрольно-измерительные материалы

Ситуационная задача.

Беременная Ч., 28 л доставлена СМП в отделение патологии беременности в сроке 28 нед. Жалобы на боли в поясничной области справа, слабость. Общее состояние больной средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые. Температура тела 38. Отеки голеней. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 130/80, пульс 104 в мин. Симптом сотрясения положительный справа. Мочеиспускание учащено. Стул регулярный. Матка в нормотонусе. Положение плода продольное. Предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 142 в мин.

Диагноз? Обоснование? Степень риска осложнения беременности?

Тесты

1. Наиболее частыми возбудителями пиелонефрита у беременных являются

- а) кишечная палочка, протей, клебсиелла
- б) энтерококки, стафилококки
- в) микробные ассоциации
- г) все перечисленные

Ответ: г

2. При гестационном пиелонефрите инфекционный агент проникает в почку, как правило, путем

- а) лимфогенным
- б) урогенным
- в) гематогенным

Ответ: в

3. Фактором, способствующим развитию пиелонефрита у беременных (кроме наличия инфекционного начала), является

- а) изменение гормонального фона (уровень и соотношение эстрогенов и прогестерона)
- б) наличие рефлюксов
- в) переохлаждение
- г) нарушение оттока мочи (сдавление мочеточников беременной маткой, наличие камней)
- д) все перечисленное

Ответ: д

4. Для лечения острого пиелонефрита применяются все перечисленные антибиотики, кроме

- а) пенициллина
- б) ампициллина
- в) пиопена
- г) тетрациклина

Ответ: г

5. Обострение хронического (или проявление гестационного) пиелонефрита чаще происходит при сроке беременности

- а) 10-21 неделя
- б) 22-28 недель
- в) 29-32 недели

г) 33-38 недель

Ответ: б

6. Для гломерулонефрита характерны следующие симптомы, кроме

- а) отеков лица
- б) болей в пояснице
- в) микрогематурии
- г) олигурии
- д) желтухи

Ответ: д

7. Функциональная недостаточность почек исключается, если

- а) относительная плотность мочи за сутки колеблется в широких пределах (1005-1028)
- б) относительная плотность утренней мочи высокая (более 1020)
- в) количество мочевины в крови не превышает 5 ммоль/л (30 мг%)
- г) верно все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

8. При бессимптомной бактериурии во время беременности следует

- а) прервать беременность
- б) сохранить беременность, но провести лечение как при пиелонефрите
- в) провести ретроградную пиелографию для уточнения диагноза
- г) правильно б) и в)

Ответ: б

9. Симптомами мочекаменной болезни являются

- а) боль
- б) отеки
- в) гематурия
- г) отхождение камней
- д) все перечисленное

Ответ: д

10. Показанием для операции при мочекаменной болезни у беременной, как правило, является

- а) анурия, вызванная закупоркой мочеточника камнем
- б) септическое состояние, обусловленное калькулезным пиелонефритом
- в) часто повторяющиеся приступы почечной колики без отхождения камней
- г) правильно а) и в)
- д) все перечисленное

Ответ: д

11. Для диагностики гидронефроза у беременных целесообразно использовать следующие методы исследования, кроме

- а) ультразвукового исследования
- б) экскреторной урографии
- в) хромоцистоскопии с катеризацией мочеточника

Ответ: б

12. Диагностика туберкулеза почек у беременных включает все перечисленное, кроме

- а) бактериологического метода обнаружения микобактерий в моче
- б) выявления специфических изменений слизистой мочевого пузыря при цистоскопии
- в) экскреторной урографии

Ответ: в

13. Показаниями к прерыванию беременности при одной почки являются

- а) пиелонефрит

- б) туберкулез
- в) нарушение функции почек (концентрационной и выделительной)
- г) гипертония
- д) все перечисленное

Ответ: д

14. Наиболее частыми осложнениями пиелонефрита при беременности являются все перечисленное, кроме

- а) преждевременного прерывания беременности
- б) сочетанного гестоза ОПГ
- в) внутриутробного инфицирования плоад
- г) крупного плода

Ответ: г

15. Показания к прерыванию беременности при пиелонефрите

- а) почечная недостаточность
- б) единственная почка
- в) изменения на глазном дне
- г) все перечисленное

Ответ: г

16. К группе риска по развитию пиелонефрита относятся беременные

- а) с заболеванием почек в анамнезе
- б) перенесшие в детстве скарлатину
- в) с гипертензией неясной этиологии
- г) с бессимптомной бактериурией
- д) со всем перечисленным

Ответ: д

17. Следующие лабораторные данные указывают на острый гломерулонефрит, кроме

- а) альбуминурии
- б) цилиндрурии
- в) микрогематурии
- г) олигурии
- д) выраженной пиурии

Ответ: д

18. Симптомами острого гестационного пиелонефрита являются все перечисленные, кроме

- а) высокой температуры тела, нередко озноба
- б) сильной головной боли
- в) боли в поясничной области, соответствующей стороне поражения
- г) усиления болей в положении на стороне, противоположной больной почке
- д) отеков

Ответ: д

Доклады:

1. Ведение беременности и родов у женщин с заболеваниями почек.
2. Акушерские осложнения у беременных с заболеваниями почек.
3. Показания и противопоказания у беременных женщин с заболеваниями почек.
4. послеродовая реабилитация женщин с заболеваниями почек.

Рекомендуемая литература:

1.Основная литература:

21. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.

22. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике : рук. / Э. К. Айламазян. - Изд. 4-е, перераб. и доп.. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 400 с.

23. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

24. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

2.Дополнительная литература:

16. Экстрагенитальная патология у беременных : учеб. пособие / [сост. : Н. Ф. Одинцова, М. В. Дударев] ; под ред. М. В. Дударева ; ГБОУ ВПО ИГМА, каф. поликллин. терапии с курсами клин. фармакологии и профилакт. мед. ФПК и ПП. - Ижевск : ИГМА, 2013. - 92 с.

Код 5.6. Тема. Сахарный диабет и беременность.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций.

Цель: ознакомить курсантов с течением гестационного диабета, сахарного диабета при беременности, их диагностикой и принципами терапии, ведении беременности и родоразрешения.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Доклад слушателей.	20
3.	Разбор клинических случаев.	15
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Вопросы для подготовки.

1. Гестационный сахарный диабет: ИЗСД, ИНСД
2. Этиология, патогенез, клиника.
3. Течение беременности и родов.
4. Особенности в/у развития плода.
5. Перинатальные осложнения
6. Принципы терапии
7. Родоразрешение.
8. Реабилитация матери и ребенка
9. Интранатальный дистресс плода.
10. Диагностика, лечение.
11. Оценка лабораторных методов диагностики.
12. Оценка данных ультразвуковых методов
13. Составление индивидуального плана диетотерапии с учетом индекса массы тела
14. Составление индивидуального плана наблюдения во время беременности

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедиа, истории болезни, слайды.

Краткое изложение материала

Актуальность проблемы. Современные представления о состоянии углеводного обмена в динамике гестации. Сахарный диабет. Классификации нарушений углеводного обмена во время беременности. Гестационный сахарный диабет (ГСД). Определение. Классификация. Факторы риска и этиология ГСД. Диагностика нарушений углеводного обмена во время беременности: скрининг-тест, определение глюкозотолерантного теста. Течение беременности и родов при ГСД. Особенность внутриутробного развития плода при ГСД, перинатальные осложнения. Компенсация нарушений углеводного обмена во время беременности: принципы диетотерапии, инсулинотерапия.

Ведение беременности, родов при ГСД. Реабилитация. Послеродовая контрацепция. Прегравидарная подготовка последующей беременности. Прегестационный сахарный диабет. Инсулинзависимый СД. Инсулиннезависимый СД. Оценка степени компенсации СД во время беременности. Противопоказания к пролонгированию беременности. Клиническое течение сахарного диабета во время беременности, течение. Перинатальные осложнения, осложнения в гестации и в родах. Ведение беременных с сахарным диабетом в женской консультации. Ведение беременных с тяжелыми формами СД. Показания к госпитализации. Принцип терапии. Тактика родоразрешения при СД. Состояние новорожденных, родившихся от матерей с СД. Коматозные состояния при СД. Гипергликемическая кома. Гипогликемическая кома.

Послеродовая реабилитация матери. Контрацепция пациенток с СД. Прегравидарная подготовка последующей беременности.

В результате проведенного занятия курсант должен:

- знать** течение гестационного диабета, сахарного диабета при беременности, их диагностику и принципы терапии,
- уметь** по результатам клинического течения заболевания поставить диагноз.
- владеть** методами ведения беременности и родоразрешения.

Контрольно-измерительные материалы

Доклады:

1. Сахарный диабет и беременность. Тактика ведения, показания к прерыванию беременности.
2. Тактика родоразрешения при сахарном диабете.
3. Состояние новорожденных, родившихся от матерей с СД.

Тесты

1. При сахарном диабете у беременной из перечисленных противопоказаний к сохранению беременности верными являются все, кроме
 - а) сахарный диабет всегда является противопоказанием к сохранению беременности
 - б) наличия инсулинрезистентной и лабильной форм сахарного диабета
 - в) сахарного диабета, осложнившегося прогрессирующей ретинопатией, нефроангиосклерозом
 - г) наличия диабета у обоих супругов
- Ответ: а
2. Родоразрешение при сахарном диабете производят
 - а) при доношенной беременности, если состояние матери у плода удовлетворительное
 - б) преждевременно при декомпенсированном диабете и угрозе здоровью матери и плода
 - в) всеми перечисленными способами
- Ответ: в
3. Показаниями для родоразрешения путем операции кесарева сечения является все перечисленное, кроме
 - а) сосудистых осложнений диабета
 - б) лабильного диабета со склонностью к кетоацидозу
 - в) прогрессирующей гипоксии плода при отсутствии условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути при сроке 34 недели беременности и меньше
 - г) тазового предлежания плода при сроке беременности не менее 36 недель
 - д) наличия тяжелого токсикоза беременных

Ответ: в)

4. Врачебная тактика при ведении беременных с сахарным диабетом должна основываться на следующих положениях, кроме
 - а) необходимости тщательного обследования женщины сразу же после установления факта беременности для решения вопроса о возможности сохранения последней
 - б) поддержания уровня гликемии в физиологических пределах (свойственных здоровым беременным)
 - в) начала лечения только после 12 недель беременности
 - г) необходимости профилактики и терапии осложнений беременности
 - д) прерывания беременности (по показаниям) во II триместре (до 27 недель)

Ответ: в

5. У беременных с нормальным весом, страдающих сахарным диабетом, калорийность суточного рациона должна составлять

- а) до 1600-1900 ккал
- б) 2000-2500 ккал
- в) 2500-3000 ккал
- г) 3100-3500 ккал и более

Ответ: б

6. У беременных с ожирением, страдающих сахарным диабетом, калорийность суточного рациона должна составлять

- а) до 1900 ккал
- б) 2000-2200 ккал
- в) 2300-3000 ккал
- г) 3100-3500 ккал
- д) правильно в) и г)

Ответ: б

7. Мероприятия, рекомендуемые для лечения кетоацидоза у беременных при средней тяжести сахарного диабета

- а) резко ограничить прием белков
- б) промыть желудок
- в) очистить кишечник
- г) усилить терапию за счет пероральных сахаропонижающих препаратов
- д) никакие из перечисленных

Ответ: д)

8. Тактика врача по оказанию экстренной помощи при затруднениях в дифференциальной диагностике диабетической и гипогликемической комы

- а) лечение начать с внутривенного введения 10 ед простого инсулина
- б) лечение начать с внутривенного введения 20-30 мл 40% раствора глюкозы
- в) терапию не проводить до уточнения диагноза
- г) ничего из перечисленного

Ответ: б

9. Влияние беременности при сахарном диабете на организм заключается

- а) в снижении толерантности к глюкозе
- б) в снижении чувствительности к инсулину
- в) в ускорении распада инсулина
- г) в увеличении циркуляции в крови свободных жирных кислот
- д) во всем перечисленном

Ответ: д

10. Транзиторный сахарный диабет у беременных характеризуется следующим

- а) нарушение толерантности к глюкозе впервые проявляется во время беременности
- б) признаки диабета исчезают после родов
- в) возможно возобновление диабета при повторной беременности
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

Ответ: г

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.
2. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

Дополнительная литература:

1. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
2. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012.-688с.

Код 5.7. Тема. Заболевания щитовидной железы и беременность

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций.

Цель. Изучение вопросов патологии щитовидной железы и беременности.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	5
2.	Выступления слушателей	20
3.	Разбор клинических случаев.	15
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Вопросы для подготовки:

1. Эпидемиологические данные.
2. Классификация заболеваний щитовидной железы.
3. Скрининг и первичная профилактика.
4. Диагностика.
5. Клиническая картина.
 - Гипотиреоз.
 - Гипертиреоз.
 - Тиреоидиты.
6. Лабораторно-инструментальные исследования.
7. Лечение.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедиа, истории болезни для разбора.

Краткое изложение материала.

По данным ВОЗ около 2 млрд. жителей Земли живут в условиях йодного дефицита. Недостаточное потребление йода угрожает здоровью более чем 100 млн. жителей РФ, в том числе создает угрозу нормальному физическому и умственному развитию 32,8 млн. детей. Диффузный Тиреоидный зоб выявляют в среднем у 20% россиян. Частота коллоидного зоба, связанного с йодной недостаточностью, у женщин старше 30 лет достигает 30%.

При заболеваниях щитовидной железы у 15-40% женщин отмечается нарушение менструального цикла. Бесплодие и невынашивание беременности. Особую значимость в акушерстве приобретают субклинические формы патологии ввиду затруднений при их диагностике.

Гормоны щитовидной железы являются модуляторами процессов дифференцировки и роста тканей и крайне необходимы для нормального развития человека. Поэтому их недостаток у плода или новорожденного приводит к формированию креатинизма с различными врожденными нарушениями и тяжелой необратимой задержкой умственного развития.

В результате проведенного занятия курсант должен:

- знать** течение заболеваний щитовидной железы при беременности, их диагностику и принципы терапии,
- уметь** по результатам клинического течения заболевания поставить диагноз.
- владеть** методами ведения беременности и родоразрешения.

Контрольно-измерительные материалы**Тесты**

001. Влияние беременности на функцию щитовидной железы
- а) не оказывает влияния на функцию щитовидной железы
 - б) угнетает ее функцию
 - в) усиливает ее функцию

Ответ: в

002. Влияние тиреотропного гормона (ТТГ) матери на плод
- а) ТТГ не проникает через плацентарный барьер
 - б) ТТГ проникает через плацентарный барьер, но не оказывает влияния на щитовидную железу плода
 - в) ТТГ проникает свободно через плацентарный барьер и вызывает гиперстимуляцию щитовидной железы плода

Ответ: а

003. Влияние тиреоидных гормонов матери на плод
- а) не проникают через плацентарный барьер
 - б) проникают через плацентарный барьер в очень небольшом количестве и не влияют на состояние плода
 - в) свободно проникают через плацентарный барьер на протяжении всей беременности и имеют большое физиологическое значение для развития плода
 - г) тиреоидные гормоны начинают проникать лишь после 36 недель, когда их действие не оказывает существенного влияния на развитие плода

Ответ: в

004. Влияние тиреоидных гормонов плода на течение заболевания матери при гипопункции щитовидной железы
- а) не проникают через плацентарный барьер
 - б) проникают через плацентарный барьер в очень небольшом количестве, что не отражается на состоянии матери
 - в) свободно проникают через плацентарный барьер и могут частично или полностью компенсировать явления гипотиреоза у матери

Ответ: в

005. Для беременных, страдающих гиперфункцией щитовидной железы, характерны все перечисленные клинические симптомы, кроме
- а) сердцебиения
 - б) повышенной возбудимости
 - в) потливости
 - г) экзофтальма
 - д) отека кожи

Ответ: д

006. Для беременных, страдающих гипопункцией щитовидной железы, характерны все перечисленные клинические симптомы, кроме
- а) сонливости
 - б) повышенной сухости кожи
 - в) быстрой утомляемости, вялости
 - г) гипертонии
 - д) ломкости и истощенности ногтей

Ответ: г

007. В женскую консультацию обратилась беременная на 6-й неделе беременности. В течение 2 лет находится под наблюдением эндокринолога по поводу диффузного токсического зоба средней тяжести. Получает дийодтирозин. Состояние удовлетворительное. Тактика врача (после консультации с эндокринологом)
- а) прервать беременность
 - б) прекратить применение дийодтирозина и пролонгировать беременность

- в) продолжить применение дийодтирозина до 16 недель беременности и пролонгировать беременность
- г) продолжить применение дийодтирозина до 37-38 недель беременности

Ответ: г

008. Обратилась беременная на 10-й неделе беременности. Диагностирован узловатый зоб с явлениями легкого тиреотоксикоза. Тактика врача

- а) прервать беременность с последующим медикаментозным лечением тиреотоксикоза
- б) прервать беременность с последующим оперативным лечением зоба
- в) пролонгировать беременность и проводить лечение дийодтирозином
- г) пролонгировать беременность; провести оперативное лечение зоба в 12-13 недель

Ответ: г

009. Обратилась женщина за консультацией по вопросу возможности забеременеть и выносить беременность. В анамнезе оперативное лечение по поводу узлового зоба. Недостаточность функции щитовидной железы компенсирует приемом тиреоидина. Ваши рекомендации

- а) беременность категорически противопоказана
- б) при наступлении беременности заместительную терапию тиреоидином продолжать до 20 недель беременности под контролем содержания в крови тиреоидных гормонов
- в) заместительную терапию необходимо продолжать на протяжении всей беременности, в родах и послеродов периоде

Ответ: в

010. Все перечисленные положения являются верными, кроме

- а) болезнь Иценко-Кушинга не является абсолютным противопоказанием к сохранению беременности
- б) болезнь Иценко-Кушинга всегда является противопоказанием к сохранению беременности
- в) беременность целесообразно сохранять только при стойкой ремиссии основного заболевания
- г) беременность противопоказана у нелеченных больных
- д) правильно б) и г)

Ответ: б

Доклады:

1. Заболевания щитовидной железы и репродуктивное здоровье женщин.
2. Заболевания щитовидной железы и беременность.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

3. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.
4. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

Дополнительная литература:

3. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
4. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012.- 688с.

Код 5.8. Тема. Беременность и заболевания крови. Анемия беременных (железодефицитная).

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций.

Цель. Овладеть необходимыми знаниями по диагностике, лечению и профилактике анемии у беременных.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	5
2.	Выступления слушателей	20
3.	Разбор клинических случаев.	15
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Вопросы для подготовки:

6. Классификация анемий.
7. Диагностика анемии у беременных.
8. Тактика ведения беременных с анемиями.
9. Лечение анемий у беременных.
10. Профилактика анемий.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедиа.

Краткое изложение материала.

Анемия самая частая патология беременности. Критерии анемии беременных: уровень гемоглобина ниже 110 г/л в I и III триместрах беременности и ниже 105 г/л во II триместре беременности либо гематокрит ниже 32%. Анемией страдают примерно 56% беременных в зависимости от места жительства и социально-экономического положения. В I триместре беременности анемией страдают 4% женщин, а к III триместру эти показатели возрастают до 19%. Легкая анемия протекает бессимптомно, тяжелая проявляется бледностью, утомляемостью, потерей аппетита, слабостью, одышкой и отеками. Обследование. Прогноз для матери. Прогноз для плода. Отдельные виды анемий: железодефицитная анемия (причины, диагностика, дифференциальная диагностика, тактика ведения); анемия при хронических заболеваниях; фолиеводефицитная анемия (диагностика, лечение и профилактика, профилактика и лечение пороков развития у плода, прогноз); В₁₂-дефицитная анемия (диагностика, лечение).

В результате проведенного занятия курсант должен:

- знать** течение беременности на фоне анемии, их диагностику и принципы терапии,
- уметь** по результатам клинического течения заболевания поставить диагноз.
- владеть** методами ведения беременности и родоразрешения.

Контрольно-измерительные материалы

Тесты

001. Истинная железодефицитная анемия развивается, как правило, со срока беременности
- а) 8 недель
 - б) 12 недель
 - в) 16 недель
 - г) 20 недель
 - д) 28 недель

Ответ: г

002. К развитию железодефицитной анемии предрасполагают следующие факторы, кроме
- а) снижения поступления железа с пищей вследствие неправильного питания
 - б) нарушения всасывания железа в связи с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта
 - в) нарушения нормального созревания клеток красного ряда в связи с дефицитом витамина В12
 - г) многоплодной беременности
 - д) часто следующих друг за другом беременностей, длительных лактаций

Ответ: в

003. Достоверным признаком железодефицитной анемии беременных является выявление снижения гемоглобина с величины
- а) 80 г/л
 - б) 90 г/л
 - в) 100 г/л
 - г) 110 г/л
 - д) 120 г/л

Ответ: г

004. Уровень цветного показателя крови, свидетельствующий о развитии железодефицитной анемии, ниже
- а) 1.5
 - б) 1.0
 - в) 0.95
 - г) 0.9
 - д) 0.85

Ответ: д

005. Для железодефицитной анемии беременных характерны следующие клинические симптомы, кроме
- а) слабости
 - б) одышки, обмороков
 - в) головной боли, головокружения
 - г) сухости во рту
 - д) ломкости ногтей, выпадения волос

Ответ: г

006. Продуктами, богатыми железом, являются все перечисленное, кроме
- а) хлеба
 - б) мяса
 - в) печени
 - г) риса
 - д) бобовых

Ответ: г

Доклады.

1. Диагностика анемии у беременных.
2. Лечение анемий у беременных.
3. Профилактика анемий.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

384. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике : рук. / Э. К. Айламазян. - Изд. 4-е, перераб. и доп.. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 400 с.

385.Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

386.Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

387.Заболевания мочеполовых органов : справ. для практ. врачей / Ю. Г. Аляев и др.; под общ. ред. Ю. Г. Аляева.- М.: Литтерра, 2007.- Вып. 1. - 120 с.

388.Руководство по амбулаторно-полик-линической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

389.Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.

2. Дополнительная литература

229.Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004

230.Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

231.Серов В.Н., Сухих Г.Т., Баранов И.И., Пырегов А.В., Тютюнник В.Л., Шмаков Р.Г. Неотложные состояния в акушерстве: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2013. – 784с.

232.Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

233.Экстрагенитальная патология у беременных : учеб. пособие / [сост. : Н. Ф. Одинцова, М. В. Дударев] ; под ред. М. В. Дударева ; ГБОУ ВПО ИГМА, каф. поликллин. терапии с курсами клин. фармакологии и профилакт. мед. ФПК и ПП. - Ижевск : ИГМА, 2013. - 92 с.

Код 5.9. Тема. Беременность и инфекционные заболевания. TORCH-инфекция.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: ознакомиться с TORCH- инфекцией у беременных.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	5
2.	Выступления слушателей	20
3.	Разбор клинических случаев.	15
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Вопросы для подготовки:

9. Понятие, этиология и патогенез инфекционных заболеваний у беременных женщин.

10. Основные пути распространения внутриутробной инфекции.

11. Алгоритм обследования беременных женщин для выявления инфицирования, выделение пациенток группы риска по внутриутробному инфицированию плода.

12. Лабораторные методы обследования беременных: вирусологический, цитологический, сероиммунологический метод, метод определения вирусного генома, метод выделения культуры возбудителя.

13. Основные виды возбудителей внутриутробного инфицирования: сифилис, гонококковая инфекция, хламидиоз, уреаплазмоз, листериоз, стрептококковая инфекция, бактериальный вагиноз, цитомегаловирусная инфекция, герпес, грипп, вирусные гепатиты, эпидемический паротит, корь, краснуха, токсоплазмоз, вирус Эпштейн-Барр, ветряная оспа, папилломавирусная инфекция, туберкулез, ВИЧ-инфекция.

14. Клинические проявления.

15. Клеточный и гуморальный иммунитет во время беременности.

16. Принципы лечения и профилактики внутриутробного инфицирования.

17. Прогноз для матери и плода.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедиа.

Краткое изложение материала.

Инфекционные заболевания у беременных женщин, их понятие, этиология и патогенез. Основные пути распространения внутриутробной инфекции. Алгоритм обследования беременных женщин для выявления инфицирования, выделение пациенток группы риска по внутриутробному инфицированию плода. Основные методы обследования беременных и диагностики инфицирования. Основные возбудители, вызывающие внутриутробное инфицирование: сифилис, гонококковая инфекция, хламидиоз, уреаплазмоз, листериоз, стрептококковая инфекция, бактериальный вагиноз, цитомегаловирусная инфекция, герпес, грипп, вирусные гепатиты, эпидемический паротит, корь, краснуха, токсоплазмоз, вирус Эпштейн-Барр, ветряная оспа, папилломавирусная инфекция, туберкулез, ВИЧ-инфекция. Принципы лечения и профилактики внутриутробного инфицирования.

Возбудитель СПИДа относится к семейству ретровирусов. К группе риска относятся: гомосексуалисты, инъекционные наркоманы, больные гемофилией и лица, имеющие половой контакт с ВИЧ-инфицированными. ВИЧ вызывает тяжелый иммунодефицит, сопровождается развитием оппортунистических инфекций и злокачественных новообразований.

Диагностика основана на определении антител к ВИЧ методом твердофазного ИФА (для массового обследования), методом иммунофлюоресценции и иммунохимического анализа с переносом на твердую подложку (для подтверждения диагноза).

У беременных избирательное подавление клеточного и гуморального иммунитета. В 3 триместре беременности возрастает предрасположенность к отдельным инфекциям

Риск заражения плода колеблется от 7 до 71%. Факторы риска: выраженная вирусемия, количество лимфоцитов CD8 выше 180 мкл-1, количество лимфоцитов CD4 ниже 60 мкл-1, плацентит. Передача вируса возможна при прохождении через родовые пути, грудное молоко.

ВИЧ-инфицированных женщин на протяжении всей беременности лечат зидовудином. Для профилактики заражения в момент родов зидовудин вводят в/в. Оппортунистические инфекции лечат так же, как у небеременных. Специфическая профилактика не разработана.

В результате проведенного занятия курсант должен:

- знать** течение беременности на фоне TORCH-инфекций, их диагностику и принципы терапии,
- уметь** по результатам клинического течения заболевания поставить диагноз.
- владеть** методами ведения беременности и родоразрешения.

Контрольно-измерительные материалы

Тесты

001. Инфекционные фетопатии – это поражение плода при сроке беременности

- а) 6-11 недель
- б) 12-17 недель
- в) 18-27 недель
- г) 28-32 недели
- д) 33-38 недель

Ответ: б

002. Воспалительная реакция у плода в ответ на инфицирование начинает формироваться, как правило, в сроки беременности

- а) 8-12 недель
- б) 12-15 недель
- в) 16-27 недель
- г) 28-32 недели
- д) 33-36 недель

Ответ: г

003. Заболевание беременной краснухой приводит к развитию

- а) преждевременного прерывания беременности
- б) аномалии развития плода
- в) тяжелым поражениям материнского организма
- г) всего перечисленного
- д) ничего из перечисленного

Ответ: б

004. При заболевании краснухой во время беременности тактика акушер-гинеколога, главным образом, зависит

- а) от тяжести клинических проявлений у матери
- б) от срока беременности
- в) от наличия сопутствующей патологии
- г) от всего перечисленного
- д) ни от чего из перечисленного

Ответ: б

005. При заболевании гриппом в I триместре беременности возможны следующие осложнения

- а) аномалии развития плода

- б) внутриутробное инфицирование плаценты
- в) самопроизвольный выкидыш
- г) правильно а) и в)
- д) все перечисленные

Ответ: д

006. Если беременная переболела гриппом в 32-34 недели беременности, это позволяет отнести ее в группу риска по развитию

- а) плацентарной недостаточности
- б) хронической гипоксии плода
- в) послеродовой септической инфекции
- г) правильно а) и б)
- д) всего перечисленного

Ответ: д

058. При первичном инфицировании женщины генитальным герпесом во время беременности очень часто отмечается

- а) самопроизвольный выкидыш
- б) преждевременные роды
- в) антенатальная гибель плода
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

007. Токсоплазмы при беременности попадают к плоду

- а) трансплацентарно
- б) восходящим путем
- в) верно и то, и другое
- г) ни то, ни другое

Ответ: а

008. Чаще всего токсоплазмоз у беременных клинически протекает

- а) в виде «гриппоподобных» состояний
- б) в виде выраженной интоксикации
- в) без выраженной клиники
- г) правильно а) и б)

Ответ: в

009. Возможные пути инфицирования плода и новорожденного при наличии у матери цитомегаловирусной инфекции

- а) трансплацентарный
- б) при прохождении плода через естественные родовые пути во время родов
- в) грудное вскармливание
- г) правильно а) и в)
- д) все перечисленное

Ответ: д

010. Восприимчивость к инфекции у плода

- а) зависит от переноса материнских IgG антител через плаценту
- б) прямо пропорциональна уровню иммунитета у матери
- в) обратно пропорциональна уровню иммунитета у матери
- г) правильно а) и б)
- д) правильно а) и в)

Ответ: д

Доклады

1. Основные пути распространения внутриутробной инфекции.

- 2.Алгоритм обследования беременных женщин для выявления инфицирования, выделить пациенток группы риска по внутриутробному инфицированию плода.
- 3.Лабораторные методы обследования беременных: вирусологический, цитологический, сероиммунологический метод, метод определения вирусного генома, метод выделения культуры возбудителя.
- 4.Основные виды возбудителей внутриутробного инфицирования:

Рекомендуемая литература

1. Основная литература

- 390.Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике : рук. / Э. К. Айламазян. - Изд. 4-е, перераб. и доп.. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 400 с.
- 391.Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.
- 392.Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
- 393.Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
- 394.Общая врачебная практика по Джону Нобелю / под ред. Дж. Нобеля; пер. с англ. под ред. Е. Р. Тимофеевой, Н. А. Федоровой.- Кн. 1. – М., 2005.- 416 с.
- 395.Полякова, В. А. Современная гинекология / В. А. Полякова. - Тюмень : Изд-во ФГУИПП, 2004. – 608 с.
- 396.Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
- 397.Руководство по амбулаторно-полик-линической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
- 398.Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.

2. Дополнительная литература

- 234.Беременность и перинатальные инфекции : учеб. пособие для системы послевуз. и доп. проф. образования врачей [УМО] / [сост. : Ф. К. Тетелютина и др.] ; ГБОУ ВПО ИГМА, каф. акушерства и гинекологии. - Ижевск : ИГМА, 2013. - 106 с.
- 235.Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
- 236.Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.
- 237.Экстрагенитальная патология у беременных : учеб. пособие / [сост. : Н. Ф. Одинцова, М. В. Дударев] ; под ред. М. В. Дударева ; ГБОУ ВПО ИГМА, каф. поликли. терапии с курсами клин. фармакологии и профилактик. мед. ФПК и ПП. - Ижевск : ИГМА, 2013. - 92 с.

Код 6.1. Тема «Кровотечения во время беременности»

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: освоить особенности дифференциальной диагностики и лечебной тактики при кровотечениях во время беременности.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	5
2.	Выступление слушателей.	20
3.	Разбор клинических случаев.	60
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Вопросы, решаемые в процессе занятия:

8. Причины кровотечений во время беременности.
9. Причины кровотечений в первой половине беременности: патология и варианты прерывания беременности – начавшийся и неполный аборт, пузырный занос, внематочная беременность; полипы, эрозии и опухолевые заболевания шейки матки; варикозное расширение вен влагалища и шейки матки.
10. Причины кровотечений во второй половине беременности: предлежание и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
11. Особенности клинической картины при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.
12. Тактика врача при начавшемся кровотечении во время беременности.
13. Лечебные мероприятия по остановке кровотечений во время беременности.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедиа.

Краткое изложение материала.

Кровотечения в первой половине беременности (самопроизвольный выкидыш, шеечно-перешеечная беременность, пузырный занос). Клиника. Лечение. Профилактика. Реабилитация. Роль женской консультации в предупреждении вышеуказанной патологии.

Кровотечения во второй половине беременности: предлежание плаценты, низкая плацентация, преждевременная отслойка плаценты. Дифференциальная диагностика. Особенности кровотечения при предлежании плаценты и при преждевременной отслойке плаценты. Факторы риска. Причины. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика. Современные подходы к ведению беременности и родов. Особенности родоразрешения. Профилактическая борьба с геморрагическим шоком. Эфферентные методы в лечении и профилактике акушерских кровотечений. Аутоплазмодонорство. Осложнения послеродового (послеоперационного) периода. Профилактика. Реабилитация. Роль женской консультации в своевременной диагностике факторов риска акушерских кровотечений, профилактика и реабилитация.

Предлежание плаценты. Определение. **Эпидемиология.** **Классификация.** Во время беременности различают: полное предлежание, неполное (частичное) предлежание, низкое предлежание. Четыре степени предлежания плаценты (по УЗИ). **Этиология.** **Клиническая картина.** При предлежании плаценты возникают следующие осложнения беременности: угроза прерывания; железодефицитная анемия; неправильное положение и тазовое предлежание плода в силу наличия препятствия вставлению головки в малый таз; хроническая гипоксия и ЗРП за счёт плацентации в нижнем сегменте и относительно низкого кровотока в этом отделе матки. **Диагностика.** Физикальное исследование.

Инструментальные исследования. Скрининг. Тактика ведения беременности и родов. Лечение. Показания к госпитализации. Немедикаментозное лечение. Медикаментозное лечение. Хирургическое лечение. Профилактика.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Эпидемиология. Классификация. Этиология. Предрасполагающие факторы ПОНРП. Во время беременности: сосудистая экстрагенитальная патология (АГ, гломерулонефриты); эндокринопатии (СД); аутоиммунные состояния (АФС, системная красная волчанка); аллергические реакции на декстраны, гемотрансфузию; гестоз, особенно на фоне гломерулонефрита; инфекционноаллергические васкулиты; генетические дефекты гемостаза, предрасполагающие к тромбозам. Во время родов: излитие ОВ при многоводии; гиперстимуляция матки окситоцином; рождение первого плода при многоплодии; короткая пуповина; запоздалый разрыв плодного пузыря. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Физикальное исследование. Инструментальное исследование. Лабораторные исследования. Скрининг. Дифференциальная диагностика. Лечение. Ведение родов. Исход для плода. Профилактика. Прогноз. Алгоритм обследования беременных, поступающих в стационар с кровяными выделениями.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-иметь представление об особенностях дифференциальной диагностики и лечебной тактики при кровотечениях во время беременности, в частности при предлежание плаценты, низкая плацентация, преждевременная отслойка плаценты.

-знать особенности лечебной тактики при кровотечениях во время беременности, в частности при предлежание плаценты, низкая плацентация, преждевременная отслойка плаценты.

-уметь оказать неотложную помощь при начавшемся кровотечении во время беременности, выполнять остановку кровотечения во время беременности, заполнять медицинскую документацию по ведению беременной, роженицы при кровотечениях во время беременности.

Контрольно-измерительные материалы

Тесты

001. Предлежание плаценты в первом периоде родов следует дифференцировать
- а) с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты
 - б) с разрывом матки
 - в) с разрывом варикозно расширенного узла влагалища
 - г) правильно а) и б)
 - д) со всем перечисленным

Ответ: д

002. Особенностью кровотечения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты является

- а) всегда наружное
- б) в покое, чаще ночью
- в) всегда безболезненное
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: д

003. Особенностью кровотечения при предлежании плаценты является

- а) болезненность матки при пальпации
- б) наружного кровотечения может и не быть
- в) имеются признаки внутрибрюшного кровотечения
- г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

Ответ: д

004. При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты роженице показано

- а) родостимуляция окситоцином
- б) родостимуляция простагландинами
- в) введения метилэргометрина капельно внутривенно
- г) введение питуитрина одномоментно внутримышечно
- д) ничего из перечисленного

Ответ: д

005. При неполном предлежании плаценты, значительном кровотечении из родовых путей и открытии маточного зева на 5-6 см Родоразрешение показано

- а) путем кесарева сечения
- б) через естественные родовые пути с гемотрансфузией и родостимуляцией
- в) через естественные родовые пути с ранней амниотомией и без родостимуляции
- г) произвести поворот на ножку плода

Ответ: а

006. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты наиболее часто развивается у беременных

- а) с артериальной гипотонией
- б) с анемия
- в) с гиперандрогенией
- г) со всем перечисленным
- д) ни с чем из перечисленного

Ответ: д

007. Отслойка плаценты у беременной часто происходит

- а) при предлежании плаценты
- б) при сочетанном позднем гестозе
- в) при длительно текущем позднем гестозе
- г) правильно а) и в)
- д) при всем перечисленном

Ответ: д

008. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты у роженицы часто происходит

- а) при дискоординации родовой деятельности
- б) при абсолютной и относительной короткости пуповины
- в) при непоказанной родостимуляции
- г) при гестозе ОПГ
- д) при всем перечисленном

Ответ: д

009. Наиболее значение в выборе тактики родоразрешения при неполном предлежании плаценты имеет

- а) предлежание плода (головное, тазовое)
- б) состояние шейки матки (сглажена, укорочена, полностью открыта)
- в) состояние плода (живой, мертвый)
- г) выраженность кровотечения
- д) возраст роженицы

Ответ: г

Задачи

1. Беременность 33-34 нед. Настоящая беременность 8-я по счету. В анамнезе 2 родов и 5 искусственных абортов, 2 из которых осложнились эндометритом. Пациентка

предъявляет жалобы на продолжающиеся обильные кровяные выделения из половых путей. Болей нет. При пальпации матка в обычном тонусе. Каковы наиболее вероятные причины кровотечения?

2. 40 летняя женщина доставлена машиной скорой помощи в роддом с жалобами на кровянистые выделения в значительном количестве, начавшиеся сегодня впервые. Одновременно с кровотечением, 4 часа тому назад начались регулярные, средней интенсивности схватки. Беременность 7-я доношенная. Из анамнеза: из 6 предыдущих беременностей было 4 родов, протекавших без осложнений и 2 самопроизвольных аборта. Последняя беременность – аборт 3 года назад. Один ребенок жив, остальные умерли в раннем детстве. Объективно: умеренно выраженная бледность кожных покровов и видимых слизистых. t^0 тела – 36.5^0C , пульс – 100 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Отеков нет, АД 110/60 мм.рт.ст. Положение плода продольное. Предлежащая головка подвижна над входом в таз. Сердцебиение плода отчетливое, 122 удара в минуту, ритмичное. Диагноз. Тактика ведения?

3. Первородящая 28 лет, поступила с регулярными интенсивными схватками, начавшимися 8 часов назад. Беременность 2-я, доношенная, 1-я беременность 3 года назад закончилась криминальным абортom на 3-м месяце беременности с повторным выскабливанием полости матки. Размеры таза: 24-27-30-19 см. Первая позиция, головное предлежание. Сердцебиение плода отчетливое, 132 удара в минуту, ритмичное, слева ниже пупка. Головка плода большим сегментом во входе в таз. Через 4 часа после поступления произошли роды живым доношенным плодом. Через 15 минут после рождения ребенка началось кровотечение, выделилось 300 мл крови. Признаки отделения плаценты отсутствуют. Диагноз? Тактика? Можно ли было предупредить данное осложнение родов?

4. Роженице 29 лет. Роды 4-е, срочные, продолжаются 7 часов. Поступила с кровотечением. Общее состояние роженицы удовлетворительное. t^0 тела – 36.0^0C , пульс 100 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Кожные покровы бледные. Первая позиция, головное предлежание плода. Предлежащая часть – головка подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода отчетливое, слева ниже пупка, 130 ударов в минуту, ритмичное. Схватки регулярные, через 3 минуты, средней интенсивности, АД – 100/60 мм.рт.ст. Влагалищное исследование: раскрытие зева 7 см, плодный пузырь цел, сзади и слева прощупывается край плаценты. Во влагалище сгустки крови. Какова причина кровотечения? Тактика?

Контрольные вопросы:

1. Причины кровотечений во время беременности.
2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
3. Современные принципы возмещения кровопотери в акушерстве.
4. Лечение геморрагического шока.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

20. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике : рук. / Э. К. Айламазян. - Изд. 4-е, перераб. и доп.. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 400 с.

21. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

Дополнительная литература:

14. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

15. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

Код 6.2. Тема «Кровотечения во время родов»

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: ознакомиться с клиникой, диагностикой и принципами лечения кровотечений во время родов.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Выступление слушателей	45
3.	Разбор клинических случаев, решение задач.	30
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Вопросы, решаемые в процессе занятия:

1. Причины кровотечений в первом периоде родов: предлежание и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, повреждения шейки и тела матки.
2. Причины кровотечений во втором периоде родов: предлежание и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, повреждения шейки и тела матки, разрывы матки и других половых органов.
3. Причины кровотечений в третьем периоде родов: патология прикрепления и отделения плаценты, нарушение рождения последа, травмы родовых путей и разрывы матки.
4. Клиника кровотечений во время родов.
5. Тактика врача при начавшемся кровотечении во время родов.
6. Лечебные мероприятия по остановке кровотечений во время родов.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедиа, истории болезни, слайды.

Краткое изложение материала.

Одним из наиболее частых и серьезных осложнений родов является кровотечение. В структуре причин материнской смертности кровотечениям принадлежит одно из первых мест. Велика и перинатальная потеря плодов и новорожденных. Чаще всего кровотечения (нередко массивные) бывают связаны с предлежанием плаценты, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, с патологией отделения плаценты в III периоде родов. Причины кровотечений в первом периоде родов: предлежание и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, повреждения шейки и тела матки. Причины кровотечений во втором периоде родов: предлежание и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, повреждения шейки и тела матки, разрывы матки и других половых органов. Причины кровотечений в третьем периоде родов: патология прикрепления и отделения плаценты, нарушение рождения последа, травмы родовых путей и разрывы матки. Клиника кровотечений во время родов. Тактика врача при начавшемся кровотечении во время родов. Лечебные мероприятия по остановке кровотечений во время родов.

Кровотечения могут приводить к геморрагическому шоку и сопровождаться нарушениями в свертывающей системе крови. Лечение геморрагического шока: первые мероприятия (объективное исследование), инфузионная терапия (введение солевых и коллоидных растворов, при необходимости препараты крови), дополнительные исследования (содержание натрия и калия в сыворотке крови, кислотно-щелочного равновесия).

В результате проведенного занятия курсант должен:

-иметь представление об особенностях дифференциальной диагностики и лечебной тактики при кровотечениях во время родов.

-знать особенности лечебной тактики при кровотечениях во время родов.

-уметь оказывать неотложную помощь при начавшемся кровотечении в родах, заполнять медицинскую документацию по ведению беременной, роженицы при кровотечениях во время родов.

Контрольно-измерительные материалы

Тесты

001. Реакция организма родильницы на кровопотерю, как правило, заключается

- а) в уменьшении венозного возврата крови к сердцу
- б) в снижении сердечного выброса
- в) в максимальной стимуляции симпатико-адреналовой системы
- г) во всем перечисленном
- д) ни в чем из перечисленного

Ответ: г

002. При компенсированной кровопотере, как правило, происходит

- а) генерализованный спазм сосудов
- б) непродолжительная гипертензия
- в) снижение диуреза
- г) повышение общего периферического сосудистого сопротивления
- д) все перечисленное

Ответ: д

003. Централизация кровообращения, являясь компенсаторной реакцией на кровопотерю в родах, вызывает в организме

- а) перераспределение крови
- б) сохранение кровоснабжения жизненно важных органов (мозг, сердце, легкие, печень, почки)
- в) поддерживает АД на уровне выше критического
- г) правильно а) и б)
- д) верно все перечисленное

Ответ: д

004. Геморрагический шок – это

- а) срыв защитно-приспособительных механизмов в ответ на кровопотерю
- б) несоответствие емкости сосудистого русла объему циркулирующей крови в результате кровопотери
- в) экстремальное состояние организма
- г) кризис гемодинамики и микроциркуляции
- д) все перечисленное

Ответ: д

005. При геморрагическом шоке происходит

- а) резкая активация фибринолиза
- б) потребление тромбоцитов, фибриногена и других прокоагулянтов
- в) все перечисленное
- г) ничего из перечисленного

Ответ: в

006. Основная функция тромбоцитарного звена системы гемостаза заключается в следующем

- а) поддержание нормальной структуры и функции стенок микрососудов

- б) образование в поврежденном сосуде первичной тромбоцитарной пробки
- в) поддержание спазма поврежденного сосуда
- г) правильно а) и б)
- д) верно все перечисленное

Ответ: д

007. Основными звеньями внутреннего пути свертывания крови являются

- а) образование комплекса между тканевым тромбопластином и фактором VII, который в присутствии ионов кальция активирует фактор X
- б) начало общего пути свертывания крови с момента активации фактора X
- в) в конечном итоге – превращение фибриногена в фибрин (в присутствии тромбина)
- г) все перечисленные
- д) ничего из перечисленного

Ответ: д

Контрольные вопросы:

6. Врачебная тактика при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты в I, II периодах родов.
7. Причины и патогенез массивных кровотечений. Методы лечения (перевязка магистральных сосудов и др.).
8. Реабилитация женщин, перенесших массивную кровопотерю в родах.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

22. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике : рук. / Э. К. Айламазян. - Изд. 4-е, перераб. и доп.. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 400 с.
23. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

Дополнительная литература:

16. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
17. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

Код 6.3. Тема «Кровотечения в раннем и позднем послеродовом периоде».

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: ознакомиться с клиникой, диагностикой и принципами лечения кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периодах.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (135 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	20
2.	Выступление слушателей	50
3.	Разбор клинических случаев, решение задач.	40
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	15

Вопросы, решаемые в процессе занятия:

4. Причины кровотечений в раннем послеродовом периоде: нарушения сократительной способности матки и коагулирующих свойств крови, разрывы матки и повреждения родовых путей.
5. Причины кровотечений в позднем послеродовом периоде: остатки плаценты.
6. Особенности клинической картины кровотечений в послеродовом периоде.
7. Тактика врача при кровотечениях в раннем и позднем послеродовом периодах.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедиа, истории болезни, слайды.

Краткое изложение материала.

Частота кровотечений в раннем послеродовом периоде составляет 2-5% от общего количества родов. Кровотечения в послеродовом периоде - состояние, когда общая кровопотеря в третьем периоде родов и первые 24 часа после родов через естественные родовые пути превышает 500 мл. Причины и факторы риска. Первоочередные меры. Лечение отдельных состояний: атония матки, разрывы мягких тканей родовых путей, задержка частей плаценты, гематомы, разрыв матки, выворот матки, плотное прикрепление плаценты, нарушение обратного развития матки после родов.

Продолжительность нормального послеродового периода. Механизм остановки кровотечения в послеродовом периоде. Причины кровотечения в послеродовом периоде. Аномалии прикрепления плаценты, диагностика, клиника, акушерская тактика. Причины гипо и атонического кровотечения в раннем послеродовом периоде, клиника, диагностика, методы лечения гипотонического кровотечения. Показания для хирургических методов лечения при гипотоническом кровотечении. Причины ДВС-синдрома, клиника, диагностика, основные принципы лечения ДВС-синдрома, профилактика.

Кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах. Основные причины. Диагностика. Профилактика. Лечение. Оказание неотложной помощи. Роль женской консультации в профилактике акушерских кровотечений. Реабилитация после перенесенных тяжелых кровотечений. Поздние послеродовые кровотечения. Причины. Лечение. Профилактика.

Основные причины материнской смертности от акушерских кровотечений (недостаточное обследование, недооценка состояния и кровопотери, неадекватная инфузионная терапия). Особенности акушерских кровотечений. Этапность борьбы с акушерскими кровотечениями. Особенности инфузионно-трансфузионной терапии на современном этапе. Иммунологическая и инфекционная опасность переливания цельной крови. Неблагоприятные последствия гемотрансфузий.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-иметь представление об особенностях дифференциальной диагностики и лечебной тактики при кровотечениях в последовом и раннем послеродовом периодах.

-знать особенности лечебной тактики при кровотечениях в последовом и раннем послеродовом периодах.

-уметь оказывать неотложную помощь при кровотечениях в послеродовом периоде, заполнять медицинскую документацию по ведению родильницы при кровотечениях в последовом и раннем послеродовом периодах.

Контрольно-измерительные материалы

Тесты

001. К основным причинам патологии раннего послеродового периода относят

- а) задержку в матке дольки плаценты
- б) гипотонию матки
- в) кровотечение вследствие нарушения функции свертывающей системы крови
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

002. Вариантом гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде является

- а) массивная одномоментная кровопотеря с нормальной свертываемостью крови
- б) повторная кровопотеря, растянутая во времени, небольшими порциями
- в) кровопотеря с первоначальным снижением коагуляционных свойств крови
- г) правильно а) и б)
- д) правильно б) и в)

Ответ: г

003. Кровотечение в последовом и раннем послеродовом периодах, как правило, обусловлено

- 1) гипотонией матки
- 2) нарушением процессов отделения плаценты и выделения последа
- 3) разрывами родовых путей
- 4) нарушением системы свертывания крови
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

Ответ: в

004. К патологии последового и раннего послеродового периодов приводят следующие этиологические факторы

- 1) аномалии развития матки
- 2) чрезмерное применение в родах сокращающих матку средств
- 3) чрезмерное растяжение матки при многоплодии, многоводии
- 4) попытки выжимания последа по Креде (при отсутствии признаков отделения плаценты)

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

Ответ: в

005. Гипотония матки в послеродовом периоде чаще всего обусловлена
- 1) перерастяжением матки (многоводие, многоплодие, крупный плод)
 - 2) инфантилизмом
 - 3) воспалительными и дистрофическими изменениями миометрия
 - 4) переутомлением женщины в родах
- а) правильно 1, 2, 3
б) правильно 1, 2
в) все ответы правильны
г) правильно только 4
д) все ответы неправильны

Ответ: в

006. Гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде часто имеет место при родах
- 1) преждевременных
 - 2) запоздалых
 - 3) стремительных
 - 4) быстрых
- а) правильно 1, 2, 3
б) правильно 1, 2
в) все ответы правильны
г) правильно только 4
д) все ответы неправильны

Ответ: в

007. Для лечения гипотонии матки применяют препараты
- 1) окситоцин
 - 2) метилэргометрин
 - 3) глюкозу
 - 4) аскорбиновую кислоту
- а) правильно 1, 2, 3
б) правильно 1, 2
в) все ответы правильны
г) правильно только 4
д) все ответы неправильны

Ответ: в

008. Выделяют следующие факторы летальности при послеродовом гипотоническом кровотечении
- 1) своевременно не возмещенная кровопотеря
 - 2) запоздалая операция удаления матки
 - 3) нарушение техники операции удаления матки (длительная, травматичная)
 - 4) неадекватная инфузионно-трансфузионная терапия геморрагического шока
- а) правильно 1, 2, 3
б) правильно 1, 2
в) все ответы правильны
г) правильно только 4
д) все ответы неправильны

Ответ: в

009. Диагностика гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде проводится на основании следующей клинической картины
- 1) сильное кровотечение из половых путей при расслабленной матке
 - 2) незначительное кровотечение из половых путей через 10-15-30 мин после выделения последа, которое прекращается после наружного массажа матки и применения

сокращающих матку средств, но после короткого промежутка времени вновь возобновляется

3) кровотечение из половых путей

4) кровотечение из половых путей при отсутствии травматического повреждения

мягких тканей родового канала

а) правильно 1, 2, 3

б) правильно 1, 2

в) все ответы правильны

г) правильно только 4

д) все ответы неправильны

Ответ: в

010. Возникновение коагулопатического кровотечения в раннем послеродовом периоде может быть связано

1) с тяжелым гестозом ОПГ

2) с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты

3) с наличием мертвого плода в матке

4) с эмболией околоплодными водами

а) правильно 1, 2, 3

б) правильно 1, 2

в) все ответы правильны

г) правильно только 4

д) все ответы неправильны

Ответ: в

011. К профилактике гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде относится

1) родовая медикаментозная подготовка

2) рациональное, бережное ведение родов

3) адекватное обезболивание родов

4) внутривенное введение метилэргометрина в конце II периода родов

а) правильно 1, 2, 3

б) правильно 1, 2

в) все ответы правильны

г) правильно только 4

д) все ответы неправильны

Ответ: в

012. Поздними послеродовыми являются кровотечения, которые начинаются после родов через

1) 5-6 ч

2) 7-8 ч

3) 9-10 ч

4) 11-12 ч

а) правильно 1, 2, 3

б) правильно 1, 2

в) все ответы правильны

г) правильно только 4

д) все ответы неправильны

Ответ: в

013. Методом борьбы с послеродовым кровотечением, возникшим на вторые сутки после родов, как правило, является

1) гемотрансфузия

2) выскабливание послеродовой матки

3) применение препаратов тономоторного действия

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

Ответ: а

Контрольные вопросы

4. Причины кровотечений в раннем и позднем послеродовом периодах.
5. Особенности клинической картины.
6. Тактика врача при кровотечениях в раннем и позднем послеродовом периодах.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

24. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике: рук. / Э. К. Айламазян. - Изд. 4-е, перераб. и доп.. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 400 с.

25. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

Дополнительная литература:

18. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

19. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

Код 6.4. Тема. Шоки и терминальные состояния в акушерстве и гинекологии. Эмболия околоплодными водами.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: Овладеть методами дифференциальной диагностики, оказания неотложной помощи при шоках и терминальных состояниях в акушерстве и гинекологии, особенностям лечебной тактики при геморрагическом шоке, HELLP-синдроме, ДВС-синдроме, эмболии околоплодными водами.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (180 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Тренинг по оказанию специализированной помощи при акушерском кровотечении	80
3.	Разбор клинических случаев.	60
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	30

Задачи, решаемые в процессе занятия:

1. Геморрагический шок. Этиология. Диагностика. Клиническая картина. Лабораторные и инструментальные исследования.
2. HELLP-синдром. Этиология. Диагностика. Клиническая картина. Лабораторные и инструментальные исследования.
3. ДВС-синдром. Этиология. Диагностика. Клиническая картина. Лабораторные и инструментальные исследования.
4. Эмболия околоплодными водами. Этиология. Диагностика. Клиническая картина. Лабораторные и инструментальные исследования.
5. Принципы лечения. Общие противошоковые мероприятия.
6. Катетеризация подключичных вен.
7. Вопросы переливания препаратов крови.
8. Отдельные методы лечения шока. Геморрагический шок: гипертонический солевой раствор, пневматический противошоковый костюм, кровезаменители.
10. Современные принципы возмещения кровопотери в акушерстве.
11. Последствия шока.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, муляж роженицы, плода, послеродовой матки, истории болезни для разбора.

Краткое изложение материала.

Геморрагический шок. Определение. Эпидемиология. Профилактика. Этиология. Патогенез в зависимости от количества потерянного ОЦК. Классификация. Четыре класса в зависимости от величины кровопотери. Клиническая картина и диагностика. Определение выраженности геморрагического шока во время беременности и в раннем послеродовом периоде. Лечение. Во время беременности. Экстренное родоразрешение и применение утеротоников. Селективная эмболизация маточных артерий. Гемостатические швы. Перевязка магистральных сосудов и/или перевязка маточных артерий. Гистерэктомия. После родов: наружный массаж матки; утеротоники; ручное обследование матки; ушивание разрывов родовых путей. Ручное обследование. Внутриматочная баллонная тампонада (тампонадный тест). Реанимационное пособие осуществляют по схеме ABC: дыхательные пути (airway), дыхание (breathing) и кровообращение (circulation). Мониторинг инфузионной терапии. Восстановление кислородотранспортной функции крови. Трансфузия эритроцитарной массы. Аутодонорство, острая нормоволемическая и гипervолемическая гемодилюция. Коррекция свёртывающей системы крови. ДВС-синдром. Криопреципитат. Тромбоконцентрат. Антифибринолитики.

Концентрат антитромбина III. Рекомбинантный фактор VIIa. Послеоперационная терапия. Проводят профилактику, диагностику и лечение возможных проявлений ПОН. Прогноз.

HELLP-синдром. Эпидемиология. Классификация. Этиология. Иммуносупрессия (депрессия Т-лимфоцитов и В-лимфоцитов). Аутоиммунная агрессия (антитромбоцитарные, антиэндотелиальные АТ). Уменьшение отношения простациклин/тромбоксан (снижение продукции простациклинстимулирующего фактора). Изменения в системе гемостаза (тромбоз сосудов печени). АФС. Генетические дефекты ферментов печени. Применение лекарственных препаратов (тетрациклин, хлорамфеникол). Факторы риска развития HELLP-синдрома: светлая кожа, возраст беременной старше 25 лет, многорожавшие женщины, многоплодная беременность, выраженная соматическая патология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лабораторные исследования инструментальные исследования. КТ и МРТ. Дифференциальная диагностика. Цели лечения. Показания к госпитализации. Немедикаментозное лечение. Экстренное родоразрешение на фоне инфузионно-трансфузионной терапии под наркозом. Медикаментозное лечение. Сроки и методы родоразрешения. Оценка эффективности лечения. Профилактика. Прогноз.

Синдром диссеминированного внутрисосудистого свёртывания крови (ДВС-синдром) — приобретённое тромбгеморрагическое нарушение, возникающее в результате чрезмерного образования тромбина и плазмينا в периферической крови. Этиология. Патогенез. Повреждение тканей. Повреждение эндотелия. Поражение тромбоцитов и макрофагов. Активация системы свёртывания крови. Действия тромбина и их результат. Действия плазмина и их результат. Образование тромбина. Клиническая картина. Стадии (фазы) ДВС-синдрома. Гиперкоагуляция; Коагулопатия потребления; Гипокоагуляция. Молниеносная форма. Острая форма. Подострая форма. Хроническая форма. Главные клинические проявления ДВС-синдрома: тромботические явления; геморрагический синдром; микроциркуляторные нарушения; ПОН; анемия; нестабильная гемодинамика; шок и формирование шоковых органов. Диагностика. Лабораторные исследования. Цели лечения. Ликвидации основной причины, вызвавшей ДВС; Нормализации гемодинамики; Нормализации свёртывания крови. Медикаментозное лечение. Сроки и методы родоразрешения.

Эмболия околоплодными водами — осложнение, вызванное проникновением АЖ в кровотоки матери, что приводит к развитию шока и тромбгеморрагического синдрома. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Исследование системы гемостаза. ЭКГ и рентгенологическое исследование грудной клетки. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. Прогноз.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-иметь представление об особенностях диагностики, клинической картине шока и терминальных состояний в акушерстве и гинекологии;

-знать алгоритм лечения неотложных состояний в акушерстве, особенности лечения шока в акушерстве;

-уметь оказать необходимую помощь при терминальных состояниях в акушерстве и гинекологии; 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;

Контрольно-измерительные материалы

Тесты

001. Акушерский геморрагический шок – это критическое состояние, связанное с кровопотерей, в результате которой развивается

- а) кризис макроциркуляции
- б) кризис микроциркуляции
- в) быстрое присоединение коагулопатического кровотечения
- г) правильно а) и б)
- д) все перечисленное

Ответ: д

002. Шоковый индекс – это

- а) частное от деления частоты пульса на показатель систолического АД
- б) частное от деления частоты пульса на показатель диастолического АД
- в) частное от деления суммы показателей систолического и диастолического АД на частоту пульса
- г) ничего из перечисленного

Ответ: а

003. Для геморрагического шока типичны следующие сосудистые нарушения

- а) вазоконстрикция – периферический артериальный спазм
- б) чередование участков спазма сосудов и их паралитического расширения
- в) открытие артерио-венозных шунтов
- г) все перечисленные
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

004. При кровопотере, равной 20-25% от ОЦК, шоковый индекс обычно равен

- а) 0,6
- б) 0,8
- в) 1,0
- г) 1,2
- д) 1,4

Ответ: в

005. При массивной кровопотере целесообразно переливать

- а) цельную свежечитратную кровь
- б) эритроцитарную массу
- в) свежзамороженную плазму
- г) правильно а) и б)
- д) правильно б) и в)
- е) все ответы правильные

Ответ: е

006. Геморрагический шок – это

- а) срыв защитно-приспособительных механизмов в ответ на кровопотерю
- б) несоответствие емкости сосудистого русла объему циркулирующей крови в результате кровопотери
- в) экстремальное состояние организма
- г) кризис гемодинамики и микроциркуляции
- д) все перечисленное

Ответ: д

007. При геморрагическом шоке происходит

- а) резкая активация фибринолиза
- б) потребление тромбоцитов, фибриногена и других прокоагулянтов
- в) все перечисленное
- г) ничего из перечисленного

Ответ: в

008. Порочный круг при острой форме ДВС-синдрома (на фоне геморрагического шока) поддерживает

- а) гипотония матки, препятствующая организации тромбов

б) блокаду микроциркуляции в матке и ишемию, которые также способствуют расслаблению маточной мускулатуры

в) акушерские манипуляции (например, повторное ручное обследование послеродовой матки), которые способствуют еще большему попаданию в кровоток тромбопластиновых субстанций

г) правильно а) и в)

д) все перечисленное

Ответ: д

009. В патогенезе геморрагического шока большое значение имеет

а) влияние боли в родах

б) утомление роженицы

в) кровопотеря

г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

Ответ: г

010. Выделяют следующие фазы острой формы ДВС-синдрома, кроме

а) длительно существующий гиперкоагуляции

б) скоротечной гиперкоагуляции

в) коагулопатии потребления

г) гипокоагуляции

Ответ: а

011. ДВС-синдром – это

а) синдром нарушения гемостаза

б) прижизненное образование тромбоцитарно-фибриновых тромбов в системе микроциркуляции

в) сладжирование крови

г) правильно а) и в)

д) все перечисленное

Ответ: д

Контрольные вопросы:

1. Количественный и качественный состав инфузионно-трансфузионной терапии при кровопотери в акушерстве.

2. ДВС-синдром в акушерстве (этиология, патогенез, клиника, диагностика, профилактика и лечение).

3. ДВС-синдром в акушерстве.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

5. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике : рук. / Э. К. Айламазян. - Изд. 4-е, перераб. и доп.. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 400 с.

6. Колесниченко, А. П. Острый ДВС-синдром при критических состояниях в акушерско-гинекологической клинике : рук. для врачей / А. П. Колесниченко, Г. В. Грицан, А. И. Грицан.- СПб.: СпецЛит, 2008. -111 с.

7. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.

Дополнительная литература:

8. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

Код 7.1. Тема. Ранние токсикозы беременных.**Цикл:** ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».**Контингент обучающихся:** заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций**Цель:** ознакомить с основными клиническими формами раннего гестоза.**План практического занятия**

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	10
2.	Выступление слушателей.	50
3.	Разбор клинических случаев.	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Вопросы для подготовки

1. Основные клинические формы раннего гестоза.
2. Этиология, теории развития гестоза.
3. Патогенез гестоза.
4. Клиническая картина и диагностика гестоза.
5. Профилактика и лечение раннего гестоза.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедиа, истории болезни для разбора, вопросы тестового контроля.**Краткое изложение материала:**

Важную роль в развитии заболевания играют нарушения взаимоотношения деятельности ЦНС и внутренних органов. Важное значение имеет преобладание возбуждения в подкорковых структурах ЦНС (ретикулярной формации, центрах регуляции продолговатого мозга). К факторам, предрасполагающим к развитию токсикозов, относят хронические заболевания ЖКТ, печени, а также астенический синдром. По степени тяжести рвота беременных может быть легкой, средней и тяжелой или чрезмерной. При чрезмерной рвоте прогноз не всегда благоприятный. Признаками угрожающего состояния, определяющими показания к экстренному прерыванию беременности, бывают нарастание слабости, адинамии, эйфория или бред, тахикардия (до 110–120 уд/мин), гипотензия (до 90–80 мм рт.ст.), желтушность кожи и склер, боли в правом подреберье, снижение диуреза (до 300–400 мл в сутки), гипербилирубинемия (в пределах 100 мкмоль/л), повышение уровня остаточного азота, мочевины, протеинурия, цилиндрурия. Установить диагноз рвоты беременных несложно. Для определения степени тяжести рвоты необходимо клиническое обследование больной: исследование общего анализа крови и мочи; определение в динамике Ht, содержания в крови билирубина, остаточного азота и мочевины, электролитов (калий, натрий, хлориды), общего белка и белковых фракций, трансаминаз, показателей КОС, глюкозы. В моче определяют уровень ацетона, уробилина, желчных пигментов, белка. Цель лечения — восстановление водно-солевого обмена, метаболизма, функций жизненно важных органов.

Определение гестоза, основные клинические формы раннего гестоза. Эпидемиология, классификация раннего гестоза. Стадии развития гестоза. Этиология, теории развития гестоза. Патогенез гестоза. Изменения функций внутренних органов при гестозе. Клиническая картина раннего гестоза. Диагностика раннего гестоза. Профилактика и лечение.

В результате проведенного занятия курсант должен:

- знать** вопросы патогенеза, клиники, диагностики, лечения раннего гестоза
- уметь** по результатам клинического течения заболевания, лабораторной диагностике поставить диагноз.
- владеть** методами оказания помощи при раннем гестозе

Контрольно-измерительные материалы

Тесты:

001. Рвота у беременной в I триместре беременности может считаться проявлением раннего токсикоза в том случае, если

- а) ее возникновение связано с приемом пищи
- б) ее возникновение не связано с приемом пищи
- в) частота ее 3-5 и более раз в сутки
- г) верно б) и в)
- д) верно все перечисленное

Ответ: д

002. Рвота беременных – это полиэтиологическое осложнение, при котором имеется

- а) дизадаптация функциональных регуляторных систем организма
- б) изменение нормального соотношения процессов возбуждения и торможения в головном мозге
- в) дискоординация функций вегетативной нервной системы
- г) верно а) и б)
- д) все перечисленное

Ответ: д

003. Рвота беременных как проявление раннего токсикоза чаще всего развивается у женщин

- а) молодого возраста
- б) повторнобеременных
- в) с высоким инфекционным индексом
- г) у всех перечисленных
- д) ни у кого из перечисленных

Ответ: г

004. Для рвоты беременных легкой степени наиболее характерно

- а) частота рвоты от 6 до 10 раз в сутки
- б) частота пульса 90-100 ударов в минуту
- в) периодически ацетон в моче
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: д

005. Для лечения беременной с ранним токсикозом (рвотой беременных) применяют, как правило, все перечисленное, кроме

- а) спленина
- б) витаминов группы В
- в) эуфиллина
- г) раствора Рингера - Локка
- д) лазерной рефлексотерапии

Ответ: в

006. У беременной с тяжелым течением раннего токсикоза (чрезмерной рвотой беременных) проявлением интоксикации организма являются все перечисленные симптомы, кроме

- а) учащения пульса до 100-120 в минуту
- б) повышения температуры тела до 38°C
- в) снижения АД
- г) наличия в моче ацетона
- д) резкой потери в весе

Ответ: б

007. Развитие тахикардии у женщин с эклампсией зависит, как правило,

- а) от гипоксии
- б) от интоксикации, обусловленной нарушением метаболизма
- в) от гипокалемии
- г) верно а) и б)
- д) от всего перечисленного

Ответ: д

Доклады:

1. Беременность и клинические проявления раннего гестоза..
2. Этиология ранних гесозов.
3. Особенности течения и ведения беременности у женщин с ранним гестозом.
4. Лечение ранних гестозов.
5. Немедикаментозные методы лечение рвоты беременных.

Рекомендуемая литература :

Основная литература:

1. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.
2. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

Дополнительная литература:

1. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
2. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.
3. Серов В.Н., Сухих Г.Т., Баранов И.И., Пырегов А.В., Тютюнник В.Л., Шмаков Р.Г. Неотложные состояния в акушерстве: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2013. – 784с.

Код 7.2. Тема. Гестозы. Преэклампсия. Эклампсия.**Цикл:** ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».**Контингент обучающихся:** заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций**Цель:** ознакомиться с клиникой, диагностикой и принципами лечения преэклампсии и эклампсии при беременности.**План практического занятия**

Этапы занятия		Продолжительность (180 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	20
2.	Выступление слушателей	60
3.	Разбор клинических случаев, решение задач.	80
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	20

Вопросы, решаемые в процессе занятия:

1. Актуальность проблемы преэклампсии / гестоза
2. Этиология
3. Патогенез
4. Классификация.
5. Основные клинические признаки преэклампсии (гестоза) / эклампсии.
6. Осложнения, диагностика, лечение.
7. Родоразрешение и тактика ведения пациенток с преэклампсией (гестозом) / эклампсией после родоразрешения.
8. Предгравидарная подготовка женщин группы риска по развитию преэклампсии / гестоза .

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедиа, истории болезни, слайды.**Краткое изложение материала.**

Преэклампсия и эклампсия – одни из самых тяжелых осложнений беременности, родов и послеродового периода. Они являются одной из ведущих причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Так, удельный вес гестозов в структуре осложнений беременности колеблется от 10 до 20%, а среди причин материнской и перинатальной смертности составляет соответственно 21,3 и 12,1%.

Преэклампсия развивается между 20-й неделей беременности и концом первой недели после родов у 5% беременных, чаще первородящих. Она проявляется тремя основными симптомами: отеки, гипертензия, протеинурия. Гипертензия является одним из важных проявлений гестоза, ибо отражает тяжесть спазма сосудов. Тяжелая степень преэклампсии выражается преимущественно в нарушении кровоснабжения центральной нервной системы, в частности, клеток головного мозга.

Эклампсия – самая тяжелая стадия гестоза, выражающаяся сложным комплексом симптомов, самым характерным из которых являются приступы судорог поперечнополосатой (скелетной) мускулатуры всего тела. Во время приступа из-за скачкообразного подъема артериального давления может произойти разрыв мозгового сосуда, что вызывает инсульт – внутримозговое кровоизлияние. Также возможна преждевременная отслойка плаценты, что может стать причиной гибели плода.

Определение гестоза, основные доклинические формы гестоза. Эпидемиология, классификация гестоза. Стадии развития гестоза. Этиология, теории развития гестоза. Патогенез гестоза. Международная и отечественная классификация. Факторы

достоверного риска. Основные изменения эндотелия, нарушения микроциркуляции при гестозе. Изменения функций внутренних органов при гестозе.

Оценка степени тяжести гестоза. Патогенетические варианты нарушения системной материнской гемодинамики (гиперкинетический, эукинетический, гипокинетический, нарушение мозговой гемодинамики). Основные критерии степени тяжести гестоза: раннее начало, длительное течение, особенности фоновой патологии. Профилактика в условиях женской консультации. Тактика врача. Критические формы гестозов (преэклампсия, эклампсия, преждевременная отслойка плаценты, осложнений артериальной гипертензии со стороны органа зрения). Острая органная недостаточность: плацентарная, почечная, почечно-печеночная, церебральная. Осложнения гестозов со стороны печени (острый жировой гепатоз, HELLP-синдром). Лечение. Особенности инфузионной терапии в зависимости от степени тяжести. Коррекция коллоидно-осмотического давления при тяжелом гестозе, острой почечной недостаточности. Ведение беременности и родов при легком, среднетяжелом и тяжелом гестозе. Сроки и методы родоразрешения. Показания к досрочному родоразрешению. Профилактика. Группы риска: беременные с экстрагенитальной патологией (метаболический синдром, гипертензия, патология почек, СД, эндокринопатии, АФС, врожденные дефекты гемостаза, гомозиготность по гену T₂₃₅, ответственному за метаболизм ангиотензина); беременные с наличием гестоза в предыдущие беременности и у близких родственниц по материнской линии. Профилактика кровотечения. Особенности патогенеза кровотечения (коагулопатия). Интенсивная терапия. Досрочное родоразрешение. Экстракорпоральные методы детоксикации (плазмаферез и ультрафильтрация). Показания к кесареву сечению. Послеродовая терапия. Реабилитация. Эфферентные методы в лечении гестозов у беременных.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-иметь представление об особенностях дифференциальной диагностики и лечебной тактики при преэклампсии и эклампсии при беременности.

-знать особенности лечебной тактики при преэклампсии и эклампсии при беременности.

-уметь оказать неотложную помощь при эклампсии, заполнять медицинскую документацию по ведению беременной, роженицы и родильницы при преэклампсии и эклампсии при беременности.

Контрольно-измерительные материалы

Тесты

001. При позднем гестозе III степени отмечаются следующие изменения содержания электролитов, кроме

а) увеличения содержания натрия и уменьшения содержания калия в плазме крови

б) уменьшения содержания калия содержания натрия и увеличения содержания

калия в плазме крови

в) уменьшения содержания калия в эритроцитах

г) верно а) и в)

д) верно б) и в)

Ответ: б

002. При позднем гестозе повышается количество

а) тромбксана

б) простагландина Е

в) и того, и другого

г) ни того, ни другого

Ответ: а

003. При позднем гестозе снижается содержание

- а) простациклина
- б) простагландина F_{2α}
- в) и того, и другого
- г) ни того, ни другого

Ответ: а

004. При позднем гестозе содержание простагландинов материнского происхождения (ПГF_{2α})

- а) повышено
- б) снижено
- в) не изменено

Ответ: а

005. При эклампсии содержание простагландинов плодового происхождения (ПГF_{2α})

- а) повышено
- б) снижено
- в) существенно не изменено

Ответ: б

006. Беременная в сроке 34 недели перенесла дома приступ эклампсии. При поступлении в родильный дом АД – 150/100 мм. ст. Предполагаемая масса плода – 1500 г. Пастозность лица и голени. Белок в моче – 0.66%. Родовые пути к родам не готовы. Начата интенсивная комплексная терапия. Правильная врачебная тактика

- а) на фоне лечения можно пролонгировать беременность на 1-2 недели
- б) на фоне лечения можно пролонгировать беременность на 3-4 недели
- в) начать родовозбуждение путем введения окситоцина или простагландинов
- г) родоразрешить путем операции кесарева сечения.

Ответ: г

007. Беременность 37 недель. Гестоз средней степени тяжести. Предполагаемая масса плода – 2200 г. Шейка матки к родам не готова. Констатирована прогрессирующая хроническая гипоксия плода. На фоне лечения необходимо

- а) пролонгировать беременность 1-2 недели
- б) начать родовозбуждение внутривенным введением окситоцина или простагландинов
- в) провести схему родовозбуждения при целом плодном пузыре
- г) произвести родоразрешение путем кесарева сечения

Ответ: г

008. Фактором риска развития позднего гестоза является

- а) гипертоническая болезнь
- б) возраст первородящей 35 лет и старше
- в) артериальная гипотензия
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

Контрольные вопросы:

1. Актуальность проблемы преэклампсии.
2. Основные клинические признаки эклампсии.
3. Родоразрешение и тактика ведения пациенток с преэклампсией (гестозом) / эклампсией после родоразрешения.
4. Предгравидарная подготовка женщин группы риска по развитию преэклампсии / гестоза .

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

3. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.
4. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

Дополнительная литература:

4. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
5. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.
6. Серов В.Н., Сухих Г.Т., Баранов И.И., Пырегов А.В., Тютюнник В.Л., Шмаков Р.Г. Неотложные состояния в акушерстве: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2013. – 784с.

Код 8.1. Тема. Нейрогуморальная регуляция репродуктивной системы в периоде ее развития.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: Информирование слушателей о нейрогуморальной регуляции репродуктивной системы в период ее развития.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	10
2.	Выступление слушателей	30
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Вопросы для подготовки:

1. Классификация периодов созревания женской репродуктивной системы.
2. Этапы развития репродуктивной системы (внутриутробный, период детства, препубертатный и пубертат)
3. Особенности развития органов репродуктивной системы по этапам развития женского организма.
4. Период полового созревания. Физиология. Клиника физиологического пубертата.
5. Отклонения формирования репродуктивной системы в период роста и развития женского организма. Половая формула.

Перечень оборудования и методического оснащения : учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, демонстрация клинического случая..

Краткое изложение материала:

Развитие женского организма от рождения до созревания разделяются на отдельные периоды, которые характеризуются отдельными морфологическими и эндокринными особенностями. Классификация периода созревания женского организма основано на признаках морфологической и эндокринной зрелости. Период внутриутробного развития, формирование репродуктивной системы проходит через этапы: формирование генетического пола, формирование внутренних половых органов, формирование наружных половых органов. Развитие гонад, матки, маточных труб наружных половых органов. Период новорожденности. Нейтральный период. Период полового созревания. Созревание анатомического и функционального формирования – половых органов и регуляции репродуктивной системы. Соматические изменения, сопровождающие начало, развитие и окончание полового созревания у девочек, клинические проявления и развитие вторичных половых признаков. Развитие молочных желез, оволесение на лобке и в подмышечной области, первые менструации. Понятие «гинекологический возраст». Половая формула. Рост и развитие скелета и соматических органов и систем.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-иметь представление об этапах развития женской репродуктивной системы, регуляцию, физиологию и патологию репродуктивной функции женщины. Виды ее нарушений; Основы топографической анатомии малого таза и женских половых органов.

-знать особенности развития органов репродуктивной системы по этапам развития женского организма. Основные вопросы нормального и патологического состояния внутренних и наружных половых органов у женщины. Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции; Возрастные периоды развития женщины,

основные анатомические и функциональные изменения органов репродуктивной системы в возрастном аспекте;

-уметь диагностировать отклонения формирования репродуктивной системы в периоде ее развития, нарушения анатомических и функциональных изменений органов репродуктивной системы в возрастном аспекте.

Контрольно-измерительные материалы

Тесты

001. При длительности менструального цикла 28 дней, его следует считать циклом

- а) нормопонирующим
- б) антеопонирующим
- в) постопонирующим

Ответ: а

002. Особенности нормального менструального цикла являются

- а) овуляция
- б) образование желтого тела в яичке
- в) преобразование гестагенов во II фазе цикла
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

003. Для ановуляторного менструального цикла характерно

- а) циклические изменения в организме
- б) длительная персистенция фолликула
- в) преобладание гестагенов во второй фазе цикла
- г) преобладание гестагенов в первую фазу цикла

Ответ: б

004. Гипоталамус вырабатывает следующие гормоны

- а) гонадотропины
- б) эстрогены
- в) гестагены
- г) рилизинг-факторы

Ответ: г

005. Рилизинг-факторы осуществляют

- а) передачу нервных импульсов в эндокринную систему
- б) выработку гонадотропинов
- в) и то, и другое
- г) ни то, ни другое

Ответ: а

006. Взаимодействие гипоталамуса, гипофиза и яичников в регуляции менструального цикла заключается в следующем

- а) одно звено (вышележащее) стимулирует функцию другого звена (нижележащего)
- б) нижележащее звено тормозит или регулирует функцию вышележащего
- в) функция звеньев синхронна
- г) выключение одного звена нарушает всю систему в целом
- д) верно все перечисленное

Ответ: д

007. Эстрогены секретируются

- а) клетками внутренней оболочки фолликула
- б) желтым телом
- в) корковым веществом надпочечника
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

Ответ: г

008. В клубочковой зоне коры надпочечника образуется

- а) глюкокортикоиды
- б) альдостерон
- в) норадреналин
- г) андрогены
- д) все перечисленное

Ответ: б

009. ФСГ стимулирует

- а) рост фолликулов в яичнике
- б) продукцию кортикостероидов
- в) продукцию ТТГ в щитовидной железе
- г) все перечисленное

Ответ: а

010. Малые дозы эстрогенов

- а) стимулируют продукцию
- б) подавляют продукцию ФСГ
- в) усиливают продукцию ЛГ
- г) подавляют продукцию ЛТГ

Ответ: а

011. При нормальном менструальном цикле высокий уровень эстрогенной насыщенности имеет место

- а) на 14-й день
- б) на 21-й день
- в) верно и то, и другое
- г) ни то, ни другое

Ответ: в

012. Основное действие эстрогенов на организм

- а) блокируют рецепторы к окситоцину
- б) прекращают (ослабляют) пролиферативные процессы в эндометрии
- в) вызывают секреторные преобразования в эндометрии
- г) верно все перечисленное
- д) все перечисленное неверно

Ответ: д

013. Эстрогены обладают следующим действием

- а) способствуют перистальтике матки и труб
- б) усиливают процессы окостенения
- в) стимулируют активность клеточного иммунитета
- г) верно все перечисленное
- д) все перечисленное неверно

Ответ: г

014. Гестагены обладают следующим действием

- а) снижают содержание холестерина в крови
- б) определяют развитие первичных и вторичных половых признаков
- в) повышают тонус матки
- г) верно все перечисленное
- д) все перечисленное неверно

Ответ: д

015. Условия действия эстрогенов

- а) достаточный уровень фолиевой кислоты
- б) достаточный уровень аскорбиновой кислоты
- в) и то, и другое

г) ни то, ни другое

Ответ: в

016. Гестагены обладают следующим влиянием на организм

- а) гипертермическим
- б) тормозят отделение желчи
- в) усиливают отделение желудочного сока
- г) верно все перечисленное
- д) все перечисленное неверно

Ответ: г

017. Андрогены образуются

- а) в яичнике (интерстициальных клетках, строме, внутренней теке)
- б) в сетчатой зоне коры надпочечников
- в) верно и то, и другое
- г) и то, и другое неверно

Ответ: в

018. Тесты функциональной диагностики (ТФД) позволяют определить

- а) двуфазность менструального цикла
- б) уровень эстрогенной насыщенности организма
- в) наличие овуляции
- г) полноценность лютеиновой фазы цикла
- д) все перечисленное

Ответ: д

019. Повышение ректальной температуры тела во вторую фазу овуляторного менструального цикла обусловлено

- а) действием прогестерона яичника на центр терморегуляции в гипоталамусе
- б) действием прогестерона, который снижает теплоотдачу
- в) интенсификацией биохимических процессов в матке
- г) все перечисленным
- д) ничем из перечисленного

Ответ: г

020. Пройоменорея – это

- а) скудные менструации
- б) короткие менструации (1-2 дня)
- в) короткий менструальный цикл, частые менструации
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: в

Контрольные вопросы:

1. Периоды созревания репродуктивной системы.
2. Характеристика этапов развития и становления репродуктивной системы: внутриутробный, новорожденности, нейтральный, предпубертат и пубертат.
3. Расчеты половой формулы при физиологическом пубертате, патологическом пубертате.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

399. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

400. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

401. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

402. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

403. Гуркин, Ю. А. Детская и подростковая гинекология : рук. для врачей / Ю.А. Гуркин.- М.: МИА, 2009.- 692 с.

404. Коколина, В. Ф. Детская гинекология : рук. для врачей / В. Ф. Коколина. - : МИА, 2001. - 368 с.

405. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

406. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.

407. Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.

2. Дополнительная литература

238. Акушерство от десяти учителей : учеб. пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004

239. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.

240. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб. пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

241. Уварова Е.В. Детская и подростковая гинекология. – М., 2012.

Код 8.2. Тема. Нейрогуморальная регуляция репродуктивной системы в репродуктивном возрасте.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: Информирование слушателей о нейрогуморальной регуляции репродуктивной системы.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Выступление слушателей	70
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Вопросы для подготовки:

1. Регуляция функции репродуктивной системы.
2. Структура и функция репродуктивной системы, уровни репродуктивной системы.
3. Репродуктивные органы репродуктивной системы: матка, яичники, трубы.
4. Менструальный цикл. Физиология, патология.

Перечень оборудования и методического оснащения : учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, демонстрация клинического случая..

Краткое изложение материала:

Репродуктивная система состоит из совокупности конкретных структурных элементов: структур гипоталамуса и гипофиза, органов мишеней (маточные трубы, матка и др.), половых желез, обеспечивающих реализацию детородной функции. Уровни репродуктивной системы связаны между собой информационными сигналами, позволяющие функционировать как единое целое. Представление о структуре репродуктивной системы включает практически все отделы ЦНС. Гипофиз, как структурный элемент репродуктивной системы. Гипоталамус – медиобазальная и приоптико-супрахиазматическая области связаны функционированием репродуктивной системы. Анатомия и физиология гипофиза и гипоталамуса. Анатомо-физиологическая и гисто-физиологическая характеристика половых органов женщины в репродуктивном возрасте. Яичники, маточные трубы, матка. Менструальный цикл: ранняя стадия пролиферации, средняя стадия пролиферации и поздние стадии пролиферации. Ранняя стадия секреции, средняя и поздняя стадия секреции. Истмическая часть и шейка матки, влагалище, вульва.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-иметь представление о регуляции функций женской репродуктивной системы.

-знать особенности менструального цикла.

-уметь диагностировать отклонения нейрогуморальной регуляции репродуктивной системы в репродуктивном периоде.

Контрольно-измерительные материалы

Тесты

001. При длительности менструального цикла 28 дней, его следует считать циклом
- а) нормопонирующим
 - б) антеопонирующим
 - в) постпонирующим

Ответ: а

002. Особенности нормального менструального цикла являются

- а) овуляция
- б) образование желтого тела в яичке
- в) преобразование гестагенов во II фазе цикла
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

003. Для ановуляторного менструального цикла характерно

- а) циклические изменения в организме
- б) длительная персистенция фолликула
- в) преобладание гестагенов во второй фазе цикла
- г) преобладание гестагенов в первую фазу цикла

Ответ: б

004. Повышение ректальной температуры тела во вторую фазу овуляторного менструального цикла обусловлено

- а) действием прогестерона яичника на центр терморегуляции в гипоталамусе
- б) действием прогестерона, который снижает теплоотдачу
- в) интенсификацией биохимических процессов в матке
- г) все перечисленным
- д) ничем из перечисленного

Ответ: г

005. Для ановуляторного менструального цикла с атрезией фолликулов характерно

- а) высокий уровень эстрогенов
- б) опсоменорея, сменяющаяся длительными кровянистыми выделениями
- в) и то, и другое
- г) ни то, ни другое

Ответ: б

006. Первичная альгоменорея обусловлена

- а) инфантилизмом
- б) ретродевиацией
- в) высокой продукцией простагландинов
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

Ответ: г

007. О полноценности лютеиновой фазы менструального цикла свидетельствует

- а) повышение базальной температуры в первую фазу цикла
- б) пролиферативные процессы в эндометрии во вторую фазу цикла
- в) и то, и другое
- г) ни то, ни другое

Ответ: г

Контрольные вопросы:

1. Уровни репродуктивной системы.
2. Характеристика структурных элементов репродуктивной системы.
3. Участие гипоталамуса в регуляции репродуктивной системы.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

408. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

409. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
410. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
411. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
412. Гуркин, Ю. А. Детская и подростковая гинекология : рук. для врачей / Ю.А. Гуркин.- М.: МИА, 2009.- 692 с.
413. Коколина, В. Ф. Детская гинекология : рук. для врачей / В. Ф. Коколина. - : МИА, 2001. - 368 с.
414. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
415. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.
416. Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.

2. Дополнительная литература

242. Акушерство от десяти учителей : учеб. пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
243. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
244. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб. пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
245. Уварова Е.В. Детская и подростковая гинекология. – М., 2012.

Код 8.3. Тема. Расстройства менструальной функции в подростковом возрасте.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: Информирование слушателей о расстройствах менструальной функции в подростковом возрасте.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	15
2.	Выступление слушателей	30
3.	Разбор клинических случаев	35
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Вопросы для подготовки:

- 1.Этиология и патогенез ювенильных кровотечений.
- 2.Клинические формы ювенильных кровотечений.
- 3.Дифференциальный диагноз, методы обследования ювенильных кровотечений.
- 4.Принципы лечения ювенильных кровотечений.
- 5.Неотложная помощь.

Перечень оборудования и методического оснащения : учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, демонстрация клинического случая..

Краткое изложение материала.

Ювенильные кровотечения являются дисфункциональными маточными кровотечениями, возникающими в период становления менструальной функции. Основные этиологические факторы заболевания, патогенез, клинические формы ювенильного кровотечения, дифференциальный диагноз, а также лечение. Первый этап – мероприятия направленные на лечение в период кровотечения. Второй этап – профилактика рецидивов кровотечения, нормализация функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. Гормональная гемостатическая терапия, хирургическое лечение. Основные принципы подбора терапии для каждой клинической формы больных.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-иметь представление об этиологии, патогенезе, клинической картине и врачебной тактики при расстройствах менструальной функции в подростковом возрасте.

-знать особенности расстройств менструальной функции в подростковом возрасте, алгоритм диагностики ювенильных маточных кровотечений; алгоритм обследования при ювенильных маточных кровотечениях, вопросы реабилитации ювенильных кровотечений

-уметь диагностировать расстройства менструальной функции в подростковом возрасте, Оказать неотложную помощь при ювенильных маточных кровотечениях; оказать экстренную помощь при ювенильных кровотечениях; провести реабилитацию и профилактику данной патологии.

Контрольно-измерительные материалы:**1. Доклады:**

Этиология, патогенез ювенильных маточных кровотечений.

Клинические проявления ювенильных маточных кровотечений.

Дифференциальная диагностика ювенильных маточных кровотечений.

Алгоритм обследования при ювенильных маточных кровотечениях.

Неотложная помощь при ювенильных маточных кровотечениях.

1. Задачи:

ЗАДАЧА №11.

Захарова Эля 18 лет, учащаяся ВУЗа II курс.

Жалобы на нерегулярные, периодические обильные, длительно мажущие менструации, безболезненные.

Отец: 50 лет, военный, вредных привычек не имеет. Мама: 50 лет, фельдшер, вредных привычек не имеет. Менструации с 13 лет, регулярно, по 5 дней, умеренно. Гинекологических заболеваний нет. Девочка родилась от III беременности, II родов. Беременность и роды протекали нормально, родилась доношенной весом 3900г., рост 53см, по Апгар 8-9 баллов. До 1 года находилась на грудном вскармливании. До 2-х лет ничем не болела, развивалась нормально, все прививки в срок.

С 3 до 6 лет перенесла заболевания: скарлатина, острый отит, фолликулярная ангина, неоднократно ОРВИ.

Аллергоанамнез спокойный, гемотрансфузия, операций не было, туберкулез отрицает.

Менструации с 13 лет, нерегулярно. С 16 лет в течение года трижды находилась на стационарном лечении с диагнозом: ювенильное маточное кровотечение. Анемия I-II степени.

Получала лечение: утеротоники, гемостатические средства, витамины, физиолечение.

Консультирована специалистами:

ЛОР – диагноз: Хронический тонзиллит.

Окулист – диагноз: Миопия слабой степени.

Эндокринолог: диагноз: Гиперплазия щитовидной железы I ст.

Гематолог: диагноз: Тромбоцитопатия, влажная форма.

УЗИ малого таза: Матка 33×44×26мм. Справа в проекции яичника визуализируется округлой формы жидкостное образование 33×28мм.

Рентгенограмма черепа: Гипофизарная астенция, диафрагма турецкого седла обызвествлена.

Общий осмотр:

Рост 156см, вес- 46кг, окружность грудной клетки – 73см, ширина плеч – 36см, длина – 28см.

Телосложение нормостенического типа. Кожные покровы чистые, тургор кожи сохранен, подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, гиперпигментация, стрии – нет.

ИМТ – норма.

ВПП: Ма₃ Рв₃ Ах₃ Ме₂.

Гормональное число – 2.

Осмотр на кресле: живот мягкий, безболезненный, паховые лимфоузлы не определяются. Оволосение по женскому типу. Наружные половые органы развиты правильно, девственная плева сохранена, слизистая чистая.

Per rectum: Матка в anteversio, нормальных размеров, плотная ровная, подвижная, безболезненная. Слева яичник не определяется. Справа от спайки определяется образование ≈ 50×60мм, округлое, плотноэластичной консистенции, подвижное, безболезненное.

Данные исследования (в 18 лет).

ФСГ – 5,8 ммоль/л

ЛГ – 2,0 ммоль/л на 7-ой день менструального цикла.

Прогестерон 3,9нмоль/л

Пролактин 224ММЕ/л на 19 день менструального цикла.

УЗИ малого таза: (на 14 день менструального цикла). Матка 48×26×47мм, эндометрий 5мм, яичник: 27×21мм, $\sqrt{} = 6,1\text{см}^3$. В области правых придатков экзогенитивное образование 50×40мм, $\sqrt{} = 42\text{см}^3$, с четкими контурами, округлой формы.

УЗИ малого таза через 10 месяцев (на 14 день менструального цикла).

Матка 46×32×48мм, эндометрий 10мм. Левый яичник 29×16, $\sqrt{} = 3,7\text{см}^3$. В области правых придатков эконегативное образование 62×47мм, $\sqrt{} = 72\text{см}^3$, с четкими ровными контурами.

Вопросы:

5.Предварительный диагноз?

6.Какие еще нужно провести исследования и консультации?

7.Тактика дальнейшего лечения?

8.Прогноз в плане репродуктивной функции в будущем.

ЗАДАЧА №12.

Кириллова Ольга Владимировна 15 лет, учащаяся школы.

27.09.02г. поступила в стационар с жалобами на умеренные кровянистые выделения из половых путей в течение 1 месяца, слабость, желание спать.

Считает себя больной с 3,5 лет. По поводу подобных кровянистых лечилась 3 раза амбулаторно (аминокапроновая кислота, викасол) с положительным эффектом. Последнее кровотечение с 28.08.02г. В течение 2-х недель беспокоят мажущие выделения, которые затем усилились, появилась слабость. Менструация с 9,5 лет по 5-7 дней, через 21-27 дней, обильные, болезненные в течение 2-х первых дней, затем умеренные, до 05.01 – регулярные. С V – 01 наблюдалась периодически задержки до 2 месяцев. После задержки наступают длительные менструации.

Родилась II ребенком, вес – 3700г., рост – 54см. С 13 лет часто болела ОРЗ, ангина, корь.

Наследственность неотягощена.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Повышенного питания. Рост – 165см, вес – 103кг. ИМТ = 38 (> 30). Плечи/бедро > 0,8.

Гормональное число – норма.

Половая формула $\text{Ma}_4 \text{Ax}_3 \text{Pv}_3 \text{Me}_2 (11,1)$.

Стрии на бедрах, белесоватые.

Температура – 37,0; пульс – 78уд в мин., АД = 120/70мм рт ст.

Язык суховат, чистый. Кожные покровы бледные. Дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные. Стул в норме, мочеиспускание в норме. Virgo.

Per rectum: НПО развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Матка в anteversio flexio, нормальной величины, мягковатой консистенции, подвижная, безболезненная. Придатки не определяются. Выделения кровянистые, обильные.

В дополнение к анамнезу: состояла на «Д» учете у эндокринолога, невропатолога 3 раза.

Диагноз: транзиторный диенцифальный синдром.

Регулярно обследуется, получает лечение в амбулаторном порядке.

Диагноз: Транзиторный диенцифальный синдром. Ожирение II-III ст. ВСД по гипертоническому типу. Ювенальное кровотечение.

Вопросы:

1. Основные принципы лечения.

2. Консультации каких специалистов потребуется, дальнейшее обследование.

3. Прогноз репродуктивной функции в будущем.

ЗАДАЧА №13.

Сираева Венера 1986г.р.

Беременность у матери III, роды II, беременность протекала с острым бронхитом, дрожжевым кольпитом. Роды II срочные в переднем виде затылочного предлежания, весом 2400г., длина 49см. Оценка по Апгар 8-8-8. Диагноз педиатра: Новорожденный период. Пrenaтальная гипотрофия IIст. Менархе с 13 лет, регулярные, без болезненные через 26-28 дней, по 5 дней, умеренные. Ма₃ Ах₃ Р₃ Ме₃. Костного возраста нет. Из анамнеза: девочка с 2-х летнего возраста страдала: фолликулярным тонзиллитом; правосторонним отитом; ОРЗ, которые обострялись каждый год (страдает ОРЗ по 3-4 раз в году с 2 летнего возраста). В 1993г. в 7 лет – синехии малых половых губ – рассечение оперативным путем.

8.01.02г. обратилась с жалобами на длительные менструации в течение 21 дня, которые появились впервые.

Сделан анализ крови 8/ - Нв 98г/л, лейкоциты – 7-8; э-2; с\я-59;п-1;л-37;м-1;СОЭ-6мм/час. АД=90/60мм рт.ст.

Направлена на стационарное лечение гинекологическое отд. с диагнозом: ювенильное маточное кровотечение. Находилась на стационарном лечении с 9.01 по 8.02.

УЗИ от 9.01. Матка 44x26x41мм. Эндометрий 10мм. Правый яичник 33x25x26мм. Левый яичник 24x16x21мм. Оба яичника без особенностей.

ЭКГ Ритм синусовый. Нормальное положение ЭОС.

Биохимические анализы без особенностей.

Проведено лечение: окситоцин, вит. В₁, В₆, 5% глюкоза, викасол, метрогил, этамзилат натрия, СаСl₂ 10%, аскорутин, сорбифер, трихопол, дюфастон, микрогинон в дальнейшем по убывающей дозе, ампиокс 0,5 4 раза в день 7 дней, э/форез с новокаином на лимф. узлы. Эндоназальный э/форез с витамином С. Выписана с Нв 134 г/л.

Рекомендации: по окончании микрогинона с 16 по 25 день менструального цикла дюфастон по 1 таблетке 1 раза в день 2 месяца. Диета. Режим труда и отдыха. Освобождение от физкультуры на 3 месяца.

По данной истории болезни основными этиологическими факторами, способствующими возникновению ювенильного кровотечения, является хронические и острые инфекционные заболевания в детстве: острая фолликулярная ангина в 2 года, острый правосторонний гнойный отит в 2 года, ОРЗ, с обострениями до 2-3 раз в год до 16-летнего возраста. Это привело к появлению вторичных иммунологических нарушений, которые в дальнейшем способствуют развитию многих патологических процессов. Иммунный ответ характеризуется повышением активности антигенпрезентирующих клеток (моноцитов, макрофагов и др.). В результате этого возрастает продукция цитокинов (интерлейкинов), принимающих непосредственное участие в осуществлении иммунного ответа. Интерлейкины воздействуют на гипоталамус, изменяя его активность. Кроме того, интерлейкины являются мощными раздражителями гепатоцитов, которые способны продуцировать целый ряд факторов свертывания. Инактивация и выведение половых стероидов осуществляется преимущественно печенью. Нарушение белковообразовательной функции печени приводит к нарушениям гормонального гомеостаза, это в свою очередь приводит к нарушениям нормального ритма секреции гипоталамо-гипофизарных гомонов, что в свою очередь усугубляет нарушения гормонального гомеостаза в репродуктивной системе в целом и приводит к стойкой ановуляции. Следовательно, для данной девочки необходимо провести ряд дополнительных исследований с последующим лечением.

9.Иммунограмма.

10. ЭЭГ

11. Рентгенография черепа с прицельным боковым снимком турецкого седла

12. Исследование точек окостенения кистей рук (костный возраст)

13. Исследование половых и гонадотропных гормонов крови

14. Тесты функциональной диагностики (ректальная температура, кольпоцитология с подсчетом кариопикнотического и ацидофильного индексов)

15. Генетические исследования
 16. консультация эндокринолога, гематолога, невропатолога
- Комплексное обследование позволит провести надлежащую терапию

Контрольные вопросы:

1. Этиология и патогенез ювенильных кровотечений.
3. Методы обследования подростков с ювенильными кровотечениями.
4. Принципы лечения ювенильных кровотечений.
5. Неотложная помощь.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

417. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.
418. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
419. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
420. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
421. Гуркин, Ю. А. Детская и подростковая гинекология : рук. для врачей / Ю.А. Гуркин.- М.: МИА, 2009.- 692 с.
422. Коколина, В. Ф. Детская гинекология : рук. для врачей / В. Ф. Коколина. - : МИА, 2001. - 368 с.
423. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
424. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.
425. Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.

2. Дополнительная литература

246. Акушерство от десяти учителей : учеб. пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
247. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
248. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб. пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
249. Уварова Е.В. Детская и подростковая гинекология. – М., 2012.

Код 8.4. Тема. Расстройство менструальной функции в репродуктивном возрасте.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: Систематизировать знания курсантов по основным теоретическим вопросам патогенеза, клиники, диагностики, лечения маточных кровотечений с учетом возраста больной.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Курация больных с кровотечением	15
3.	Разбор клинических случаев и решение ситуационных задач. Доклады.	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Вопросы для подготовки.

1. Этиология, патогенез маточных кровотечений репродуктивного возраста.
2. Клинические формы маточных кровотечений репродуктивного возраста.
3. Диагностика и дифференциальная диагностика маточных кровотечений репродуктивного возраста и перименопаузального периода.
4. Медикаментозная терапия маточных кровотечений репродуктивного возраста.
5. Гормональная гемостатическая терапия.
6. Неотложная помощь при маточных кровотечениях репродуктивного возраста.
7. Показания к оперативному лечению.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, слайды, видеофильмы, истории болезни больных, находящихся в гинекологическом отделении.

Краткое изложение материала.

Маточные кровотечения репродуктивного возраста. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Медикаментозная симптоматическая терапия. Принципы гормонального лечения в зависимости от гистологической картины соскоба эндометрия. Патогенез, дифференциальная диагностика, лечение, показания к оперативному лечению. Неотложная помощь. Профилактика.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-иметь представление об этиологии, патогенезе, клинической картине и врачебной тактики при расстройствах менструальной функции в репродуктивном возрасте.

-знать особенности расстройств менструальной функции в репродуктивном возрасте, алгоритм диагностики маточных кровотечений; алгоритм обследования при маточных кровотечениях, вопросы реабилитации маточных кровотечений

-уметь диагностировать расстройства менструальной функции в репродуктивном возрасте, оказать неотложную помощь при маточных кровотечениях; оказать экстренную помощь при маточных кровотечениях; провести реабилитацию и профилактику данной патологии.

Контрольно-измерительные материалы:**Доклады:**

1. Этиология, патогенез маточных кровотечений репродуктивного возраста.

2. Особенности клинических форм маточных кровотечений репродуктивного возраста.
3. Диагностика и дифференциальная диагностика маточных кровотечений репродуктивного возраста и перименопаузального периода.
4. Терапия маточных кровотечений репродуктивного возраста.
5. Неотложная помощь при маточных кровотечениях репродуктивного возраста.
6. Показания для оперативного вмешательства при маточных кровотечениях репродуктивного возраста.

Тесты:

001. Особенности нормального менструального цикла являются

- а) овуляция
- б) образование желтого тела в яичке
- в) преобразование гестагенов во II фазе цикла
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

002. Женщины с ДМК составляют группу риска

- 1) по невынашиванию и перенашиванию беременности
- 2) по развитию плацентарной недостаточности и аномалиям родовых сил
- 3) по развитию опухолей гениталий
- 4) по развитию опухолей молочных желез
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) по всему перечисленному
- г) верно 4
- д) ни по чему из перечисленного

Ответ: в

003. Методы исследования, используемые обычно при ДМК

- 1) ТФД
- 2) гистероскопия
- 3) диагностическое выскабливание матки
- 4) лапароскопия
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

004. Принципы лечения ДМК у больных

- 1) применение лечебно-диагностического выскабливания матки в репродуктивном и климактерическом периодах жизни женщины
- 2) нормализация менструальной функции в детородном возрасте
- 3) прекращение менструальной функции в пременопаузе
- 4) применение витаминотерапии
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

Ответ: в

005. Женщины с дисфункциональным маточным кровотечением составляют группу риска

- 1) по невынашиванию и перенашиванию беременности

- 2) по развитию аномалий родовой деятельности
- 3) по развитию опухолей гениталий
- 4) по развитию опухолей молочных желез
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) по всему перечисленному
- г) верно 4
- д) ни по чему из перечисленного

Ответ: в

006. Для корригирующей терапии у больных с дисфункциональным маточным кровотечением климактерического периода применяют

- 1) метилгестостерон
- 2) норколут
- 3) тестостерон-пропионат
- 4) эстрадиол-дипропионат
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

Ответ: а

007. Противопоказаниями к назначению гестагенов с лечебной целью являются

- 1) нарушение функции печени
- 2) выраженное варикозное расширение вен нижних конечностей
- 3) угроза выкидыша при сроке беременности 4-5 недель
- 4) аменорея
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

Ответ: а

008. Показаниями к назначению эстрогенов с лечебной целью являются

- 1) миома матки
- 2) эндометриоз
- 3) рак матки
- 4) фиброзно-кистозная мастопатия
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

Ответ: д

009. У больных с дисфункциональным маточным кровотечением на фоне персистенции зрелого фолликула отмечаются, как правило, следующие клинические проявления

- 1) задержка менструации до 4-8 недель
- 2) обильное кровотечение после предшествующей задержки менструации
- 3) вторичная аменорея
- 4) схваткообразные боли внизу живота на фоне кровотечения
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные

- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

Ответ: а

010. Диагностические критерии дисфункционального маточного кровотечения на фоне недостаточности лютеиновой фазы менструального цикла

- 1) на графике базальной температуры отмечаются единичные подъемы до 37-37.1С во второй фазе цикла
 - 2) кровотечение типа меноррагии
 - 3) в соскобе эндометрия за 2-3 дня до менструации – картина «смешанного» эндометрия
 - 4) нет снижения базальной температуры при затянувшемся менструальном кровотечении
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) верно все перечисленное
 - г) верно 4
 - д) все перечисленное неверно

Ответ: а

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

- 426.Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.
- 427.Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
- 428.Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
- 429.Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
- 430.Гуркин, Ю. А. Детская и подрост-ковая гинекология : рук. для врачей / Ю.А. Гуркин.- М.: МИА, 2009.- 692 с.
- 431.Коколина, В. Ф. Детская гинекология : рук. для врачей / В. Ф. Коколина. - : МИА, 2001. - 368 с.
- 432.Руководство по амбулаторно-полик-линической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
- 433.Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.
- 434.Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.

2. Дополнительная литература

- 250.Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
- 251.Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
- 252.Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
- 253.Уварова Е.В. Детская и подростковая гинекология. – М., 2012.

Код 8.5. Тема. Нейроэндокринные гинекологические синдромы: транзиторный дизэнцефальный синдром.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: обучить слушателей знаниям по этиологии, клинике, диагностике и лечению нейроэндокринного юношеского синдрома.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
4.	Вступительное слово преподавателя.	5
5.	Выступление слушателей	15
6.	Разбор клинических случаев.	15
7.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Вопросы для подготовки:

1. Этиопатогенез транзиторного юношеского синдрома.
2. Клиника и клиническое течение.
3. Диагностика транзиторного юношеского синдрома.
4. Лечение, реабилитация . транзиторного юношеского синдрома.
5. Прогноз на будущее при транзиторном юношеском синдроме.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, overhead, транспарации, истории болезни, вопросы для разбора.

Краткое изложение материала.

Транзиторный дизэнцефальный синдром Определение понятия. Частота. Патогенез. Клиника. Диагностика. Прогноз. Методика ведения больных с транзиторно-дизэнцефальным синдромом. Проблемы лечения. Восстановление репродуктивной функции. Этот нейроэндокринный синдром, связан с возрастной перестройкой организма и характеризуется отклонениями в физиологической активности гипоталамуса, гипофиза и других эндокринных желёз. Транзиторный дизэнцефальный синдром встречается у каждой 20-й девушки. Заболевание встречается в возрасте от 11-18 лет. Начало его регистрируется через 1-3 года после менархе. Для того чтобы убедиться в наличии юношеского дизэнцефального синдрома, необходимо сопоставить три обстоятельства: начало патологии развивается синхронно с пубертатными превращениями, доказанная заинтересованность межучного мозга, имеется эндокринная дисрегуляция, проявляющаяся нарушениями гипоталамо- гипофизарно-надпочечниковой- яичниковой системы. В лекции рассматривается этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение, прогноз при данном состоянии.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-иметь представление об этиологии, патогенезе, клинической картине и врачебной тактики при транзиторном дизэнцефальном синдроме.

-знать алгоритм обследования при транзиторном юношеском дизэнцефальном синдроме; алгоритм диагностики различных нарушений при транзиторном юношеском дизэнцефальном синдроме.

-уметь корректировать нарушения при транзиторном юношеском дизэнцефальном синдроме; назначать терапию при транзиторном юношеском дизэнцефальном синдроме.

Контрольно-измерительные материалы:

1. Доклады:
2. Определение транзиторного юношеского дизэнцефального синдрома.

3. Этиопатогенез нейроэндокринного юношеского синдрома.
4. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика транзиторного юношеского диэнцефального синдрома .
5. Принципы лечения транзиторного юношеского диэнцефального синдрома.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

435. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
436. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
437. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
438. Гуркин, Ю. А. Детская и подростковая гинекология : рук. для врачей / Ю.А. Гуркин.- М.: МИА, 2009.- 692 с.
439. Коколина, В. Ф. Детская гинекология : рук. для врачей / В. Ф. Коколина. - : МИА, 2001. - 368 с.
440. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
441. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.
442. Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.

2. Дополнительная литература

254. Акушерство от десяти учителей : учеб. пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
255. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
256. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб. пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
257. Уварова Е.В. Детская и подростковая гинекология. – М., 2012.

Код 8.6. Тема. Нейроэндокринные гинекологические синдромы: гиперандрогения.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: обучить слушателей правильной диагностике, тактике ведения больных с гиперандрогенией надпочечникового генеза.

План практического занятия.

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
4.	Вступительное слово преподавателя.	5
5.	Выступление слушателей	15
6.	Разбор клинических случаев	15
7.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя	10

Вопросы для подготовки:

8. Классификация гиперандрогении.
9. Группы влияний андрогенов на организм девушки-подростка.
10. Гиперандрогения надпочечникового генеза.
11. Нарушение биосинтеза ферментов в надпочечнике на всех этапах выработки гормонов. Аденогенитальный синдром.
12. Простая вирильная форма – препубертатная.
13. Простая вирильная форма – пубертатная.
14. Диагностика, лечение, пробы, прогноз.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедиа, истории болезни, задачи для разбора на семинаре, вопросы для разбора на семинаре, флوماстеры, флип-карты.

Краткое изложение материала.

Девушки, как и взрослые женщины, могут оказаться под влиянием избыточного количества аденогенов или аденогеноподобных стероидов, исходящих из разных источников: надпочечников, эктопических очагов и смешанных, а также очагов экзогенного происхождения. Аденогенитальный синдром или врожденная дисфункция коры надпочечников – это понятие собирательное и включает группу заболеваний, появление которых обусловлено врожденной неполноценностью ферментных систем надпочечников, участвующих в биосинтезе кортикостероидов. В течении занятия изучается этиология и патогенез, клиника, дифференциальная диагностика и лечение аденогенитального синдрома.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-иметь представление об этиологии, патогенезе, клинической картине и врачебной тактики при гиперандрогении.

-знать алгоритм обследования при гиперандрогении; алгоритм диагностики различных видов гиперандрогении,

-уметь вести беременность при гиперандрогении, диагностировать и назначить лечение при гиперандрогении надпочечникового генеза; проводить реабилитацию и профилактику гиперандрогении.

Контрольно-измерительные материалы:

Доклады:

5. Клиника гиперандрогении
6. Диагностика гиперандрогении.
7. Принципы терапии гиперандрогении.

8. Особенности течения и ведения беременности при гиперандрогении.

Тесты:

001. В клубочковой зоне коры надпочечника образуется

- а) глюкокортикоиды
- б) альдостерон
- в) норадреналин
- г) андрогены
- д) все перечисленное

Ответ: б

002. Андрогены образуются

- а) в яичнике (интерстициальных клетках, стромах, внутренней теке)
- б) в сетчатой зоне коры надпочечников
- в) верно и то, и другое
- г) и то, и другое неверно

Ответ: в

003. В цепи биосинтеза стероидов первым биологически активным гормоном является

- а) андростендион
- б) эстрадиол
- в) эстриол
- г) тестостерон
- д) прогестерон

Ответ: д

004. В яичнике андрогены служат субстратом для образования

- а) прогестерона
- б) эстрогенов
- в) прогестерона и эстрогенов
- г) всего перечисленного
- д) ничего из перечисленного

Ответ: б

005. Дексаметазоновая проба

- 1) основана на тормозящем действии высоких концентраций глюкокортикоидов в крови на секрецию кортикотропина гипофизом
 - 2) применяется для исключения болезни Иценко-Кушинга
 - 3) применяется для диагностики гиперплазии коркового вещества надпочечников
 - 4) применяется для диагностики аденобластомы яичника
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) верно все перечисленное
 - г) верно 4
 - д) все перечисленное неверное

Ответ: в

006. Для гипопункции коры надпочечников характерно

- 1) повышение либидо
 - 2) гирсутизм
 - 3) гипертрихоз
 - 4) гипертония
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленное
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного

Ответ: д

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

443. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

444. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

445. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

446. Гуркин, Ю. А. Детская и подростковая гинекология : рук. для врачей / Ю.А. Гуркин.- М.: МИА, 2009.- 692 с.

447. Коколина, В. Ф. Детская гинекология : рук. для врачей / В. Ф. Коколина. - : МИА, 2001. - 368 с.

448. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

449. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.

450. Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.

2. Дополнительная литература

258. Акушерство от десяти учителей : учеб. пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004

259. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.

260. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб. пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

261. Уварова Е.В. Детская и подростковая гинекология. – М., 2012.

Код 8.7. Тема. Нейроэндокринные гинекологические синдромы. Климактерический синдром.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: ознакомить курсантов с расстройствами менструальной функции климактерического периода.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Разбор клинических случаев по историям болезни, амбулаторным картам. Ответы на тестовые вопросы.	30
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Вопросы для подготовки:

1. Классификация климактерических расстройств.
2. Этиология, патогенез расстройств менструальной функции климактерического периода.
3. Вопросы терапии расстройств менструальной функции климактерического периода.
4. Вопросы менопаузальной гормональной терапии.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, женская консультация, амбулаторные карты, истории болезни, тестовые вопросы.

Краткое изложение материала.

Климактерический синдром - это клинический симптомокомплекс, развивающийся в период угасания функции репродуктивной системы на фоне общей возрастной инволюции организма. Его наличие осложняет физиологическое течение периода угасания и характеризуется вазомоторными, эндокринно-обменными и нервнопсихическими нарушениями. Эти нарушения появляются в возрасте 45-50 лет, имеют различную интенсивность, и могут продолжать беспокоить женщину до 60 лет, а иногда дольше. Особенности КС обусловлены сочетанием с гипертонической болезнью, атеросклерозом и другими заболеваниями переходного возраста. Эпидемиология КС. Ранние клинические проявления. Особенности гормональной характеристики данного синдрома. Особенности нейроэндокринных изменений в период угасания репродуктивной функции. Клиника ранних проявлений. Клиника отдаленных проявлений. Лечение КС. Принципы введения больных с осложненным течением климактерического периода. Образ жизни женщины старшей возрастной группы, витаминотерапия, физиотерапия, седативная терапия. Гипотензивная терапия. Показания для лечения гормональными препаратами. Противопоказания применения эстрогенных препаратов в пере- и после менопаузе. Заместительная гормональная терапия. Остеопороз. Лечение и профилактика. Патология вульвы как отдаленные последствия возрастных изменений.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-иметь представление об этиологии, патогенезе, клинической картине и врачебной тактики при климактерическом синдроме.

-знать алгоритм обследования при климактерическом синдроме; алгоритм диагностики различных нарушений при климактерическом синдроме, особенности менопаузальной гормональной терапии при климактерическом синдроме, вопросы профилактики климактерического синдрома.

-уметь корректировать нарушения при климактерическом синдроме; оказать лечебную помощь при климактерических расстройствах; проводить реабилитацию и профилактику климактерических расстройств.

Контрольно-измерительные материалы:

Тесты:

001. Обмен эстрогенов протекает по схеме

- а) эстрадиол – эстрон – эстриол – нестероидные продукты
- б) эстрадиол – эстриол – эстрон – нестероидные гормоны
- в) эстрон – эстрадиол – эстриол – нестероидные продукты
- г) эстриол – эстрадиол – эстрон – нестероидные продукты
- д) все перечисленное неверное

Ответ: а

002. Механизм действия гормонов на клетку обусловлен наличием

- а) простагландинов
- б) рецепторов
- в) специфических ферментов
- г) всего перечисленного
- д) ничего из перечисленного

Ответ: б

003. При климактерическом синдроме у женщин в перименопаузе наблюдаются следующие клинические симптомы

- а) вегето-сосудистые
- б) психо-эмоциональные
- в) обменно-эндокринные
- г) все перечисленные
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

004. Действие больших доз экзогенных эстрогенов на яичник

- а) увеличивается выработка яичником эстрогенов
- б) увеличивается выработка яичников прогестерона
- в) происходит атрофия яичниковой ткани
- г) верно а) и б)
- д) все перечисленное неверно

Ответ: в

005. Главным эстрогенным гормоном в организме женщины в периоде постменопаузы является

- а) эстрадиол
- б) эстрон
- в) эстриол
- г) эстрадиол-дипропионат

Ответ: б

006. Для клинических проявлений типичной формы климактерического синдрома наиболее характерно

- 1) сухость слизистых
- 2) боли в области сердца
- 3) остеопороз
- 4) ларингит
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4

д) ничего из перечисленного

Ответ: а

007. Для атипичной формы климактерического синдрома характерно

- 1) симпато-адреналовые кризы
- 2) трансформированный предменструальный синдром
- 3) тяжелое течение бронхиальной астмы
- 4) тяжелое течение сахарного диабета

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

Ответ: в

008. У больных с климактерическим синдромом в постменопаузе наблюдается, как правило, повышение уровня

- 1) АКТГ
 - 2) кортизола
 - 3) ЛГ
 - 4) ФСГ
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) всего перечисленного
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного

Ответ: в

009. При лечении больных с климактерическим синдромом применяют

- 1) бальнеотерапию
 - 2) витамины А и Е
 - 3) шейно-лицевую гальванизацию
 - 4) парлодел
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленное
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного

Ответ: в

010. При лечении больных с климактерическим синдромом используют

- 1) эстрогены
 - 2) гестагены
 - 3) комбинированные эстроген-гестагенные препараты
 - 4) комбинацию эстрогенов с андрогенами
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленное
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного

Ответ: в

011. При остеопорозе у больных с климактерическим синдромом рекомендуется применять

- 1) чистые эстрогены
- 2) комбинацию эстрогенов с андрогенами
- 3) гестагены

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

Ответ: б

012. Содержание некоторых гормонов яичника и аденогипофиза при физиологическом течении климактерического периода

- 1) ФСГ повышается, ЛГ без изменений
2) ФСГ повышается, ЛГ повышается
3) эстрадиол снижается, АКТГ без изменений
4) эстрадиол снижается, АКТГ снижается
а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) верно все перечисленное
г) верно 4
д) все перечисленное неверно

Ответ: а

013. Действие эстрогенов на организм

- 1) усиливается выработка антител
2) снижается содержание холестерина
3) увеличивается концентрация железа и меди
4) ускоряется синтез высших жирowych кислот
а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) верное все перечисленное
г) верно 4
д) все перечисленное неверно

Ответ: в

014. Вегето-сосудистые симптомы при климактерическом синдроме

- 1) сердцебиение
2) потливость
3) чувство онемения в конечностях
4) быстрая утомляемость
а) верно 1, 2, 3
б) верно 1, 2
в) все перечисленные
г) верно 4
д) ничего из перечисленного

Ответ: а

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

451. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

452. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

453. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

454.Руководство по амбулаторно-полик-линической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

455.Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.

456.Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.

2. Дополнительная литература

262.Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004

263.Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.

264.Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

Код 9.1. Тема «Септические заболевания в акушерстве»**Цикл:** ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».**Контингент обучающихся:** заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций**Цель.** Унифицировать знания по проблеме лечения послеродовых септических заболеваний**План практического занятия.**

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	10
2.	Выступления слушателей	40
3.	Разбор клинических случаев.	30
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Вопросы, решаемые в процессе занятия:

8. Исторический экскурс проблемы.
9. Изменение этиологии послеродовых инфекционных заболеваний в современном акушерстве.
10. Классификация.
11. Клиника, диагностика, причины проникновения, лечение и профилактика инфекционных осложнений первого этапа.
12. Послеродовый эндометрит (группы риска, причины, клиника, диагностика, лечение).
13. Акушерский перитонит (этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение).
14. Бактериальный шок (стадии бактериального шока, клиника, акушерская тактика и организация неотложных мероприятий, принципы антибактериальной терапии, объем оперативных вмешательств. Инфузионно-трансфузионная терапия.
15. Инфекционные осложнения после операции кесарева сечения.
16. Эндометрит после кесарева сечения.
17. Перитонит после кесарева сечения.
18. Несостоятельность швов на матке.
19. Нагноение послеоперационной раны.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедиа, истории болезни для разбора, решение задач.**Краткое изложение материала.**

Частота послеродовых инфекционных заболеваний варьирует от 2 до 10%. Это связано с отсутствием единых критериев диагностики. По данным многих отечественных акушеров, она достигает 30%. Отмечают учащение генерализованных форм заболеваний. От септических акушерских осложнений во всем мире ежегодно гибнет около 150 тысяч женщин. Септические осложнения в послеродовом периоде как причина материнской смертности продолжают удерживать печальное лидерство, занимая 1-2-е место и доля его с акушерскими кровотечениями. Несколько чаще инфекционные осложнения развиваются после операции кесарева сечения. Значительное влияние на частоту послеродовых инфекционных осложнений оказывает уровень социально-экономического развития региона и организация медицинской помощи.

Эндомиометрит. Эпидемиология. Классификация. Этиология. Патогенез. Синдром системной воспалительной реакции. Клиническая картина. Диагностика. Анамнез. Факторы риска послеродового эндомиометрита. Физикальное исследование.

Лабораторные исследования. Инструментальные исследования. Скрининг. Дифференциальная диагностика. Лечение. Цели лечения. Показания к госпитализации. Немедикаментозное лечение. Медикаментозное лечение. Рекомендуемые схемы антибактериальной терапии. Комплекс лечебных мероприятий Хирургическое лечение. Оценка эффективности лечения. Профилактика. Прогноз.

Перитонит. Определение. Эпидемиология. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Анамнез. Физикальное исследование. Клинические признаки воспаления брюшины. Признаки синдрома системной воспалительной реакции. Признаки ПОН. Лабораторные исследования. Инструментальные исследования. Скрининг. Дифференциальная диагностика. Лечение. Цели лечения. Показания к госпитализации. Немедикаментозное лечение. Медикаментозное лечение. Рациональная антибактериальная терапия в госпитальных условиях. Хирургическое лечение. Оценка эффективности лечения. Профилактика. Прогноз.

Сепсис. Определение. Эпидемиология. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Анамнез. Физикальное исследование. При наличии всех четырёх признаков синдрома системной воспалительной реакции нужно ставить диагноз сепсиса. Лабораторные исследования. Инструментальные исследования. Скрининг. Дифференциальная диагностика. Лечение. Цели лечения. Показания к госпитализации. Немедикаментозное лечение. Медикаментозное лечение. Рациональная антибактериальная терапия в госпитальных условиях. Иммуноterapia. Хирургическое лечение. Оценка эффективности лечения. Профилактика. Прогноз.

Мастит. Определение. Эпидемиология. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Критерии диагноза. Анамнез. Физикальное исследование. Инструментальные исследования. Скрининг. Лечение. Цели лечения. Немедикаментозное лечение. Медикаментозное лечение. Хирургическое лечение. Оценка эффективности лечения. Профилактика. Прогноз.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-иметь представление о патогенезе, клинике, диагностике, лечению септических заболеваний в акушерстве.

-знать патогенез, клинику, диагностику, особенности лечения септических заболеваний в акушерстве.

-уметь назначать лечение при септических заболеваниях в акушерстве, заполнять медицинскую документацию.

Контрольно-измерительные материалы

Тесты

001. Диагностические критерии подострого эндометрита после родов

- а) температура тела родильницы 38°C и выше
- б) тахикардия до 100 ударов в минуту
- в) лохи с примесью крови на 5-е сутки после родов
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: в

002. В полость матки инфекция чаще всего проникает через цервикальный канал

- а) с помощью трихомонад
- б) с помощью сперматозоидов
- в) благодаря пассивному транспорту в результате отрицательного внутрибрюшного давления, возникающего при движении диафрагмы
- г) всеми перечисленными способами
- д) ни одним из перечисленных способов

Ответ: г

003. Тяжесть клинических проявлений послеродового эндометрита зависит

- а) от степени микробной обсемененности матки
- б) от реактивности организма
- в) от вирулентности бактериальной флоры
- г) верно б) и в)
- д) от всего перечисленного

Ответ: д

004. Акушерский перитонит чаще всего возникает после

- а) родов
- б) раннего самопроизвольного выкидыша
- в) кесарева сечения
- г) искусственного аборта
- д) позднего самопроизвольного выкидыша

Ответ: в

005. Факторы риска развития послеродовой септической инфекции заключаются в наличии у роженицы

- а) урогенитальной инфекции
- б) сахарного диабета
- в) невосполненной кровопотери
- г) верно а) и б)
- д) всего перечисленного

Ответ: д

006. Ко второму этапу послеродовой септической инфекции (по классификации Сазонова-Бартельса) относится все перечисленное, кроме

- а) параметрита
- б) метротромбофлебита
- в) пельвиоперитонита
- г) общего перитонита
- д) сальпингоофорита

Ответ: г

Контрольные вопросы

1. Послеродовый эндометрит (группы риска, причины, клиника, диагностика, лечение).
2. Акушерский перитонит (этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение).
3. Бактериальный шок (стадии бактериального шока, клиника, акушерская тактика и организация неотложных мероприятий, принципы антибактериальной терапии, объем оперативных вмешательств. Инфузионно-трансфузионная терапия.
4. Инфекционные осложнения после операции кесарева сечения.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

457. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
458. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
459. Ищенко, А. И. Новые технологии и малоинвазивная хирургия в гинекологии / А. И. Ищенко. – М. : Изд-кий дом ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 136 с.

460. Кулаков, В. И. Руководство по оперативной гинекологии / В. И. Кулаков, Н. Д. Селезнева, С. Е. Белоглазова. - : МИА, 2006. - 640 с.
461. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
462. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.
463. Херт, Г. Оперативная урогинекология : Рук. для врачей: Пер. с англ / Г. Херт ; Под ред.: Н. А. Лопаткина, О. И. Аполихина. - : Изд. дом ГЭОТАР-МЕД, 2003. - 276 с.
464. Хирш, Х. А. Оперативная гинекология : атлас / Х. А. Хирш, О. Кезер, Ф. А. Икле; гл. ред. В. И. Кулаков, отв. ред. И. В. Федоров ; пер. с англ. - : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.
465. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.

2. Дополнительная литература

265. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
266. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб. пособие / под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
267. Эндоскопические методы диагностики и лечения в гинекологии : учеб. пособие / [сост. : Ф. К. Тетелютина, Е. П. Кузнецова, Л. И. Пименова и др.] ; ГОУ ВПО ИГМА. - Ижевск : [Б. и.], 2007. - 42 с.

Код 9.2. Тема «Воспалительные заболевания половых органов (неспецифические)»

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: Систематизировать знания по основным теоретическим вопросам патогенеза, клиники, диагностики, лечения неспецифических воспалительных заболеваний женских половых органов, тазовой клетчатки, брюшины (эндометрит, перитонит, tuboовариальные абсцессы). Дифференциальная диагностика с острой хирургической патологией.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (135 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	20
2.	Выступления слушателей	60
3.	Разбор клинических случаев.	30
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	25

Вопросы, решаемые в процессе занятия:

14. Актуальность, эпидемиология и факторы риска воспалительных заболеваний органов малого таза неспецифической этиологии.

15. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний органов малого таза.

16. Классификация.

17. Методы диагностики.

18. Врачебная тактика.

19. Диагностическая лапароскопия.

20. Дифференциальная диагностика с хирургической патологией.

21. Этиопатогенетическое лечение. Принципы антибактериальной терапии.

22. Симптоматическая терапия.

23. Оперативные методы лечения.

24. Реабилитация.

25. Прегравидарная подготовка.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедиа, истории болезни для разбора.

Краткое изложение материала.

Особенности воспалительных заболеваний женских половых органов на современном этапе, эпидемиология. Пути распространения инфекции, факторы, сопутствующие инфицированию и возникновению воспалительных заболеваний женских половых органов. Неспецифические воспалительные заболевания малого таза. Клиника. Диагностика. Лабораторные методы исследования – посевы на определение микрофлоры, ПЦР, ПИФ, определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам. Принципы лечения воспалительных заболеваний внутренних половых органов. Принципы антибактериальной терапии. Дифференциальная диагностика с хирургической патологией. Современные методы лечения. Лапароскопия. Лапаротомия. Реабилитация.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-иметь представление о патогенезе, клинике, диагностике, лечении неспецифических воспалительных заболеваний женских половых органов, тазовой клетчатки, брюшины (эндометрит, перитонит, tuboовариальные абсцессы).

-знать патогенез, клинику, диагностику, особенности лечения неспецифических воспалительных заболеваний женских половых органов, тазовой клетчатки, брюшины (эндометрит, перитонит, tuboовариальные абсцессы).

-уметь назначать лечение при неспецифических воспалительных заболеваниях женских половых органов, тазовой клетчатки, брюшины (эндометрит, перитонит, tuboовариальные абсцессы), заполнять медицинскую документацию.

Контрольно-измерительные материалы

Тесты

001. В настоящее время отмечаются следующие особенности микрофлоры при воспалительных заболеваниях женских половых органов

- а) преобладание ассоциаций микроорганизмов
- б) возрастание числа анаэробов и вирусов
- в) наличие хламидий и микоплазм
- г) верно б) и в)
- д) верно все перечисленное

Ответ: д

002. Этиопатогенетический подход в диагностике воспалительных заболеваний женских половых органов заключается в определении

- а) возможного начала воспалительного процесса
- б) возбудителя заболевания
- в) функционального состояния яичников
- г) верно а) и б)
- д) всего перечисленного

Ответ: д

003. При обострении хронического сальпингоофорита отмечается

- а) боли внизу живота и в области поясницы
- б) болезненность при пальпации позадишеечного нервного сплетения
- в) болезненность при пальпации передней брюшной стенки в области точки, расположенной на середине между лоном и пупком
- г) верно а) и б)
- д) все перечисленное

Ответ: г

004. Больным с кистой бартолиновой железы следует рекомендовать

- а) УФО
- б) лечение только в стадию обострения воспалительного процесса
- в) оперативное лечение – вылушивание кисты бартолиновой железы – в стадию ремиссии
- г) верно а) и б)
- д) все перечисленное

Ответ: в

005. К особенностям течения воспалительных заболеваний женских половых органов неспецифической этиологии относится все перечисленное, кроме

- а) увеличения числа больных в возрасте до 18 лет и старше 55 лет
- б) возрастания числа tuboовариальных образований
- в) отсутствия у большинства больных четка выраженной клинической картины заболевания
- г) значительно более частого выявления параметрита
- д) склонности воспалительных заболеваний к длительному хроническому течению с частыми обострениями

Ответ: г

006. Особенности половой функции у больных с хроническим сальпингоофоритом

- а) снижение или отсутствие либидо
- б) болевые ощущения при половом акте
- в) отвращение к половому акту
- г) верно а) и б)
- д) все перечисленные особенности

Ответ: д

007. Фаза экссудации, связанная с повышением проницаемости стенок капилляров в очаге воспаления, характерна для стадий воспаления

- а) острой
- б) подострой
- в) обострения хронического процесса (один из вариантов)
- г) верно а) и б)
- д) всех перечисленных

Ответ: д

Задачи

1. Больная 28 лет обратилась с жалобами на резкие боли в низу живота , озноб , тошноту , слабость , повышение температуры до 37,7 С . Заболела 2 дня назад после переохлаждения. Из анамнеза : у женщины было 2 родов , 3 искусственных аборта. Последний аборт осложнился воспалительным процессом . Больная в течение 4 лет страдает хроническим сальпингоофоритом с частыми обострениями , по поводу которых лечилась в стационаре. Менструации с 14 лет по 3-4 дня через 28-30 дней , умеренные , безболезненные . В течение последних 3 лет менструации стали затягиваться до 5-6 дней . Последняя менструация была 10 дней назад , пришла на 4 дня позже, продолжалась 5 дней . Контрацепция - презерватив. **При осмотре** общее состояние удовлетворительное , пульс 88/мин., АД-120X80 мм.рт.ст, температура тела 37,7 С . Язык влажный , слегка обложен беловатым налётом . Живот не вздут , участвует в акте дыхания , при пальпации болезненный в нижних отделах , симптомов раздражения брюшины нет . Симптом Пастернацкого отрицательный, мочеиспускание безболезненное . **При гинекологическом обследовании** : шейка матки цилиндрической формы , чистая , наружный зев закрыт , выделения обильные , желтоватые . Смещение шейки матки резко болезненно , тело матки нормальных размеров, ограничено подвижно , чувствительно при пальпации . Правые придатки при пальпации тяжистые . Слева и несколько кзади пальпируется образование , ограничено подвижно, резко болезненно , плотной консистенции , с участками размягчения размером 4х9 см ., влагалищные своды упрощены. **Ваш диагноз? Тактика ведения.**

2. Больная Н., 23 лет поступила в ЦРБ 16 декабря с жалобами на схваткообразные боли в правой подвздошной области, усиливающиеся при ходьбе, незначительную тошноту, сухость во рту. Больной себя считает в течение 2 суток. Из анамнеза: перенесенные заболевания ОРЗ, грипп; венерические заболевания, болезнь Боткина отрицает; гинекологические заболевания отрицает. Менструации с 13 лет, по 5-6 дней, через 28 дней, умеренные, регулярные, безболезненные. Последняя менструация 2 августа. Не замужем. Половая жизнь с 16 лет. Беременностей две, первая закончилась мед абортom, вторая - настоящая. **Объективно:** общее состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы чисты, физиологической окраски. Язык чистый, суховат. АД 120/80 мм рт ст Ps 90 в мин, удовлетворительных качеств. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации болезненность в правой подвздошной области, аппендикулярные симптомы положительные. Матка на 2 поперечных пальца ниже пупка, в нормотонусе. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. **Влагалищное исследование:** Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Уретра и бартолиниевы железы без

особенностей. Влагалище нерожавшей. Шейка матки чистая, конической формы. Матка увеличена до 17-18 недель беременности. Матка в нормотонусе, безболезненна. Левые придатки без особенностей. Область правых придатков резко болезненна при пальпации. Выделения слизистые, умеренные. **Лабораторные данные:** лейкоцитоз $11,2 \cdot 10^9/\text{л}$. **Ваш диагноз? Тактика ведения.**

3. Больная С., 34 лет, поступила в гинекологическое отделение 26.01.03 в 20.00 экстренно, доставлено СМП. **Жалобы** на резкие боли внизу живота, слабость, головокружение, тошноту. Рвоты не было. Ноющие боли внизу живота появились после обеда, час назад резко усилились. Стула сегодня не было. Мочеиспускание без особенностей. **Анамнез:** Менструации с 13 лет, установились сразу, по 4-5 дней, болезненные (боли появляются за 2-3 дня до менструации) через 28-30 дней, умеренные. Последняя менструация с 1 декабря по 6 декабря. Половая жизнь с 19 лет, в браке. Беременностей было 3, роды 1, физиологические, 2 мед аборта без осложнений. Контрацептивными средствами не пользуется так как в последние 5 лет не беременеет. **Гинекологические заболевания:** эрозия шейки матки (сделана электрокоагуляция), воспаление придатков матки с частыми обострениями. Лечение амбулаторно, стационарное в течение последних 4 лет. Венерические заболевания отрицает. Перенесенные заболевания: ангина, грипп, ОРЗ. Наследственность неотягощена. **Объективные данные:** кожные покровы чистые, бледные. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 90/60 мм рт.ст. ЧС 90 в мин. Язык влажный, чистый. Живот при пальпации мягкий, резкая болезненность внизу живота. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный. Симптомы раздражения брюшины слабо положительные внизу живота. **Гинекологический статус:** наружные половые органы развиты правильно. Уретра и бартолиниевы железы без особенностей. Влагалище рожавшей. Шейка цилиндрической формы, чистая. Выделения молочного цвета. Матка несколько больше нормы, плотновата, ограничено подвижна, резко болезненна. Левый сод резко болезненный, определяется образование справа придатки не определяются. Во время осмотра у больной полуобморочное состояние. Температура тела $36,8^\circ\text{C}$. Анализ крови: эритроциты $3,8 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Hb 110 г/л, L $9,5 \cdot 10^9/\text{л}$. С диагностической целью сделана пункция брюшной полости через задний свод влагалища (в/в введен 2% 1,0 промедола) получено около 2 мл жидкости шоколадного цвета. Предполагаемый диагноз: разрыв кисты. Операция: в малом тазу выражен спаечный процесс. Матка несколько больше нормы. Слева в спайках Китса яичника, размеры 8*8 см, толстостенная, спавшаяся с отверстием около 1 см в диаметре откуда выделяется шоколадного цвета содержимое. Справа придатки в спайках, не увеличены. Слева придатки удалены (нет здоровой яичниковой ткани) справа- рассечены спайки. Туалет брюшной полости. **Ваш диагноз? Тактика ведения.**

Контрольные вопросы

1. Какие причины обуславливают большую распространенность ВЗОМТ?
2. Факторы риска ВЗОМТ.
3. Клиника, диагностика и лечение пельвиоперитонита.
4. Неотложная помощь при остром воспалении придатков матки и тазовой брюшины. Показания к хирургическому лечению. Лечение серозных и гнойных образований придатков матки.
5. Лечение больных с хроническими воспалениями придатков матки.
6. Дифференциальная диагностика воспаления придатков матки с внематочной беременностью, аппендицитом, апоплексией яичника.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

466. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
467. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
468. Ищенко, А. И. Новые технологии и малоинвазивная хирургия в гинекологии / А. И. Ищенко. – М. : Изд-кий дом ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 136 с.
469. Кулаков, В. И. Руководство по оперативной гинекологии / В. И. Кулаков, Н. Д. Селезнева, С. Е. Белоглазова. - : МИА, 2006. - 640 с.
470. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
471. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.
472. Херт, Г. Оперативная урогинекология : Рук. для врачей: Пер. с англ / Г. Херт ; Под ред.: Н. А. Лопаткина, О. И. Аполихина. - : Изд. дом ГЭОТАР-МЕД, 2003. - 276 с.
473. Хирш, Х. А. Оперативная гинекология : атлас / Х. А. Хирш, О. Кезер, Ф. А. Икле; гл. ред. В. И. Кулаков, отв. ред. И. В. Федоров ; пер. с англ. - : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.
474. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.

2. Дополнительная литература

268. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
269. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб. пособие / под ред. В. Е. Радзинского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
270. Эндоскопические методы диагностики и лечения в гинекологии : учеб. пособие / [сост. : Ф. К. Тетелютина, Е. П. Кузнецова, Л. И. Пименова и др.] ; ГОУ ВПО ИГМА. - Ижевск : [Б. и.], 2007. - 42 с.

Код 9.3. Тема «Септические воспалительные заболевания в гинекологии».**Цикл:** ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».**Контингент обучающихся:** заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций**Цель:** Унифицировать знания курсантов по проблеме лечения септических заболеваний в гинекологии**План практического занятия**

Этапы занятия		Продолжительность (135 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Выступления слушателей	65
3.	Разбор клинических случаев.	50
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Вопросы, решаемые в процессе занятия:

1. Этиология и патогенез перитонита после гинекологических операций.
2. Классификация перитонита.
3. Клиническая картина перитонита.
4. Лечение перитонита.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, overhead, транспарации, истории болезни для разбора.**Краткое изложение материала.**

В большинстве случаев источником заболеваний в акушерско-гинекологической практике является матка. Сгустки крови, децидуальной ткани в ее полости служат прекрасной питательной средой для роста микроорганизмов. Кроме этого, матка имеет большую поверхность для резорбции бактериальных и тканевых токсинов, а особенности ее кровообращения способствуют поступлению бактериальной флоры и токсинов в кровь. Сопровождающие беременность иммунодефицит, аллергизация, изменения гормонального гомеостаза приводят к развитию перитонита. Основное значение в патогенезе заболевания принадлежит интоксикации, обусловленной нарушением метаболических процессов в тканях, что нарушает функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем. В дальнейшем развиваются гиповолемия, депонирование и секвестрация крови в сосудах брюшной и грудной полостей, паралич (парез) кишечника. Скопление в петлях кишечника жидкости и газов приводит к его перерастяжению, нарушению микроциркуляции, ишемии кишечной стенки, что изменяет ее проницаемость для микроорганизмов и токсинов.

Чаще при перитоните обнаруживают смешанную флору. Однако большое значение имеют кишечная палочка, стафилококк, сннежнойная палочка и протеи. В последнее время возросла роль анаэробных неспорообразующих бактерий, относящихся к группе эндогенных условно-патогенных микроорганизмов, вегетирующих преимущественно на слизистых оболочках и обладающих полирезистентностью к антибиотикам и другим антибактериальным препаратам.

Токсины, всасываясь в кровь, вызывают глубокие изменения в организме. В результате появляется циркуляторная гипоксия, которая сопровождается нарушением окислительно-восстановительных процессов, преобладанием анаэробной фазы с накоплением недоокисленных продуктов обмена. Интоксикация способствует снижению обезвреживающей функции печени. Нередко печеночная недостаточность сочетается с почечной.

Катаболические процессы при перитоните и анаболические реакции, направленные на синтез необходимых белковых структур, сопровождаются большими затратами белка.

Снижение коллоидно-онкотического давления приводит к потере жидкости в сосудистом русле, увеличению вязкости крови и концентрации мочевины. В дальнейшем осмотическая гипотония во внеклеточном секторе сопровождается угнетением выделения антидиуретического гормона и уменьшением реабсорбции воды. Появляется тенденция к усиленному выведению калия, который из клеток перемещается непосредственно в зону патологического процесса. Калий высвобождается также в результате разрушения клеточных элементов. В экссудате брюшной полости отмечается повышение содержания калия, а в сосудистом русле дефицит его, что усиливает парез кишечника, вызывает брадикардию, аритмию, нарушение внутрисердечной проводимости и сократительной способности миокарда. При развитии почечной недостаточности в результате нарушения экскреции калия почками наблюдается гиперкалиемия.

Повышенная активность протеолитических ферментов, нарушения микроциркуляции приводят к внутрисосудистому свертыванию крови с развитием коагулопатии потребления.

Таким образом, тактика ведения больной зависит от формы перитонита, тяжести ее состояния, возникающих расстройств гемодинамики, водно-электролитного, белкового обменов, расстройств микроциркуляции, поражения внутренних органов. Только комплексная интенсивная терапия перитонита, направленная на различные механизмы его развития, может привести к благоприятному исходу. Ведущим при этом является удаление матки – источника перитонита.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-иметь представление о патогенезе, клинике, диагностике, лечению септических заболеваний в гинекологии.

-знать патогенез, клинику, диагностику, особенности лечения септических заболеваний в гинекологии.

-уметь назначать лечение при септических заболеваниях в гинекологии, заполнять медицинскую документацию.

Контрольно-измерительные материалы

Тесты

001. Этиопатогенетический подход в диагностике воспалительных заболеваний женских половых органов заключается в определении

- а) возможного начала воспалительного процесса
- б) возбудителя заболевания
- в) функционального состояния яичников
- г) верно а) и б)
- д) всего перечисленного

Ответ: д

002. К бактерицидным антибиотикам относятся все перечисленные, кроме

- а) ампициллина
- б) олеандомицина
- в) гентамицина
- г) цефопина
- д) кефзола

Ответ: б

003. К бактериостатическим антибиотикам относятся все перечисленные, кроме

- а) карбенициллина
- б) эритромицина
- в) морфоциклина
- г) левомицетина
- д) линкомицина

Ответ: а

004. Сочетание антибиотиков бактерицидных и бактериостатических (при проведении антибактериальной терапии у больной с лактационным маститом) дает эффект

- а) аддитивный
- б) антагонистический
- в) синергический

Ответ: б

005. Фаза экссудации, связанная с повышением проницаемости стенок капилляров в очаге воспаления, характерна для стадий воспаления

- а) острой
- б) подострой
- в) обострения хронического процесса (один из вариантов)
- г) верно а) и б)
- д) всех перечисленных

Ответ: д

Контрольные вопросы:

1. Перитонит в гинекологии.
2. Осложнения после операций в гинекологии.
3. Сепсис.
1. Этиология и патогенез перитонита. Классификация перитонита.
2. Клиническая картина перитонита. Лечение перитонита.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

475. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
476. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
477. Ищенко, А. И. Новые технологии и малоинвазивная хирургия в гинекологии / А. И. Ищенко. – М. : Изд-кий дом ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 136 с.
478. Кулаков, В. И. Руководство по оперативной гинекологии / В. И. Кулаков, Н. Д. Селезнева, С. Е. Белоглазова. - : МИА, 2006. - 640 с.
479. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
480. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.
481. Херт, Г. Оперативная урогинекология : Рук. для врачей: Пер. с англ / Г. Херт ; Под ред.: Н. А. Лопаткина, О. И. Аполихина. - : Изд. дом ГЭОТАР-МЕД, 2003. - 276 с.
482. Хирш, Х. А. Оперативная гинекология : атлас / Х. А. Хирш, О. Кезер, Ф. А. Икле; гл. ред. В. И. Кулаков, отв. ред. И. В. Федоров ; пер. с англ. - : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.
483. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.

2. Дополнительная литература

271. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
272. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб. пособие / под ред. В. Е. Радзинского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
273. Эндоскопические методы диагностики и лечения в гинекологии : учеб. пособие / [сост. : Ф. К. Тетелютина, Е. П. Кузнецова, Л. И. Пименова и др.] ; ГОУ ВПО ИГМА. - Ижевск : [Б. и.], 2007. - 42 с.

Код 9.4. Тема «Лактационные маститы».**Цикл:** ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».**Контингент обучающихся:** заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций**Цель:** ознакомиться с современными представлениями о диагностике и лечении лактационного мастита.**План практического занятия**

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	5
2.	Выступление слушателей.	15
3.	Разбор клинических случаев.	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Вопросы, решаемые в процессе занятия:

7. Анатомия и физиология молочных желез.
8. Определение. Диагностика заболеваний молочных желез.
9. Факторы риска лактационного мастита.
10. Возбудители лактационного мастита.
11. Профилактика и лечения лактационного мастита.
12. Осложнения лактационного мастита.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, истории болезни для разбора, вопросы тестового контроля, рентгенограммы.**Краткое изложение материала.**

Послеродовой период – один из самых сложных и ответственных моментов в жизни каждой женщины. Помимо усиленной психологической, эмоциональной и физической нагрузки молодая мама может столкнуться с очень неприятным и опасным осложнением в период лактации, таким как мастит. Лактационный мастит – одно из распространенных заболеваний, которому подвержены женщины при лактации и по ее прекращению, в обязательном порядке требует своевременного лечения. Характеризуется лактационный мастит воспалением молочной железы. В последние годы, по данным отечественных и зарубежных авторов, частота маститов колеблется в широких пределах - от 1% до 16%, составляя в среднем 3-5%. Среди кормящих женщин частота его не имеет тенденции к снижению.

Особенности строения и функционирования молочных желез. Понятие и определение лактостаза. Распространенность мастита, патогенез, классификация, факторы риска, возбудители, клиника в послеродовом периоде. Микробиологические исследования, УЗИ. Консервативное лечение, оперативное лечение. Реабилитация. Прогноз. Профилактика мастита в условиях женской консультации, родильного дома, детской поликлиники.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-иметь представление о понятии лактостаза, патогенезе, этиологии и клинике лактостаза, профилактических мероприятиях и лечении лактостаза; заболеваниях молочных желез, в частности о лактационных маститах: вопросах этиологии, патогенеза, клинике, особенностях лечебной тактики.

-знать о профилактических мероприятиях по предотвращению лактостаза, лечении лактационных маститов.

-уметь назначить лечение лактационного мастита, провести санитарно-просветительную работу среди беременных по предотвращению лактостаза.

Контрольно-измерительные материалы

Тесты

001. Условия, способствующие развитию лактационного мастита

- а) лактостаз
- б) трещины сосков
- в) снижение иммунологической защиты организма
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

002. К группе риска по развитию послеродового мастита относится

- а) мастит в анамнезе
- б) мастопатия
- в) наличие послеродового эндометрита
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

003. При послеродовом мастите чаще бывает поражение

- а) двустороннее
- б) у повторнородящих
- в) нижне-внутреннего квадранта
- г) всего перечисленного
- д) ничего из перечисленного

Ответ: д

004. Наиболее частый путь распространения инфекции при возникновении лактационного мастита

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

Ответ: а

005. Клиническими признаками серозного мастита после родов являются все перечисленные, кроме

- а) температуры тела 38-39°C
- б) болей в молочной железе на стороне поражения
- в) безболезненности участка уплотнения в молочной железе пальпации
- г) покраснения кожи над участком уплотнения в молочной железе
- д) увеличения молочной железы

Ответ: в

006. Специфическим возбудителем послеродового мастита является

- а) золотистый стафилококк
- б) гемолитический стрептококк
- в) кишечная палочка
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: д

007. Трудности в лечении больных с лактационным маститом, как правило, связаны

- а) с вторичным инфицированием операционных ран при гнойном мастите
- б) с проведением антибиотикотерапии без учета возможного анаэробного инфицирования

- в) с поздней диагностикой заболевания
- г) верно б) и в)
- д) со всем перечисленным

Ответ: д

008. Источником инфекции при послеродовом мастите является

- а) микробная флора зева и носа новорожденного
- б) очаг инфекции в организме родильницы
- в) грязные руки и белье родильницы
- г) верно б) и в)
- д) все перечисленное

Ответ: д

009. К клиническим формам гнойного лактационного мастита относится все перечисленное, кроме

- а) фурункулеза ареолы
- б) инфильтративного мастита
- в) абсцесса ареолы
- г) абсцесса в толще молочной железы
- д) ретромаммарного абсцесса

Ответ: б

010. Основные преобладающие клинические формы лактационного мастита в последнее время

- а) инфильтративно-гнойный
- б) абсцедирующий
- в) флегмозный
- г) верно а) и б)
- д) верно б) и в)

Ответ: г

011. Продолжительность стадии серозного лактационного мастита обычно составляет

- а) 1-2 дня
- б) 3-4 дня
- в) 5-6 дней
- г) 7-8 дней

Ответ: а

012. Длительность инфильтративной стадии лактационного мастита, как правило, зависит

- а) от особенностей возбудителя инфекции
- б) от состояния защитных сил организма
- в) от характера проводимой терапии
- г) верно а) и б)
- д) от всего перечисленного

Ответ: д

013. Диагностическими критериями развития гнойного лактационного мастита (после периода некоторого улучшения в клинической картине заболевания) являются все перечисленные, кроме

- а) гектического характера температурной кривой
- б) повторяющихся ознобов
- в) увеличения молочной железы в объеме
- г) отсутствия явлений интоксикации организма
- д) резкой болезненности молочной железы при пальпации

Ответ: г

014. При диффузной форме инфильтративно-гнойного лактационного мастита, как правило, отмечается

- а) пропитывание гноем ткани молочной железы (наподобие пчелиных сот)

- б) отсутствие явного абсцедирования в молочной железе
- в) наличие выраженного инфильтрата в ткани молочной железы
- г) верно б) и в)
- д) все перечисленное

Ответ: д

015. Наиболее тяжелой формой лактационного мастита является мастит

- а) флегмонозный
- б) гангренозный
- в) абсцедирующий
- г) инфильтративно-гнойный
- д) инфильтративный

Ответ: б

016. У большинства женщин лактационный мастит начинается после родов

- а) в конце 1-й недели
- б) в конце 2-й недели
- в) в начале 3-й недели
- г) на 3-4-й недели
- д) верно б) и в)

Ответ: д

017. В диагностике послеродового мастита, как правило, имеет значение

- а) характерные жалобы больной
- б) данные осмотра и пальпации молочных желез
- в) наличие предрасполагающих факторов к его развитию
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

018. Особенности терапии у больных с лактационным маститом

- а) санация входных ворот инфекции
- б) своевременное оперативное вмешательство при гнойной форме
- в) своевременная постановка вопроса о подавлении лактации
- г) верно а) и б)
- д) верно все перечисленное

Ответ: д

Контрольные вопросы

4. Причины возникновения лактационного мастита.
5. Профилактика лактационного мастита.
6. Лечение лактационного мастита.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

484. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

485. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

2. Дополнительная литература

274. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.

275. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб. пособие / под ред. В. Е. Радзинского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

Код 10.1. Тема «Профилактика развития опухолей репродуктивной системы».**Цикл:** ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».**Контингент обучающихся:** заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций**Цель:** ознакомиться с современными представлениями о диагностике и лечении лактационного мастита.**План практического занятия**

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Выступление слушателей.	35
3.	Разбор клинических случаев.	30
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	15

Вопросы, решаемые в процессе занятия:

9. Классификация фоновых и предраковых заболеваний женских половых органов
10. Основные стратегии профилактики
11. Образование населения, устранение факторов риска и барьерная контрацепция
12. Ранняя диагностика опухолей репродуктивной системы
13. Актуальные вопросы скрининга в РФ
14. Методы скрининга
15. Таргетные группы населения и структура скрининговых программ
16. Вакцины против папилломавируса – вакцины против цервикального рака: терапевтические и профилактические вакцины

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, истории болезни для разбора, вопросы тестового контроля.**Краткое изложение материала.**

В структуре онкологической заболеваемости женского населения в России наибольший удельный вес вносят злокачественные новообразования репродуктивной системы (более 35%), при этом частота выявляемости опухолей половых органов (тела матки — 66%, шейки матки — 5,3%, яичников — 5,1%) у женщин составляют 17% от всех злокачественных новообразований. В отечественной и зарубежной медицинской литературе практически отсутствуют данные, анализирующие коморбидность у пациенток со злокачественными новообразованиями репродуктивной системы.

Ученые Международного агентства по изучению рака (МАИР) считают, что тенденции роста онкологической заболеваемости связаны с изменением экологической ситуации и образа жизни. Окружающая среда и образ жизни женщины, с одной стороны, влияют на ее репродуктивную функцию, изменяя фертильность, а с другой стороны прогресс и рост новых репродуктивных технологий, вмешиваясь в этот процесс, может создавать новые факторы риска.

Для ранней диагностики дисплазии, преинвазивного и инвазивного рака существует программа скрининга — цитологическое обследование в сочетании с кольпоскопией и гинекологическим осмотром. Важно, чтобы известные факторы применялись повсеместно и квалифицированно. Что же касается факторов риска, то их совокупность определяет целесообразность более частых цитологических обследований (не реже 1 раза в год).

В последние годы, несмотря на значительные достижения медицины в области профилактики и диагностики злокачественных новообразований органов женской репродуктивной системы, а также наличие национальных скрининговых программ по профилактике и диагностике фоновых и предраковых заболеваний шейки матки и эндометрия, заболеваемость ими и смертность от последних продолжает расти.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-иметь представление о классификации фоновых и предраковых заболеваний женских половых органов, основных стратегиях профилактики, ранней диагностике опухолей репродуктивной системы, методах скрининга

-знать о профилактических мероприятиях по возникновению опухолей репродуктивной системы, скрининговых программах.

-уметь выделять Таргетные группы населения, назначать вакцины против папилломавируса – вакцины против цервикального рака: терапевтические и профилактические вакцины

Контрольно-измерительные материалы

Тесты

Контрольные вопросы

1. Современные методы диагностики фоновых заболеваний шейки матки.
2. Алгоритм обследования и лечения патологии шейки матки в зависимости от возраста.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

486.Бохман, Я. В. Руководство по онкогинекологии / Я. В. Бохман. - СПб : ООО Изд-во Фолиант, 2002. – 542 с.

487.Винокуров, В. Л. Рак яичников : закономерности метастазирования и выбор адекватного лечения больных / В. Л. Винокуров. - СПб : Фолиант, 2004. - 336 с.

488.Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

489.Гинекология : новейший справочник / авт. Н. А. Татарова и др.; под общ. ред. Л. А. Сулопарова. - : Эксмо, 2007. - 688 с.

490.Кулаков, В. И. Руководство по оперативной гинекологии / В. И. Кулаков, Н. Д. Селезнева, С. Е. Белоглазова. - : МИА, 2006. - 640 с.

491.Миома матки : (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения) / под ред. И. С. Сидоровой. –М.: МИА, 2003. - 256 с.

492.Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.

493.Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.

494.Хирш, Х. А. Оперативная гинекология : атлас / Х. А. Хирш, О. Кезер, Ф. А. Икле; гл. ред. В. И. Кулаков, отв. ред. И. В. Федоров ; пер. с англ. - : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.

495.Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.

2. Дополнительная литература

276.Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.

277.Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

Код 10.2. Тема «Доброкачественные и пограничные опухоли женских половых органов».

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: ознакомиться с современной классификацией, диагностикой и тактикой ведения больных с доброкачественными и пограничными опухолями женских половых органов.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (135 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	15
2.	Выступление слушателей.	75
3.	Разбор клинических случаев.	30
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	15

Вопросы, решаемые в процессе занятия:

10. Доброкачественные и пограничные опухоли наружных половых органов: фибромиома, липома, миксома, гемангиома, лимфангиома, папиллома, гидроаденома, лейкоплакия, крауроз, болезни Боуэна, Педжета.

11. Доброкачественные и пограничные опухоли влагалища: ретенционные образования (кисты), эритроплакия, лейкоплакия

12. Доброкачественные и пограничные опухоли шейки матки: эндоцервикоз, полип, папиллома, простые формы лейкоплакии, гормональная эктопия, травматический выворот, эрозия, дисплазия

13. Доброкачественные и пограничные опухоли тела матки: миома матки. Этиология, патогенез миомы матки. Клиника миомы матки. Диагностика миомы матки. Консервативное лечение миомы матки. Показания к хирургическому лечению. Сочетание миомы матки с эндометриозом. контрацепция при миоме матки. Профилактика миомы матки.

14. Доброкачественные и пограничные опухоли яичников. Классификация ООЯ. Современные методы диагностики ООЯ. Современные методы лечения ООЯ. Реабилитация больных с ООЯ.

15. Доброкачественные и пограничные опухоли маточных труб

16. Клиника доброкачественных и пограничных опухолей женской репродуктивной системы.

17. Диагностика доброкачественных и пограничных опухолей женской репродуктивной системы.

18. Врачебная тактика при доброкачественных и пограничных опухолях женской репродуктивной системы.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедиа.

Краткое изложение материала

Доброкачественные и пограничные опухоли наружных половых органов: фибромиома, липома, миксома, гемангиома, лимфангиома, папиллома, гидроаденома, лейкоплакия, крауроз, болезни Боуэна, Педжета.

Доброкачественные и пограничные опухоли влагалища: ретенционные образования (кисты), эритроплакия, лейкоплакия

Доброкачественные и пограничные опухоли шейки матки: эндоцервикоз, полип, папиллома, простые формы лейкоплакии, гормональная эктопия, травматический выворот, эрозия, дисплазия

Доброкачественные и пограничные опухоли тела матки: миома матки. Этиология, патогенез миомы матки. Клиника миомы матки. Диагностика миомы матки. Консервативное лечение миомы матки. Показания к хирургическому лечению. Сочетание миомы матки с эндометриозом. контрацепция при миоме матки. Профилактика миомы матки. Миома матки – доброкачественная опухоль из мышечных и соединительнотканых элементов. Миома матки относительно редко встречается у женщин 20-30 лет, риск заболевания возрастает после 35-40 лет. Уточнить вопросы патогенеза (в основе патогенеза лежат тканевая гипоксия и локальная гиперэстрогения). В морфогенезе миомы матки выделяют три последовательные стадии (образование активной зоны роста (зачатка) в миометрии с активированным клеточным метаболизмом, рост опухоли без признаков дифференцировки ее клеточных элементов, рост опухоли с дифференцировкой и созреванием гладкомышечных и соединительнотканых клеток). Классификация 1. По локализации миоматозных узлов. 2. По тканевому составу. 3. По количеству узлов. 4. По клиническим проявлениям. Основные направления лечебной тактики: - выявление и лечение сопутствующих гинекологических и экстрагенитальных заболеваний; - коррекция гормональных нарушений; - лечение анемии и метаболических расстройств; - рациональная надежная контрацепция; -торможение роста опухоли; - нейротропное воздействие. Выбор метода лечения зависит от формы заболевания, его осложнений, возраста пациентки, экстрагенитальной патологии. Необходим индивидуальный подход. Вопросы этиологии, патогенеза. Клиника. Диагностика (УЗИ, гистероскопия). Тактика лечения в возрастном аспекте (репродуктивный, перименопаузальный, постменопаузальный период). Основой консервативного лечения миомы матки являются гормональные средства. Гормональная терапия предусматривает коррекцию гормональных сдвигов и определяется чувствительностью органов-мишеней к функциональному состоянию рецепторной системы. Наряду с этими общими положениями следует помнить об индивидуальных особенностях организма, выявление которых при существующих методах обследования весьма затруднительно. Поэтому необходимо определить показания и противопоказания для гормональной терапии миомы матки. По мнению большинства авторов консервативному лечению подлежат миомы матки небольших размеров (до 8-10 недель беременности) у женщин репродуктивного и предменопаузального периодов при отсутствии показаний к оперативному лечению, а также противопоказаний к гормональной терапии по соматическому статусу. Показания к хирургическим методам лечения (миомэктомия, удаление матки и др.). Профилактика осложнений. Сочетание миомы матки с эндометриозом. Особенности клиники. Диагностика. Лечение. Контрацепция. Профилактика.

Доброкачественные и пограничные опухоли яичников. Классификация ООЯ. Современные методы диагностики ООЯ. Современные методы лечения ООЯ. Реабилитация больных с ООЯ. Диагностика и лечение больных женщин с ООЯ продолжают оставаться чрезвычайно актуальной в связи с высокой частотой данной патологии. Частота ООЯ у женщин репродуктивного возраста в структуре ОЯ составляет 58,9%. Причины возникновения ООЯ весьма многообразны. Дифференциальные диагностические методы исследования у женщин с ООЯ включают в себя: УЗИ, МРТ, определение онкомаркеров, лапароскопия. Компенсированное лечение больных с ООЯ требует от врача акушера-гинеколога знаний о патогенезе ООЯ и диагностического наблюдения ООЯ в процессе противовоспалительной терапии и назначения КОК. Хирургическое лечение ООЯ в настоящее время преимущественно лапароскопическое, которое является более экологически выгодным и операцией выбора у больных в репродуктивном возрасте. Реабилитация больных с ООЯ включает в себя: физиотерапевтическое воздействие (лазер, озон, магнитное поле), системной энзимотерапии, иммуномодулирующей. В зависимости от вида ООЯ - КОК прогестагены, агонисты, ГРГ и другие. Методы вспомогательных репродуктивных технологий.

Доброкачественные и пограничные опухоли маточных труб

Клиника доброкачественных и пограничных опухолей женской репродуктивной системы.

Диагностика доброкачественных и пограничных опухолей женской репродуктивной системы.

Врачебная тактика при доброкачественных и пограничных опухолях женской репродуктивной системы.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-иметь представление о классификации доброкачественных и пограничных опухолей женских половых органов, ранней диагностике опухолей репродуктивной системы, методах скрининга

-знать алгоритмы обследования пациенток для выявления опухолей репродуктивной системы,

-уметь диагностировать доброкачественные и пограничные опухоли женских половых органов, владеть основными вопросами диагностики, клиники и тактики ведения больных с доброкачественными и пограничными опухолями женских половых органов.

Контрольно-измерительные материалы

Тесты

1. Факторы и кофакторы риска рака шейки матки
 - A. ВПЧ
 - B. Раннее начало половой жизни
 - C. Наличие большого числа и частая смена половых партнеров
 - D. Наличие других ИППП
2. Влияние курения на риск развития рака шейки матки
 - A. Снижает риск развития рака шейки матки
 - B. Не влияет
 - C. Повышает риск развития рака шейки матки в 2 раза
 - D. Повышает риск развития рака шейки матки в 3 раза
3. Первичная профилактика рака шейки матки подразумевает:
 - A. Вакцинация
 - B. Снижение числа сексуальных партнеров
 - C. Барьерные методы контрацепции
 - D. Отказ от вредных привычек
4. Возраст начала скрининга согласно рекомендациям для проведения профилактических программ в России:
 - A. 18 лет
 - B. 21 год
 - C. 25 лет
 - D. 30 лет
5. Возраст, в котором нецелесообразно продолжать скрининг согласно рекомендациям для проведения профилактических программ в России:
 - A. 60 лет
 - B. 65 лет
 - C. 70 лет
 - D. 75 лет
6. Интервалы при проведении скрининга
 - A. Каждые 3-5 лет
 - B. Не реже 1 раза в 3 года
 - C. Каждые 3 года у женщин моложе 50 лет и каждые 5 лет у женщин в возрасте 50-65 лет

- D. Не рекомендуется в любом возрасте
7. Где выявляется ВПЧ?
- A. В биоптате эпителия
 - B. В соскобе эпителия
 - C. В крови
 - D. В нервных ганглиях
8. Назовите гены ВПЧ, обладающие непосредственным трансформирующим потенциалом?
- A. E1, E2
 - B. E4
 - C. E5, E6, E7
 - D. L1, L2
9. Назовите наиболее онкогенные типы ВПЧ
- A. 6,11,42,43,44
 - B. 31,33,35,51,52,58
 - C. 16,18
10. ВПЧ инфицирует клетки
- A. Базального слоя
 - B. Парабазального слоя
 - C. Промежуточного слоя
 - D. Поверхностного слоя
11. Клинически малозначимая вирусная нагрузка (ВПЧ)
- A. Вирусная нагрузка менее 1 lg на 10^5 клеток
 - B. Вирусная нагрузка менее 3 lg на 10^5 клеток
 - C. Вирусная нагрузка более 3 lg на 10^5 клеток
 - D. Вирусная нагрузка более 5 lg на 10^5 клеток
12. Повышенное количество вируса (ВПЧ)
- A. Вирусная нагрузка менее 1 lg на 10^5 клеток
 - B. Вирусная нагрузка менее 3 lg на 10^5 клеток
 - C. Вирусная нагрузка более 3 lg на 10^5 клеток
 - D. Вирусная нагрузка более 5 lg на 10^5 клеток
13. Какое снижение вирусной нагрузки является динамическим маркером транзитной инфекции
- A. Снижение вирусной нагрузки более чем на 1 lg за 1 мес
 - B. Снижение вирусной нагрузки более чем на 1 lg за 6 мес
 - C. Снижение вирусной нагрузки более чем на 1 lg за 1 год
 - D. Снижение вирусной нагрузки более чем на 3 lg за 1 мес
14. Чувствительность ВПЧ-тестирования
- A. 68-86%
 - B. 78-99%
 - C. 88-100%
 - D. 99-100%
15. Чувствительность цитологического исследования
- A. 68-86%
 - B. 78-99%
 - C. 88-100%
 - D. 99-100%
16. Чувствительность и прогностическая значимость отрицательного теста на ВПЧ в сочетании с отрицательным результатом цитологического теста приближается к:
- A. 70%
 - B. 80%
 - C. 90%

- D. 100%
17. Назовите клетки, наиболее специфичные для папилломавирусной инфекции
- A. Дискератоциты
 - B. Клетки промежуточного слоя
 - C. Клетки базального слоя
 - D. Койлоциты
18. Течение папилломавирусной инфекции имеет 3 периода
- A. Латентный
 - B. Субклинический
 - C. Клинический
 - D. Хронический
19. Дифференциальный диагноз экзофитных кондилом проводят с:
- A. Контагиозный моллюск
 - B. Широкие кондиломы
 - C. Псориатические бляшки
 - D. Аллергический дерматит
20. CIN I – это
- A. Слабая дисплазия с койлоцитозом, дискератозом или без них
 - B. Умеренная дисплазия с койлоцитозом, дискератозом или без них
 - C. Тяжелая дисплазия или карцинома *in situ* с койлоцитозом, дискератозом или без них
 - D. Карцинома *in situ*
21. CIN II – это
- A. Слабая дисплазия с койлоцитозом, дискератозом или без них
 - B. Умеренная дисплазия с койлоцитозом, дискератозом или без них
 - C. Тяжелая дисплазия или карцинома *in situ* с койлоцитозом, дискератозом или без них
 - D. Карцинома *in situ*
22. CIN III – это
- A. Слабая дисплазия с койлоцитозом, дискератозом или без них
 - B. Умеренная дисплазия с койлоцитозом, дискератозом или без них
 - C. Тяжелая дисплазия или карцинома *in situ* с койлоцитозом, дискератозом или без них
 - D. Карцинома *in situ*
23. Назовите редкие формы заболеваний гениталий, ассоциированных с ВПЧ
- A. Папуловидные кондиломы
 - B. Бовеноидный папулез
 - C. Болезнь Бовена
 - D. Веррукоз генерализованный Левандовского-Лутца
24. Гистологическая картина CIN I
- A. Атипичные клетки занимают до 1/3 толщины многослойного плоского эпителия, начиная от базальной мембраны
 - B. Атипичные клетки занимают нижние 2/3 толщины эпителия
 - C. Вся толщина эпителия представлена недифференцированными клетками с гиперхромными атипичными ядрами и полиморфизмом клеточных элементов
 - D. Атипичные клетки занимают до 1/3 толщины многослойного плоского эпителия, начиная от поверхностного слоя
25. Гистологическая картина CIN II
- A. Атипичные клетки занимают до 1/3 толщины многослойного плоского эпителия, начиная от базальной мембраны
 - B. Атипичные клетки занимают нижние 2/3 толщины эпителия

- С. Вся толщина эпителия представлена недифференцированными клетками с гиперхромными атипичными ядрами и полиморфизмом клеточных элементов
 - Д. Атипичные клетки занимают до 1/3 толщины многослойного плоского эпителия, начиная от поверхностного слоя
 - Е. Атипичные клетки занимают верхние 2/3 толщины эпителия
26. Гистологическая картина CIN III
- А. Атипичные клетки занимают до 1/3 толщины многослойного плоского эпителия, начиная от базальной мембраны
 - В. Атипичные клетки занимают нижние 2/3 толщины эпителия
 - С. Вся толщина эпителия представлена недифференцированными клетками с гиперхромными атипичными ядрами и полиморфизмом клеточных элементов
 - Д. Атипичные клетки занимают до 1/3 толщины многослойного плоского эпителия, начиная от поверхностного слоя
 - Е. Атипичные клетки занимают верхние 2/3 толщины эпителия
27. Назовите нормальные кольпоскопические картины
- А. Пунктация
 - В. Цилиндрический эпителий
 - С. Нормальная зона трансформации
 - Д. Ороговевшие железы
 - Е. Многослойный плоский эпителий
28. Назовите аномальные (атипические) кольпоскопические картины
- А. Ороговевшие железы
 - В. Атипические сосуды
 - С. Ацетобелый эпителий
 - Д. Пунктация
 - Е. Мозаика
29. Перечислите достоинства кольпоскопии.
- А. Неспецифичность метода
 - В. Выявление различных типов эпителия
 - С. Оценка размеров и качества патологических образований
 - Д. Оценка состояния сосудистого рисунка, качества шеечных желез
 - Е. Возможность прицельно произвести биопсию ткани с наиболее атипично измененных участков
30. Мазок для цитологического исследования с шейки матки не следует брать:
- А. Ранее 48 ч после полового контакта
 - В. Во время менструации
 - С. В период лечения от другой генитальной инфекции
 - Д. Ранее 48 после использования lubricants, раствора уксуса или Люголя, тампонов или спермицидов
 - Е. После вагинального исследования или спринцевания
31. Правила выполнения биопсии
- А. Биопсию следует осуществлять под контролем кольпоскопа из наиболее измененного места
 - В. Кусочек должен включать поверхностный эпителий и подлежащую строму, желательно захватить и визуальную нормальную ткань
 - С. Материал после биопсии должен быть удовлетворительного качества, без следов ожога
 - Д. Материал необходимо фиксировать в максимально короткие сроки после процедуры до его высыхания

32. Современные возможности лечения папилломавирусной инфекции гениталий у женщин включают
- А. Деструкцию экзофитных образований и атипически измененного эпителия
 - В. Цитотоксические препараты
 - С. Иммунокорригирующие средства
 - Д. Фотодинамическую терапию
 - Е. Препараты, действующие на репликацию, транскрипцию и трансформацию ДНК ВПЧ
33. Назовите деструктивные методы лечения
- А. Электротерапия
 - В. Криодеструкция
 - С. Лазеровапоризация
 - Д. Радиоволновый метод
 - Е. Химиокоагуляция
34. Назовите недостатки цитотоксических препаратов
- А. Поражают инфицированные клетки
 - В. Поражают здоровые клетки
 - С. Противопоказаны при беременности
 - Д. Имеют побочные реакции
35. Какие мероприятия необходимо провести при планировании беременности у женщин с ВПЧ-носительством
- А. Санация сопутствующей патологии воспалительного генеза
 - В. Коррекция микробиоценоза влагалища
 - С. Иммунотерапия, базирующаяся на результатах обследования
 - Д. Лечение других заболеваний женщины по показаниям
 - Е. Применение средств, влияющих на активность ВПЧ (витамины, адаптогены и др.)
36. Вакцина Гардасил против ВПЧ является
- А. Моновалентной
 - В. Бивалентной
 - С. Квадривалентной
37. Вакцина Гардасил предназначена для профилактики заболеваний, вызванных следующими типами ВПЧ:
- А. 6,11
 - В. 16,18
 - С. 31,35
 - Д. 42,43
38. Показания для назначения вакцины Гардасил
- А. Дети и подростки в возрасте от 9 до 17 лет
 - В. Девочки до начала половой жизни
 - С. Молодые женщины в возрасте от 18 до 26 лет
 - Д. Юноши и девушки в возрасте от 9 до 26 лет
39. Рекомендуемый курс вакцинации состоит из:
- А. 1 дозы
 - В. 2 доз и проводится по схеме (0-2 мес)
 - С. 3 доз и проводится по схеме (0-2-6 мес)
 - Д. 4 доз и проводится по схеме (0-2-4-6 мес)
40. Перспективы развития проблемы папилломавирусной инфекции
- А. Дальнейшее изучение, улучшение и внедрение в практику профилактических и терапевтических вакцин
 - В. Изучение роли молекулярных биомаркеров
 - С. Изобретение и внедрение в практику противовирусных препаратов

Д. Внедрение в практику жидкостной и компьютерной цитологии для повышения эффективности метода

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ И ЗАДАЧИ

Ответы на тестовые задания

1. - A,B,C,D	21 - B
2 - C	22 – C
3 – A,B,C,D	23 – B,C,D
4 – C	24 – A
5 - B	25 – B
6 - C	26 – C
7 – A,B	27 – B,C,E
8 – C	28 – A,B,C,D,E
9 - C	29 – B,C,D,E
10 - A	30 – A,B,C,D,E
11 - B	31 – A,B,C,D
12 – D	32 – A,B,C,D,E
13 – B	33 - A,B,C,D,E
14 - C	34 - B,C,D
15 - A	35 – A,B,C,D,E
16 - D	36 – C
17 – A,D	37 - A,B
18 – A,B,C	38 – A,C
19 – A, B,C,D	39 - C
20 - A	40 - A,B,C,D

Контрольные вопросы

15. Этиология, патогенез ООЯ
16. Современные методы диагностики ООЯ.
17. Современные методы лечения ООЯ.
18. Эмболизация маточных артерий. Современный метод лечения миомы матки.
19. ФУЗ – аблация под контролем МРТ. Показания, противопоказания, методика.
20. Подготовка беременных с миомой матки и эндометриозом к методам ВРТ.
21. Перечислить этиологические моменты возникновения миомы матки.
22. Факторы риска возникновения миомы матки.
23. Указать типичное расположение узлов миомы матки.
24. Перечислить клинические симптомы, характерные для миомы матки.
25. Какие нарушения менструального цикла наблюдаются при миоме матки
26. Укажите причины кровотечений при миоме матки
27. Какие осложнения возможны при миоме матки.
28. Отметьте противопоказания к консервативному лечению миомы матки.

Рекомендуемая литература

1. Основная литература

- 496.Бохман, Я. В. Руководство по онкогинекологии / Я. В. Бохман. - СПб : ООО Изд-во Фолиант, 2002. – 542 с.
- 497.Винокуров, В. Л. Рак яичников : закономерности метастазирования и выбор адекватного лечения больных / В. Л. Винокуров. - СПб : Фолиант, 2004. - 336 с.
- 498.Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
- 499.Гинекология : новейший справочник / авт. Н. А. Татарова и др.; под общ. ред. Л. А. Сулопарова. - : Эксмо, 2007. - 688 с.

- 500.Кулаков, В. И. Руководство по оперативной гинекологии / В. И. Кулаков, Н. Д. Селезнева, С. Е. Белоглазова. - : МИА, 2006. - 640 с.
- 501.Миома матки : (современные проб-лемы этиологии, патогенеза, диаг-ностики и лечения) / под ред. И. С. Сидоровой. –М.: МИА, 2003. - 256 с.
- 502.Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
- 503.Пролиферативные заболевания эндометрия / авт. кол. : Н. В. Артымук [и др.]. - Кемерово : [б. и.], 2010. - 142 с.
- 504.Тихомиров, А. Л. Миома матки / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - : МИА, 2006. - 176 с.
- 505.Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.
- 506.Хирш, Х. А. Оперативная гинекология : атлас / Х. А. Хирш, О. Кезер, Ф. А. Икле; гл. ред. В. И. Кулаков, отв. ред. И. В. Федоров ; пер. с англ. - : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.
- 507.Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.

2. Дополнительная литература

- 278.Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
- 279.Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

Код 10.3. Тема «Злокачественные опухоли женских половых органов»

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель. рассмотреть вопросы и освоить теорию возникновения злокачественных заболеваний женских половых органов, клинику, диагностику, лечение. Ознакомиться с ролью эндоскопии в онкогинекологии

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (135 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	5
2.	Тренинг по проведению оперативного лечения на матке	25
3.	Разбор клинических случаев.	40
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	20

Вопросы, решаемые в процессе занятия:

8. Классификация злокачественных опухолей женской репродуктивной системы.
9. Диагностика, клинические проявления:
 - 9.1. Рак наружных половых органов.
 - 9.2. Рак шейки матки.
 - 9.3. Рак тела матки.
 - 9.4. Саркома матки.
 - 9.5. Трофобластическая болезнь.
 - 9.6. Рак яичников.
10. Лечение.
11. Операции при злокачественных опухолях половых органов
12. Техника лапароскопических операций
13. Профилактика.
14. Прогноз.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, муляж «Зоя», истории болезни для разбора, видеофильм, набор инструментов.

Краткое изложение материала.

Актуальность злокачественных заболеваний женских половых органов. Этиология, патогенез, клиническая картина. Диагностика злокачественных заболеваний женских половых органов. Рак шейки матки. Рак матки. Рак яичников. Рак наружных половых органов. Лечение и профилактика злокачественных женских половых органов. Реабилитация онкологических больных. Диспансерное наблюдение. Тактика врача при экстремальных состояниях. Больные со злокачественными опухолями половых органов должны лечиться в специализированных онкологических стационарах. Однако нередко возникает ситуация, когда больную направляют в гинекологический стационар с диагнозом доброкачественного новообразования, а затем выявляется истинный характер опухоли. После операции больная должна быть переведена для проведения специфического лечения.

Этиология предрака шейки матки. Эпидемиология. Терминология и классификация. Диагностика. Лечение. Классификацию патологических состояний шейки матки. Патогистологические критерии ранних форм рака шейки матки. Клинико-анатомические варианты рака шейки матки в зависимости от преимущественного распространения. Современные подходы в ранней диагностике рака шейки матки. Принципы современной профилактики рака шейки матки. Профилактика. Вакцинация [вакцина против вируса папилломы человека (гардасил®)]. Скрининг. Классификация. По системе FIGO

(Международной федерации акушеров и гинекологов) и по системе TNM, в которой распространённость поражения регистрируют на основании клинического исследования, включающего все виды диагностики. Гистологические типы. Этиология и патогенез. ПВИ. Клиническая картина. Первые симптомы. Поздние симптомы. Общие симптомы. Диагностика. Анамнез. Физикальное исследование. Ранняя диагностика. Расширенная кольпоскопия. Проба Шиллера (обработка шейки матки 2–3% Люголя раствором с глицерином[©]). Лабораторные исследования. Аг — SCC. Инструментальные исследования. Биопсия шейки матки. Цели лечения. Хирургическое лечение. Комбинированное лечение. Химиолучевое лечение. Расширенная экстирпация матки и послеоперационная лучевая (химиолучевая) терапия. неоадьювантная химиотерапия в сочетании с расширенной экстирпацией матки. Дальнейшее ведение. Прогноз

Злокачественные заболевания вульвы. В структуре раковых опухолей женских половых органов первичный рак вульвы составляет 3-4%. Клиническая манифестация заболевания и его симптомы. Данные обследования. Диагностика. Обследования, проводимые перед началом лечения. Дренаж лимфатических узлов. Патогистология. карциномы — инвазивные плоскоклеточные карциномы. Типы плоскоклеточных карцином. Распространение. Стадии. Общие принципы лечения карцином. Прогноз. Рецидивы. Лечебная тактика при карциноме вульвы. Рак бартолиновой железы. Болезнь Педжета. Базально-клеточная карцинома. Меланома. Стадии меланомы. Лечебная тактика. Прогноз. Саркомы. Злокачественные заболевания влагалища. В структуре злокачественных заболеваний женских половых органов первичные раковые опухоли влагалища составляют всего лишь 1-2%. Клинические симптомы. Физикальное обследование. Диагностика. Исследования, проводимые перед началом лечения. Дренаж лимфатических узлов. Патогистология. Карциномы. Инвазивная плоскоклеточная карцинома. Светлоклеточная аденокарцинома. Другие типы карцином. Стадии. Общие принципы лечения карциномы влагалища. Рецидивы. Меланома. Опухоли в детском возрасте. Опухоли энтодермального синуса. Эмбриональная рабдомиосаркома.

Трофобластическая болезнь в современном представлении включает пузырный занос (простой, пролиферирующий, деструктивный, инвазивный) и хорионкарциному (хорионэпителиому). Частота трофобластической болезни составляет 0,1-0,25% от всех беременных, а отношение пузырного заноса к хорионэпителиоме 100/1. Более часто (в 3 раза) заболевание встречается у первобеременных женщин, в основном в возрасте до 30 лет, но наблюдается и в 40 лет и старше. В странах Азии трофобластическая болезнь отмечается в 4-5 раз чаще. Пузырный занос — заболевание хориона, характеризующееся резким увеличением ворсин, которые превращаются в гроздевидные образования комплекса пузырьков размерами от чечевицы до винограда, заполненных светлой прозрачной жидкостью и соединенных между собой стебельками разной длины и толщины. Хорионкарцинома — злокачественная опухоль, развивается из элементов трофобласта, синцития ворсин хориона и редко — из зародышевых клеток мужских и женских гонад (из смешанных опухолей эмбрионального происхождения — тератогенная хорионкарцинома). Может образоваться в отдаленных местах из ворсин трофобласта, диссеминированных по кровеносным сосудам. Эпидемиология. Факторы риска. Патогенез. Морфологическая классификация ВОЗ. Диагностика ТБ. Принципы и методы лечения ТБ. Показания к химиотерапии. Планирование лечения хорионкарциномы.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-иметь представление о классификации злокачественных опухолей женских половых органов, ранней диагностике опухолей репродуктивной системы, методах скрининга

-знать алгоритмы обследования пациенток для выявления опухолей репродуктивной системы,

-уметь диагностировать злокачественные опухоли женских половых органов, владеть основными вопросами диагностики, клиники и тактики ведения больных с злокачественными опухолями женских половых органов.

Контрольно-измерительные материалы

Контрольные вопросы:

1. Диагностика злокачественных новообразований наружных половых органов и влагалища.
2. Изменение наружных и внутренних половых органов в постменопаузе.
3. Методы диагностики злокачественных новообразований шейки матки.
4. Болезнь Педжета.
5. Опухоли в детском возрасте
6. Лечение пузырного заноса
7. Применение оральной контрацепции после перенесенной трофобластической болезни.
8. Факторы риска трофобластической болезни.
9. Лечение при саркомах матки
10. Лейомиосаркома

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

- 508.Бохман, Я. В. Руководство по онкогинекологии / Я. В. Бохман. - СПб : ООО Изд-во Фолиант, 2002. – 542 с.
- 509.Винокуров, В. Л. Рак яичников : закономерности метастазирования и выбор адекватного лечения больных / В. Л. Винокуров. - СПб : Фолиант, 2004. - 336 с.
- 510.Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
- 511.Гинекология : новейший справочник / авт. Н. А. Татарова и др.; под общ. ред. Л. А. Сулопарова. - : Эксмо, 2007. - 688 с.
- 512.Кулаков, В. И. Руководство по оперативной гинекологии / В. И. Кулаков, Н. Д. Селезнева, С. Е. Белоглазова. - : МИА, 2006. - 640 с.
- 513.Миома матки : (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения) / под ред. И. С. Сидоровой. –М.: МИА, 2003. - 256 с.
- 514.Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
- 515.Пролиферативные заболевания эндометрия / авт. кол. : Н. В. Артымук [и др.]. - Кемерово : [б. и.], 2010. - 142 с.
- 516.Тихомиров, А. Л. Миома матки / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - : МИА, 2006. - 176 с.
- 517.Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.
- 518.Хирш, Х. А. Оперативная гинекология : атлас / Х. А. Хирш, О. Кезер, Ф. А. Икле; гл. ред. В. И. Кулаков, отв. ред. И. В. Федоров ; пер. с англ. - : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.
- 519.Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.

2. Дополнительная литература

- 280.Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.

281. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

Код 10.4. Тема «Дисгормональные заболевания молочных желез»

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: ознакомиться с клиникой, диагностикой и лечением гиперпластических процессов молочной железы.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	10
2.	Выступление слушателей	40
3.	Разбор клинических случаев	30
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе занятия:

10. Факторы, определяющие частоту рака молочной железы.
11. Фоновые заболевания молочной железы и группы риска.
12. Клинические формы рака молочной железы.
13. Своевременное и раннее выявление рака молочной железы.
14. Лечение.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедиа, контрольные вопросы.

Краткое изложение материала.

Строение молочной железы. Онтогенез. Регуляция развития и функции молочной железы. Формы мастопатии. Фиброзно-кистозная мастопатия: диффузная и узловатая формы. Этиология и патогенез гиперпластических процессов молочной железы. Факторы риска. Дифференциальная диагностика гиперпластических процессов молочной железы. Принципы терапии.

Классификация и структура долек молочной железы, влияние беременностей и лактации. Эстрогены и клеточная пролиферация в молочной железе. Состояние молочных желез при гиперпластических процессах в репродуктивной системе. Этиология, патогенез, факторы риска рака молочной железы. Сигналы тревоги рака молочной железы. Рак молочной железы и КОКи. Современные принципы ведения больных с дисгормональными заболеваниями молочных желез и раком.

В результате проведенного занятия курсант должен:

- иметь представление** об этиологии, патогенезе и ранней диагностике дисгормональных заболеваний молочной железы;
- знать** алгоритмы обследования пациенток для выявления дисгормональных заболеваний молочной железы, методики раннего выявления рака молочной железы;
- уметь** выделять группы риска по развитию дисгормональных заболеваний молочной железы, владеть методикой обучения женщин пальпации молочных желез.

Контрольно-измерительные материалы**Контрольные вопросы:**

1. Фоновые заболевания молочной железы и группы риска.
2. Клинические формы рака молочной железы.
3. Своевременное и раннее выявление рака молочной железы.

4. Строение молочной железы.
5. Фиброзно-кистозная мастопатия: диффузная и узловая формы.
6. Состояние молочных желез при гиперпластических процессах в репродуктивной системе.
7. Этиология, патогенез, факторы риска рака молочной железы.
8. Сигналы тревоги рака молочной железы.
9. Рак молочной железы и КОК

Рекомендуемая литература

1. Основная литература

520. Бохман, Я. В. Руководство по онкогинекологии / Я. В. Бохман. - СПб : ООО Изд-во Фолиант, 2002. – 542 с.
521. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
522. Гинекология : новейший справочник / авт. Н. А. Татарова и др.; под общ. ред. Л. А. Сулопарова. - : Эксмо, 2007. - 688 с.
523. Кулаков, В. И. Руководство по оперативной гинекологии / В. И. Кулаков, Н. Д. Селезнева, С. Е. Белоглазова. - : МИА, 2006. - 640 с.
524. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
525. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.
526. Хирш, Х. А. Оперативная гинекология : атлас / Х. А. Хирш, О. Кезер, Ф. А. Икле; гл. ред. В. И. Кулаков, отв. ред. И. В. Федоров ; пер. с англ. - : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.
527. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.

2. Дополнительная литература

282. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
283. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

Код 11.1. Тема «Острый живот при кровотечении в брюшную полость»

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: ознакомиться с основными теоретическими вопросами патогенеза, клиники, диагностики и лечения при клинике острого живота при кровотечении в брюшную полость, дифференциальной диагностикой данных состояний с острой хирургической патологией.

План практического занятия.

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
4.	Вступительное слово преподавателя.	10
5.	Выступление слушателей.	50
6.	Разбор клинических случаев	20
7.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Вопросы, решаемые в процессе занятия:

4. Основные причины кровотечений в брюшную полость: внематочная беременность, апоплексия яичника.

5. Определение внематочной беременности. Этиология, патогенез. Классификация. Факторы риска. Патоморфогенез внематочной беременности. Редкие формы эктопической беременности. Диагностика. Ультразвуковые методы исследования. Биохимические исследования: β -ХГ; прогестерон, эстрадиол, релаксин. Плацентарный лактоген, протеин А, фактор ранней беременности, α -фетопротеин. Дифференциальная диагностика. Консервативные методы лечения. Диагностическая лапароскопия. Хирургическое лечение внематочной беременности. Реабилитация.

6. Понятие апоплексии яичника. Этиопатогенез. Клиника. Факторы риска. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение апоплексии яичника. Реабилитация.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедиа, истории болезни для разбора.

Краткое изложение материала.

Основные причины кровотечений в брюшную полость: внематочная беременность, апоплексия яичника.

Определение внематочной беременности. Распространенность. Этиология, патогенез. Классификация. Факторы риска: хронический сальпингит, аномалии развития труб, спаечный процесс в малом тазу, хирургические вмешательства на маточных трубах, использование ВМК, прием гормональных средств, ЭКО, бесплодие, возраст женщины. Патоморфогенез внематочной беременности. Редкие формы эктопической беременности. Амбулярная трубная беременность, истмическая трубная беременность, интерстициальная трубная беременность, фимбриальная трубная беременность. Клиника. Диагностика. Ультразвуковые методы исследования. Биохимические исследования. Дифференциальная диагностика. Консервативные методы лечения. Диагностическая лапароскопия. Хирургическое лечение внематочной беременности. Реабилитация.

Понятие апоплексии яичника. Этиопатогенез. Клиника. Факторы риска. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Особенности оказания неотложной помощи при апоплексии яичника. Лечение апоплексии яичника. Реабилитация.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-иметь представление об этиологии, патогенезе, диагностике, клинике и лечении внематочной беременности и апоплексии яичника;
-знать алгоритмы обследования пациенток для выявления причины кровотечения в брюшную полость при клинике острого живота,
-уметь проводить дифференциальную диагностику при клинике острого живота в гинекологии при кровотечении в брюшную полость с хирургической патологией, оказывать неотложную помощь при данных состояниях.

Контрольно-измерительные материалы

Тесты

001. Прерывание трубной беременности по типу трубного аборта происходит чаще в сроке беременности:

- а) 11-12 недель
- б) 9-10 недель
- в) 7-8 недель
- г) 4-6 недель
- д) все перечисленное неверно

Ответ: г

002. Беременность, локализуемая в интерстициальной части трубы, прерывается чаще всего в сроке беременности:

- а) 1-2 недели
- б) 3-4 недели
- в) 5-6 недель
- г) 7-8 недель
- д) все перечисленное неверно

Ответ: а

003. У больной диагностирована прогрессирующая внематочная беременность. Показано:

- а) консервативное противовоспалительное лечение
- б) операция
- в) гемотрансфузия
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: б

004. При тяжелом состоянии больной с прервавшейся трубной беременностью показано:

- а) немедленное переливание крови
- б) безотлагательное удаление источника кровотечения (беременной трубы)
- в) надежный гемостаз
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

005. При лапароскопии выявлена прогрессирующая трубная беременность. Состояние больной вполне удовлетворительное. Тактика врача:

- а) немедленная операция
- б) операцию можно произвести в плановом порядке
- в) возможно консервативное лечение больной
- г) верно все перечисленное
- д) все перечисленное неверно

Ответ: а

006. Реабилитация больных, оперированных по поводу внематочной беременности, включает:

- а) электрофорез лекарственных средств
- б) ультразвуковую терапию
- в) гормональную терапию
- г) верно а) и б)
- д) все перечисленное

Ответ: д

007. Сроки временной нетрудоспособности больной, оперированной по поводу внематочной беременности, желательны не менее:

- а) 2-3 недель
- б) 4-5 недель
- в) 6-7 недель
- г) 8-9 недель
- д) 10-11 недель

Ответ: б

008. Клинические признаки перитонита:

- а) вздутие живота
- б) парез кишечника
- в) прогрессирующая тахикардия
- г) все перечисленные
- д) ни один из перечисленных

Ответ: г

009. Нарушение внематочной беременности по типу трубного аборта протекает со следующей симптоматикой:

- а) скудные кровянистые выделения из половых путей
- б) боли внизу живота и в подвздошной паховой области
- в) при влагалищном исследовании увеличение и болезненность придатков
- г) верно б) и в)
- д) верно все перечисленное

Ответ: д

010. Нарушение внематочной беременности по типу разрыва маточной трубы протекает, как правило, со следующей симптоматикой:

- а) внезапный приступ боли в одной из подвздошных областей
- б) иррадиация боли в плечо
- в) тошнота (или рвота)
- г) верно а) и в)
- д) верно все перечисленное

Ответ: а

Контрольные вопросы:

1. Новые представления о причинах возникновения внематочной беременности (гиперстимуляция овуляции, гиперпролактинемия, гормональные нарушения и др.).
2. Алгоритм обследования при подозрении на внематочную беременность.
3. Особенности ультразвуковой картины ненарушенной внематочной беременности.
4. Клиника нарушенной и ненарушенной внематочной беременности.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

528. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

529. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

- 530.Ищенко, А. И. Новые технологии и малоинвазивная хирургия в гинекологии / А. И. Ищенко. –М. : Изд-кий дом ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 136 с.
- 531.Кулаков, В. И. Руководство по оперативной гинекологии / В. И. Кулаков, Н. Д. Селезнева, С. Е. Белоглазова. - : МИА, 2006. - 640 с.
- 532.Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
- 533.Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.
- 534.Херт, Г. Оперативная урогинекология : Рук. для врачей: Пер. с англ / Г. Херт ; Под ред.: Н. А. Лопаткина, О. И. Аполихина. - : Изд. дом ГЭОТАР-МЕД, 2003. - 276 с.
- 535.Хирш, Х. А. Оперативная гинекология : атлас / Х. А. Хирш, О. Кезер, Ф. А. Икле; гл. ред. В. И. Кулаков, отв. ред. И. В. Федоров ; пер. с англ. - : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.
- 536.Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.

2. Дополнительная литература

- 284.Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
- 285.Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
- 286.Эндоскопические методы диагностики и лечения в гинекологии : учеб. пособие / [сост. : Ф. К. Тетелютина, Е. П. Кузнецова, Л. И. Пименова и др.] ; ГОУ ВПО ИГМА. - Ижевск : [Б. и.], 2007. - 42 с.

Код 11.2. Тема «Острый живот при воспалении половых органов»**Цикл:** ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».**Контингент обучающихся:** заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций**Цель.** знать особенности ведения пациенток с острым животом при воспалении половых органов**План практического занятия.**

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
8.	Вступительное слово преподавателя.	10
9.	Выступление слушателей.	50
10.	Разбор клинических случаев	20
11.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Вопросы, решаемые в процессе занятия:

1. Основные причины острого живота при воспалении половых органов: пиосальпинкс, пиовар, tuboовариальные образования; пельвиоперитонит; перитонит.
2. Определение tuboовариальной гнойной опухоли. Этиология, патогенез. клиника. Диагностика. Ультразвуковые методы исследования. Дифференциальная диагностика. Особенности лечения. Показания к хирургическому лечению. Реабилитация.
3. Общие сведения о пельвиоперитоните, определение, классификация. Клиника пельвиоперитонита. Диагностика пельвиоперитонита. Лечение пельвиоперитонита
4. Понятие гинекологического перитонита. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика с хирургической патологией. Лечение. Реабилитация.

Знания и умения

Тактика ведения, лечения больных с пельвиоперитонитом

Краткое содержание материала

Среди воспалительных заболеваний женских половых органов симптомы острого живота чаще возникают в результате гнойного воспалительного процесса в маточных трубах и яичниках. Определение tuboовариальной гнойной опухоли. Этиология, патогенез. клиника. Диагностика. Ультразвуковые методы исследования. Дифференциальная диагностика. Особенности лечения. Показания к хирургическому лечению. Реабилитация.

Пельвиоперитонит — воспаление брюшины малого таза — развивается вторично при поражении матки, маточных труб и яичников. Преимущественный путь проникновения микроорганизмов в полость брюшины — через маточные трубы. Кроме того, инфекция может поступать лимфогенным и гематогенным путями, а также контактным (например, при аппендиците). Выделяют: серозно-фиброзный, гнойный пельвиоперитонит. Клиника пельвиоперитонита типична для острого воспаления: фебрильная температура, сильная боль в низу живота, его вздутие, защитное напряжение мышц передней брюшной стенки, при гнойном пельвиоперитоните отмечается положительный симптом Щеткина—Блюмберга. Перистальтика кишечника ослаблена, может быть задержка стула и газов, язык сухой, отмечаются тошнота и рвота. В крови СОЭ резко ускорена, выражен высокий лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево. Состояние пациентки тяжелое, однако при правильном и полноценном лечении наступает значительное улучшение в течение 1—2 суток. Диагностика пельвиоперитонита. При гинекологическом исследовании в первые дни заболевания отмечается только ригидность и болезненность заднего свода, где затем появляется выпячивание вследствие скопления экссудата. Лечение пельвиоперитонита только в условиях стационара. Больной назначают

строгий постельный режим, покой, холод на низ живота, антибиотики широкого спектра действия или препараты фторхинолонового ряда в сочетании с метронидазолом. Инфузионно-детоксикационная терапия осуществляется в объеме, соответствующем тяжести состояния пациентки. При образовании дуглас-абсцесса показано опорожнение путем пункции или кольпотомии с последующим введением в полость антибиотиков.

Понятие гинекологического перитонита. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика с хирургической патологией. Лечение. Реабилитация.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-иметь представление об этиологии, патогенезе, диагностике, клинике и лечении tuboовариальных образований, пельвиоперитонита;

-знать алгоритмы обследования пациенток для выявления острого живота при воспалении женских внутренних половых органов,

-уметь проводить дифференциальную диагностику при клинике острого живота в гинекологии при воспалении женских внутренних половых органов с хирургической патологией, оказывать неотложную помощь при данных состояниях.

Контрольно-измерительные материалы

Тесты

001. Особенности операции у больной с tuboовариальным образованием в стадии острого воспаления:

- а) дренирование брюшной полости
- б) опасность травмы кишечника и мочевого пузыря
- в) технические трудности при выполнении операции необходимого объема
- г) верно а) и в)
- д) верно все перечисленное

Ответ: д) верно все перечисленное

002. Перитонит – это воспаление:

- а) висцеральной брюшины
- б) париетальной брюшины
- в) клетчатки малого таза
- г) верно а) и б)
- д) всего перечисленного

Ответ: г) верно а) и б)

003. При перитоните у гинекологической больной показана операция в объеме:

- а) экстирпация матки с придатками
- б) надвлагалищная ампутация матки с придатками
- в) экстирпация матки с трубами
- г) надвлагалищная ампутация матки с трубами
- д) все перечисленное неверно

Ответ: в) экстирпация матки с трубами

004. Для улучшения реологических свойств крови у больных, оперированных по поводу гнойного перитонита, применяют:

- а) трасилол
- б) гепарин
- в) реополиглюкин
- г) верно б) и в)
- д) все перечисленное

Ответ: в) реополиглюкин

005. При перитоните в реактивной стадии внутрикожный волдырь (при проведении пробы Мак-Клюра-Олдрича) рассасывается за период времени:

- а) от 60 мин. до 45 мин.
- б) от 45 мин. до 20 мин.
- в) от 20 мин. до 10 мин.
- г) от 10 мин. до 2 мин.
- д) все перечисленное неверно

Ответ: б) от 45 мин. до 20 мин

006. При перитоните в токсической стадии внутрикожный волдырь (при проведении пробы Мак-Клюра-Олдрича) рассасывается за период времени:

- а) от 60 мин. до 45 мин.
- б) от 45 мин. до 20 мин.
- в) от 20 мин. до 10 мин.
- г) от 10 мин. до 2 мин.
- д) все перечисленное неверно

Ответ: в) от 20 мин. до 10 мин

007. При развитии перитонита после операции у гинекологической больной, как правило, отмечается:

- а) возвратность пареза кишечника
- б) недостаточная эффективность комплексной противовоспалительной терапии
- в) нарастание признаков интоксикации
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г) все перечисленное

008. Инфузионную терапию у больной, оперированной по поводу перитонита, целесообразно начинать с введения:

- а) эритроцитарной массы
- б) 5% раствора глюкозы
- в) плазмозаменителей
- г) солевых растворов
- д) все перечисленные изменения

Ответ: д) все перечисленные изменения

009. Дренирование брюшной полости во время операции у больной с гнойным перитонитом необходимо:

- а) для оттока гнойного экссудата
- б) для введения антибактериальных препаратов
- в) для брюшного лаважа
- г) верно а) и б)
- д) все перечисленные изменения

Ответ: д) все перечисленные изменения

010. Возможные изменения периферической крови у больных с перитонитом:

- а) сдвиг формулы белой крови влево
- б) количество лейкоцитов несколько больше нормы
- в) лимфопения
- г) верно а) и б)
- д) все перечисленные изменения

Ответ: д) все перечисленные изменения

Контрольные вопросы:

1. Лечение пельвиоперитонита
2. Острый живот при воспалении половых органов
3. Маски острого живота

4. Какие Заболевания, проявляющиеся под маской острого живота?
5. Что такое пельвиоперитонит, и его осложнения
6. Антибактериальная терапия при пельвиоперитоните

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

537. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
538. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
539. Ищенко, А. И. Новые технологии и малоинвазивная хирургия в гинекологии / А. И. Ищенко. – М. : Изд-кий дом ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 136 с.
540. Кулаков, В. И. Руководство по оперативной гинекологии / В. И. Кулаков, Н. Д. Селезнева, С. Е. Белоглазова. - : МИА, 2006. - 640 с.
541. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
542. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.
543. Херт, Г. Оперативная урогинекология : Рук. для врачей: Пер. с англ / Г. Херт ; Под ред.: Н. А. Лопаткина, О. И. Аполихина. - : Изд. дом ГЭОТАР-МЕД, 2003. - 276 с.
544. Хирш, Х. А. Оперативная гинекология : атлас / Х. А. Хирш, О. Кезер, Ф. А. Икле; гл. ред. В. И. Кулаков, отв. ред. И. В. Федоров ; пер. с англ. - : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.
545. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.

2. Дополнительная литература

287. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
288. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб. пособие / под ред. В. Е. Радзинского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
289. Эндоскопические методы диагностики и лечения в гинекологии : учеб. пособие / [сост. : Ф. К. Тетелютина, Е. П. Кузнецова, Л. И. Пименова и др.] ; ГОУ ВПО ИГМА. - Ижевск : [Б. и.], 2007. - 42 с.

Код 11.3. Тема «Острый живот при нарушении кровоснабжения органов малого таза и опухолей»

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: ознакомиться с клиникой, диагностикой и принципами лечения острого живота при нарушении кровоснабжения органов малого таза и опухолей.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Выступление слушателей	30
3.	Разбор клинических случаев.	40
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Вопросы, решаемые в процессе занятия:

6 Этиология и патогенез нарушений кровоснабжения органов малого таза и опухолей.

7 Клиническая картина состояний при нарушении кровоснабжения органов малого таза и опухолей.

7.1 Перекрут ножки опухоли яичника.

7.2 Нарушение кровоснабжения миоматозного узла.

8 Диагностика состояний при нарушении кровоснабжения органов малого таза и опухолей.

9 Принципы оказания экстренной помощи при неотложных состояниях.

10 Лечение в стационаре состояний при нарушении кровоснабжения органов малого таза и опухолей.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, презентация, мультимедиа, видеодвойка, видеофильмы, истории болезни, контрольные вопросы.

Краткое изложение материала.

Состояния при нарушении кровоснабжения органов малого таза и опухолей в структуре острых гинекологических заболеваний встречаются не часто, но являются опасной патологией. Данные состояния требуют оказания экстренной скорой медицинской помощи и дальнейшей квалифицированной медицинской помощи в стационаре. Перекрут придатков матки – осложнение опухоли яичника, при котором происходит ее ротация вокруг своей оси, приводящая к сдавлению сосудов. Нарушение кровоснабжения миоматозного узла – наиболее частое осложнение миомы матки и возникает вследствие нарушения его питания. Ошибки при диагностике данных состояний могут привести к ухудшению состояния женщины, развитию шока.

В результате проведенного занятия курсант:

-должен иметь представление о клинике, диагностике и принципах лечения острого живота при нарушении кровоснабжения органов малого таза и опухолей.

-должен знать клинику, диагностику и принципы лечения острого живота при нарушении кровоснабжения органов малого таза и опухолей.

-уметь провести дифференциальную диагностику при клинике «острого живота» при нарушении кровоснабжения органов малого таза и опухолей, составить план ведения пациентки и назначить лечение.

Контрольно-измерительные материалы

Тесты

001. Медицинская реабилитация больной, оперированной по поводу перекрута ножки опухоли яичника, состоит в проведении:

- а) противовоспалительной рассасывающей терапии
- б) коррекции функции оставшегося яичника
- в) контрацепции мужским механическим средством
- г) всего перечисленного
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г) всего перечисленного

002. Причины «острого живота» вследствие острого нарушения кровоснабжения внутренних половых органов:

- а) внематочная беременность
- б) перекрут ножки опухоли яичника
- в) инфаркт миоматозного узла
- г) верно б) и в)
- д) верно все перечисленное

Ответ: г) верно б) и в)

003. При операции по поводу перекрута ножки дермоидной кисты яичника:

- а) перекрученную ножку опухоли яичника надо обязательно раскрутить, чтобы разобраться в анатомии
- б) производят экстирпацию матки с придатками
- в) удаляют оба яичника
- г) верно б) и в)
- д) все перечисленное неверно

Ответ: д) все перечисленное неверно

004. Для перекрута ножки опухоли яичника характерно:

- а) сильные боли внизу живота, возникшие после физического напряжения
- б) при бимануальном исследовании в малом тазу определение неподвижной резко болезненной опухоли
- в) положительные симптомы раздражения брюшины на стороне опухоли
- г) верно а) и б)
- д) все перечисленное

Ответ: д) все перечисленное

005. Перекрут ножки опухоли яичника может быть:

- а) полный
- б) частичный
- в) многократный
- г) верно все перечисленное
- д) все перечисленное неверно

Ответ: г) верно все перечисленное

Задачи

1. Больная, 25 лет, госпитализирована по экстренным показаниям в хирургическое отделение с острыми болями в правой подвздошной области, сопровождающимися тошнотой, однократной рвотой, повышением температуры тела. По поводу острого аппендицита, диагностированного у больной, ей была сделана аппендэктомия. На 10 сутки после операции выписана в удовлетворительном состоянии. Через 2 недели

аналогичный приступ болей повторился. Обратилась к гинекологу, выявлено образование в области правых придатков на ножке размером 20х26х18 см. Диагноз? Тактика гинеколога. Ошибка?

2. Больная Т., 40 лет, поступила в гинекологическое отделение стационара с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и обильные кровянистые выделения из половых путей в течение 8 дней. Считает себя больной в течение 4 лет, когда начались обильные менструации со сгустками крови, схваткообразные боли внизу живота. **Менструации** с 12 лет, установились сразу, по 7 дней, через 30 дней, умеренные, безболезненные. Последние 2 года - через 15-16 дней, обильные, со сгустками крови, болезненные (после менструаций отмечает недомогание, слабость, мелькание мушек перед глазами). Половая жизнь с 35 лет, не замужем. Беременностей-2, родов- не было, 2 искусственных аборта в сроке 12 и 9 недель (без осложнений). Контрацепцию не использует. Перенесенные заболевания: ангина, грипп, анемия (дважды стационарное лечение в терапевтическом отделении в течение последних трех лет). Гинекологические заболевания, ИППП отрицает. Наследственность не отягощена. **Объективные данные:** состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Язык влажный, чистый. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, легкий систолический шум на верхушке. АД 120/80 мм.рт.ст. Рс 89 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Периферические лимфоузлы не увеличены. Отеков нет. **Влагалищное исследование:** наружные половые органы развиты правильно. Влагалище нерожавшей. Из канала шейки матки исходит узел в диаметре 3 см., на тонкой ножке, обычной розовой окраски, плотной консистенции, не кровоточит. Матка чуть больше нормы, плотная, безболезненная, в anterflexio. Придатки не определяются, осмотр безболезненный. Влагалищные своды свободны. Нв 82 г/л. **Ваш диагноз? Тактика ведения.**

Контрольные вопросы

11. Этиология и патогенез нарушений кровоснабжения органов малого таза и опухолей.
12. Клиническая картина состояний при нарушении кровоснабжения органов малого таза и опухолей.
13. Диагностика состояний при нарушении кровоснабжения органов малого таза и опухолей.
14. Принципы оказания экстренной помощи при неотложных состояниях.
15. Лечение в стационаре состояний при нарушении кровоснабжения органов малого таза и опухолей.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

546. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
547. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
548. Ищенко, А. И. Новые технологии и малоинвазивная хирургия в гинекологии / А. И. Ищенко. – М. : Изд-кий дом ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 136 с.
549. Кулаков, В. И. Руководство по оперативной гинекологии / В. И. Кулаков, Н. Д. Селезнева, С. Е. Белоглазова. - : МИА, 2006. - 640 с.
550. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
551. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.

552.Херт, Г. Оперативная урогинекология : Рук. для врачей: Пер. с англ / Г. Херт ; Под ред.: Н. А. Лопаткина, О. И. Аполихина. - : Изд. дом ГЭОТАР-МЕД, 2003. - 276 с.

553.Хирш, Х. А. Оперативная гинекология : атлас / Х. А. Хирш, О. Кезер, Ф. А. Икле; гл. ред. В. И. Кулаков, отв. ред. И. В. Федоров ; пер. с англ. - : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.

554.Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.

2. Дополнительная литература

290.Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.

291.Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

292.Эндоскопические методы диагностики и лечения в гинекологии : учеб. пособие / [сост. : Ф. К. Тетелютина, Е. П. Кузнецова, Л. И. Пименова и др.] ; ГОУ ВПО ИГМА. - Ижевск : [Б. и.], 2007. - 42 с.

Код. 12.1-12.3. Тема. Внутренний эндометриоз. Наружный эндометриоз. Экстрагенитальный эндометриоз.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: Информирование слушателей о внутреннем, наружном и экстрагенитальном эндометриозе.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (135 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Выступление слушателей	100
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	25

Вопросы для подготовки:

7. Клиническая картина эндометриоза.
8. Общеклинические методы диагностики.
9. Гистеросальпингография. Гистероскопия. Компьютерная томография.

Магнитный резонанс. УЗИ.

10. Лапароскопия диагностическая.
11. Гормональное лечение.
12. Эндоскопические методы лечения.

Перечень оборудования и методического оснащения: учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, демонстрация клинического случая.

Краткое изложение материала.

Среди всех локализаций эндометриоза гениталий удельная частота внутреннего эндометриоза достигает 70-90%. Особенности эндометриоза и его значение в патологии женского организма. Этиология и патогенез внутреннего эндометриоза. Клиника и диагностика внутреннего эндометриоза. Особенности различных форм внутреннего эндометриоза в зависимости от локализации очагов эндометриоза: тело матки, ее перешеек, интрестичиальные отделы маточных труб. Эндометриоз и бесплодие. Лечение больных эндометриозом. Противовоспалительное и рассасывающее, хирургическое, гормональное лечение эндометриоза. Реабилитация больных эндометриозом. Профилактика эндометриоза.

Особенности эндометриоза и его значение в патологии женского организма. Этиология и патогенез наружного эндометриоза. Клиника и диагностика генитального эндометриоза. Эндометриоз и бесплодие. Лечение больных эндометриозом. Противовоспалительное и рассасывающее, хирургическое, гормональное лечение эндометриоза. Реабилитация больных эндометриозом. Профилактика эндометриоза.

В результате проведенного занятия курсант должен:

- знать** новые данные о природе эндометриоза. Систематизировать знания по клинике, диагностике и современным методам лечения данной патологии.
- уметь** по результатам клинического течения заболевания, лабораторной диагностике поставить диагноз.
- владеть** консервативными методами лечения внутреннего эндометриоза.

Контрольно-измерительные материалы

Контрольные вопросы:

1. Назовите факторы риска генитального эндометриоза?

2. Назовите наиболее информативный УЗ-признак
3. Что характерно для клинической картины внутреннего эндометриоза?
4. Что такое аденомиоз?
5. Назовите «золотой стандарт» диагностики эндометриоза
6. Какой метод лечения эндометриоза наиболее эффективен?

Задача.

Больная 35 лет обратилась к врачу женской консультации за 2 дня до начала менструации с жалобами на мажущие кровянистые выделения до и после менструации, обильные кровянистые выделения и боли во время менструации. При влагалищном исследовании обнаружено: шейка матки чистая, цилиндрической формы, крупнее нормы, безболезненная. Придатки не определяются, область их безболезненная. Каков предварительный диагноз? Какова будет тактика врача?

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

555. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

556. Гинекология : новейший справочник / авт. Н. А. Татарова и др.; под общ. ред. Л. А. Сулопарова. - : Эксмо, 2007. - 688 с.

557. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.

558. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.

2. Дополнительная литература

293. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.

294. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб. пособие / под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

Тема 13.1. Эндокринное бесплодие.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: ознакомить с диагностикой и лечением эндокринного и трубно-перитонияльного фактора бесплодия.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	5
2.	Выступление слушателей.	30
3.	Разбор клинических случаев.	45
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Вопросы для подготовки:

1. Бесплодие гипоталамо-гипофизарного генеза.
Гиперпролактинемия.
Клиника, диагностика, лечение.
Аменорея (гипоталамная, гипофизарная).
2. Бесплодие яичникового генеза.
 1. Синдром склеро-поликистозных яичников (клиника, диагностика, лечение).
 3. Дисгинезия гонад.
 4. Синдром гиперстимуляции яичников. Эндоскопические методы лечения.
 5. Хронический сальпингоофарит.
 2. Клиника, методы диагностики.
 3. Цервикогистосальпингоофария, рентгенотелевизионная.
 4. Лапароскопия с хромогидротубацией.
 5. Методы лечения.
6. Перитонияльный фактор бесплодия.
 - Клиника, диагностика.
 - Цервикогистосальпингоофария, рентгенотелевизионная.
 - Лапароскопия.
 - Методы лечения.
7. Пороки развития труб. Лапароскопия.
8. Функциональное трубное бесплодие.
11. ЭКО.
12. Малые формы эндометриоза. Лапароскопия, лечение.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедиа.

Краткое изложение материала

Классификация женского бесплодия. Причины эндокринного бесплодия. Ановуляция – как гетерогенная группа патологических состояний, являющаяся наиболее частой причиной бесплодия. Недостаточность лютеиновой фазы цикла, синдром лютеинизации неовулировавшего фолликула. Диагностика, лечение. Лечение эндокринного бесплодия. Современные схемы лечения хронической ановуляции. Трубное и перитонеальное бесплодие. Нарушение функции маточных труб, органические поражения маточных труб, перитонеальное бесплодие. Диагностика и, лечение трубного бесплодия. Некоторые гинекологические заболевания, как причина бесплодия: эндометриоз, миома матки, гиперплазия эндометрия, маточная форма аменореи, шеечный фактор в генезе бесплодия. Иммунологическое бесплодие.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-знать диагностику и лечение эндокринного, трубного и перитонияльного фактора бесплодия.

-уметь по результатам клинического течения заболевания, лабораторной диагностике поставить диагноз. Диагностировать эндокринное бесплодие; проводить лечение эндокринного бесплодия и вести беременных с эндокринным бесплодием.

-владеть методами лечения.

Контрольно-измерительные материалы

Тесты

1. При выявлении андрогенитального синдрома (АСГ) лечение необходимо начинать:
- а) с момента установления диагноза
 - б) после установления менструальной функции
 - в) после замужества (в зависимости от времени планируемой беременности)
 - г) только после родов

Ответ: а

2. Для восстановления генеративной функции при дисгении гонад необходимо:
- а) длительная циклическая терапия половыми гормонами
 - б) стимуляция овуляции
 - в) клиновидная резекция яичников
 - г) восстановление генеративной функции, как правило, бесперспективно

Ответ: г

3. При нарушении функции щитовидной железы развитие бесплодия обусловлено:
- а) выраженным нарушением жирового обмена
 - б) постоянной гипотермией тела
 - в) угнетением процессов овуляции
 - г) уплотнением белочной оболочки яичников
 - д) всем перечисленным

Ответ: в

4. При легкой форме тиреотоксикоза у больных с эндокринным бесплодием показано:
- а) оперативное лечение с последующей заместительной терапией гормоном щитовидной железы
 - б) применение дийодтирозина под контролем клинической картины и уровня тиреоидных гормонов в крови
 - в) назначение тиреоидина
 - г) в терапии не нуждается
 - д) ничего из перечисленного

Ответ: б

5. Оптимальная длительность применения парлодела с целью восстановления репродуктивной функции при гиперпролактинемии, как правило, составляет:
- а) постоянное применение
 - б) не менее 1,5-2 лет
 - в) 1 год
 - г) 3-6 месяцев

Ответ: г

6. При лечении бесплодия у больных гипотиреозом, как правило, применяют:
- а) тиреодин
 - б) клостилбегит
 - в) дийодтирозин
 - г) верно а) и б)
 - д) все перечисленное

Ответ: г

7. Гиперандрогения яичникового генеза часто сопровождается:

- а) гиперсекрецией ЛГ
- б) повышением индекса ЛГ/ФСГ
- в) умеренной гиперпролактинемией
- г) верно а) и б)
- д) всем перечисленным

Ответ: д

8. Проба с дексаметазоном считается положительной, если в ответ на применение дексаметазона наблюдается следующее изменение уровня 17- кетостероидов в суточном количестве мочи:

- а) повышение на 50 % и более
- б) повышение на 10-20 %
- в) понижение на 10-20 %
- г) понижение на 50 % и более

Ответ: г

9. Для синдрома резистентных яичников характерно все перечисленное, кроме:

- а) отсутствия менструации и беременности
- б) множества премордиальных фолликулов в ткани яичника (при гистологическом исследовании)
- в) положительной пробы с прогестероном у большинства женщин
- г) кариотипа 46 ХО
- д) уровня эстрадиола, соответствующего таковому в пролиферативной фазе нормального менструального цикла

Ответ: г

Контрольные вопросы:

1. Особенности диагностики эдокринного бесплодия.
2. Современные методы лечения.
3. Протокол ЭКО при различных видах эндокринного бесплодия.
4. Синдром гиперстимуляции яичников.
5. Назовите виды эндокринного бесплодия
6. Назовите причины НЛФ
7. Что такое трубно-перитонеальное бесплодие?
8. Назовите факторы трубно-перитонеального бесплодия
9. Что может привести к нарушению функции маточных труб?

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

559. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.
560. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
561. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
562. Гинекология : новейший справочник / авт. Н. А. Татарова и др.; под общ. ред. Л. А. Сулопарова. - : Эксмо, 2007. - 688 с.
563. Назаренко, Т. А. Бесплодие и возраст: пути решения проблемы / Т. А. Назаренко, Н. Г. Мишиева. - М. : МЕД пресс-Информ, 2010. - 208 с.
564. Общая врачебная практика по Джону Нобелю / под ред. Дж. Нобеля; пер. с англ. под ред. Е. Р. Тимофеевой, Н. А. Федоровой. - Кн. 1. – М., 2005. - 416 с.
565. Полякова, В. А. Современная гинекология / В. А. Полякова. - Тюмень : Изд-во ФГУИПП, 2004. – 608 с.

566. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
567. Руководство по амбулаторно-полик-линической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
568. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.
569. Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.

2. Дополнительная литература

295. Кулаков В.И., Назаренко Т.А., Волков Н.И., и др. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению: руководство / В.И. Кулаков, Т.А. Назаренко, Н.И. Волков Н.И. и др. / Под ред. Г.Т. Сухих, Т.А. Назаренко, 2-е изд., испр. и доп. - Издательство «ГЭОТАР-Медиа», - 2010.
296. Невынашивание беременности: патогенез, диагностика, лечения. Клиническое руководство Беременность и роды. / Ред. А.Н. Стрижакова, Москва, 2011.
297. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
298. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб. пособие / под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
299. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

Код 13.2. Тема. Трубный фактор в бесплодии.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: ознакомить с диагностикой и лечением трубного и перитонийного фактора бесплодия.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	5
2.	Выступление слушателей	30
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Вопросы для подготовки:

1.2.1. Хронический сальпингоофорит.

1.2.1.2. Клиника, методы диагностики.

1.2.1.2.1. Цервикогистосальпингоофара, рентгенотелевизионная.

1.2.1.2.2. Лапароскопия с хромогидротубацией.

1.2.1.2.3. Методы лечения.

1.2.2. Перитонийный фактор бесплодия.

1.2.2.1. Клиника, диагностика.

1.2.2.2. Цервикогистосальпингоофара, рентгенотелевизионная.

1.2.2.3. Лапароскопия.

1.2.2.4. Методы лечения.

1.2.3. Пороки развития труб.

1.2.3.1. Лапароскопия.

1.2.4. Функциональное трубное бесплодие.

Краткое изложение материала.

Трубное и перитонеальное бесплодие. Нарушение функции маточных труб, органические поражения маточных труб, перитонеальное бесплодие. Диагностика и, лечение трубного бесплодия. Некоторые гинекологические заболевания, как причина бесплодия: эндометриоз, миома матки, гиперплазия эндометрия, маточная форма аменореи, шеечный фактор в генезе бесплодия. Иммунологическое бесплодие. Обследование бесплодных пар. Искусственное инсеминация. Экстракорпоральное оплодотворение.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-**знать** диагностику и лечение трубного фактора бесплодия, ВРТ, ЭКО

-**уметь** по результатам клинического течения заболевания, лабораторной диагностике поставить диагноз.

-**владеть** методами лечения.

Контрольно-измерительные материалы**Тесты**

001. Под термином «бесплодный брак» подразумевается

а) отсутствие у супругов способности к зачатию

б) отсутствие у женщины способности к вынашиванию

в) и то, и другое

г) ни то, ни другое

Ответ: а

002. Брак считается бесплодным, если при наличии регулярной половой жизни без применения контрацептивов беременность не наступает в течение не менее

- а) 0,5 года
- б) 1 года
- в) 2,5 лет
- г) 5 лет

Ответ: б

003. Частота бесплодного брака составляет по отношению ко всем бракам

- а) 0,5-1%
- б) 2-3%
- в) 15-20%
- г) более 30%

Ответ: в

004. Сперматозоиды проникают в полость матки после полового сношения через

- а) 5 мин
- б) 10-15 мин
- в) 30-60 мин
- г) 2-3 часа

Ответ: в

005. Сперматозоиды попадают в маточные трубы и брюшную полость после полового сношения через

- а) 5 мин
- б) 30-60 мин
- в) 1,5-2 часа
- г) 6 часов

Ответ: в

006. Сперматозоиды в криптах шейечного канала могут сохранять способность к передвижению (предельный срок) в течение

- а) 6-12 часов
- б) 24-48 часов
- в) 3-5 суток
- г) 10 суток

Ответ: в

007. Сперматозоиды после проникновения в матку и трубы сохраняют способность к оплодотворению в течение

- а) 6-12 часов
- б) 24-48 часов
- в) 3-5 суток
- г) 10 суток

Ответ: б

008. После овуляции яйцеклетка сохраняет способность к оплодотворению в течение

- а) 6 часов
- б) 12-24 часов
- в) 3-5 суток
- г) 10 суток

Ответ: б

Контрольные вопросы:

1. Причины трубного фактора в бесплодии.
2. Диагностика и, лечение трубного бесплодия.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

- 570.Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.
- 571.Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
- 572.Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
- 573.Гинекология : новейший справочник / авт. Н. А. Татарова и др.; под общ. ред. Л. А. Сулопарова. - : Эксмо, 2007. - 688 с.
- 574.Назаренко, Т. А. Бесплодие и возраст: пути решения проблемы / Т. А. Назаренко, Н. Г. Мишиева. - М. : МЕД пресс-Информ, 2010. - 208 с.
- 575.Общая врачебная практика по Джонсу Нобелю / под ред. Дж. Нобеля; пер. с англ. под ред. Е. Р. Тимофеевой, Н. А. Федоровой.- Кн. 1. – М., 2005.- 416 с.
- 576.Полякова, В. А. Современная гинекология / В. А. Полякова. - Тюмень : Изд-во ФГУИПП, 2004. – 608 с.
- 577.Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
- 578.Руководство по амбулаторно-полик-линической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
- 579.Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.
- 580.Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.

2. Дополнительная литература

- 300.Кулаков В.И., Назаренко Т.А., Волков Н.И., и др. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению: руководство / В.И. Кулаков, Т.А. Назаренко, Н.И. Волков Н.И. и др. / Под ред. Г.Т. Сухих, Т.А. Назаренко, 2-е изд., испр. и доп. - Издательство «ГЭОТАР-Медиа», - 2010.
- 301.Невынашивание беременности: патогенез, диагностика, лечения. Клиническое руководство Беременность и роды. / Ред. А.Н. Стрижакова, Москва, 2011.
- 302.Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
- 303.Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
- 304.Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

Код 13.3. Тема. Маточный фактор в бесплодии.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: ознакомить с диагностикой и лечением трубного и перитонияльного фактора бесплодия.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (135 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Выступление слушателей.	60
3.	Разбор клинических случаев.	50
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	15

Вопросы для подготовки:

1.1. Маточный фактор в бесплодии.

1.1.1. Пороки развития.

1.1.1.1. Лапароскопия.

1.1.2. Синехии матки.

1.1.1.2. Гистероскопия.

1.1.3. ЭКО.

1.2. Малые формы эндометриоза.

1.2.1.1. Лапароскопия, лечение.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, презентация, мультимедиа, видеодвойка, видеофильмы, истории болезни, контрольные вопросы.

Краткое изложение материала

Нарушение функции маточных труб, органические поражения маточных труб, перитонеальное бесплодие. Диагностика и, лечение маточного бесплодия. Некоторые гинекологические заболевания, как причина бесплодия: эндометриоз, миома матки, гиперплазия эндометрия, маточная форма аменореи, шеечный фактор в генезе бесплодия. Иммунологическое бесплодие. Обследование бесплодных пар. Искусственное инсеминация. Экстракорпоральное оплодотворение.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-**знать** диагностику и лечение маточного фактора бесплодия, ВРТ, ЭКО

-**уметь** по результатам клинического течения заболевания, лабораторной диагностике поставить диагноз.

-**владеть** методами лечения.

Контрольно-измерительные материалы**Доклады:**

1. Причины маточного фактора в бесплодии.
2. Диагностика и лечение маточного бесплодия.
3. ВРТ при бесплодии в современных условиях.

Задача.

Больная Н., 27 лет обратилась к гинекологу по поводу отсутствия беременности в течение 2 лет регулярной половой жизни без контрацепции. Менструации с 13 лет, регулярные, через 28 дней, по 2 дня, скудные, безболезненные. В анамнезе 3 искусственных аборта, которые протекали без осложнений. Осмотр при помощи зеркал: слизистая влагалища и шейки матки чистая. Бимануальное исследование. Тело матки не увеличено, плотное,

подвижное, безболезненное, придатки матки не определяются, область их безболезненна, выделения из половых путей слизистые. Диагноз? План обследования и лечения?

Контрольные вопросы.

8. Каковы основные задачи сбора анамнеза у пары, страдающей бесплодием?
9. Что включает объективное обследование бесплодной пары?
10. Каков алгоритм лечения бесплодия?
11. Какие группы препаратов применяют для стимуляции овуляции?
12. Что такое ВРТ?
13. Что такое искусственная инсеминация?
14. Какие показания к ЭКО?

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

Дополнительная литература:

1. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
2. Кулаков В.И., Назаренко Т.А., Волков Н.И., и др. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению: руководство / В.И. Кулаков, Т.А. Назаренко, Н.И. Волков Н.И. и др. / Под ред. Г.Т. Сухих, Т.А. Назаренко, 2-е изд., испр. и доп. - Издательство «ГЭОТАР-Медиа», - 2010.

Код 14.1. Тема «Предоперационная подготовка»

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель. Усвоить принципы предоперационной подготовки.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	5
2.	Выступление слушателей	15
3.	Разбор клинических случаев.	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Вопросы, решаемые в процессе занятия:

6. Понятие предоперационной подготовки. Общие положения.
7. Специальная подготовка: медикаментозная, физическая, психофизическая.
8. Предоперационная подготовка в условиях стационара.
9. Предоперационная подготовка в зависимости от вида операции. Влагалищные операции. Брюшностеночные операции.
10. Предоперационная подготовка при экстрагенитальной патологии и аллергических состояниях. Патология органов дыхания. Сердечно-сосудистые заболевания. Анемия. Эндокринные заболевания. Заболевания печени. Заболевания почек. Аллергические состояния.

Краткое изложение материала

Обследование больной следует начинать с расспроса, придерживаясь следующей схемы: 1) паспортные данные, 2) жалобы, 3) перенесенные заболевания, 4) функции половой системы (менструальная, половая, детородная, секреторная), 5) наличие болей и их характер, 6) функция кишечника и мочевыводящей системы, 7) история развития настоящего заболевания.

При плановой госпитализации больные перед поступлением в отделение оперативной гинекологии проходили амбулаторно обследование по месту жительства. Производят клинический анализ крови и мочи, определяют резус-принадлежность и группу крови, реакцию Вассермана, исследуют флору влагалища, больную осматривает терапевт, ее направляют на электрокардиографию, получают заключение стоматолога, выполняют рентгеноскопию грудной клетки или флюорографию, рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта (при наличии опухолей яичников и заболеваний желудочно-кишечного тракта), исследование на СПИД.

В стационаре дополнительно производят биохимические исследования крови, коагулограмму. При необходимости повторяют анализы крови, мочи, отделяемого влагалища, осмотр терапевтом. Перед операцией больную обязательно осматривает анестезиолог.

В случае экстренной госпитализации, если позволяет состояние больной, в течение суток производят анализы крови и мочи общие, определение группы крови и резус-принадлежности, анализ крови на сахар, коагулографию, рентгеноскопию грудной клетки, электрокардиографию, ультразвуковое сканирование органов малого таза.

При необходимости срочной операции определение группы крови и резус-принадлежности обязательно.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-иметь представление об особенностях предоперационной подготовки пациенток в зависимости от объема предлагаемого оперативного лечения, наличия экстрагенитальных заболеваний и аллергических заболеваний у пациентки.

-знать показания и противопоказания к оперативному лечению в зависимости от диагноза пациентки, наличия экстрагенитальных заболеваний и аллергических заболеваний у пациентки.

-уметь провести предоперационную подготовку пациентки с помощью специальных методов.

Контрольно-измерительные материалы

Контрольные вопросы.

4. Предоперационная подготовка к влагалищным операциям.
5. Предоперационная подготовка к брюшностеночным операциям.
6. Предоперационная подготовка при экстрагенитальной патологии и аллергических состояниях.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

26. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

27. Ищенко, А. И. Новые технологии и малоинвазивная хирургия в гинекологии / А. И. Ищенко. –М. : Изд-кий дом ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 136 с.

28. Кулаков, В. И. Руководство по оперативной гинекологии / В. И. Кулаков, Н. Д. Селезнева, С. Е. Белоглазова. - : МИА, 2006. - 640 с.

29. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.

30. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.

31. Херт, Г. Оперативная урогинекология : Рук. для врачей: Пер. с англ / Г. Херт ; Под ред.: Н. А. Лопаткина, О. И. Аполихина. - : Изд. дом ГЭОТАР-МЕД, 2003. - 276 с.

32. Хирш, Х. А. Оперативная гинекология : атлас / Х. А. Хирш, О. Кезер, Ф. А. Икле; гл. ред. В. И. Кулаков, отв. ред. И. В. Федоров; пер. с англ. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.

33. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.

Дополнительная литература:

20. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

21. Трубина, Т. Б. Трансвагинальные реконструктивно-пластические органосохраняющие и радикальные операции в гинекологии : монография / Т. Б. Трубина, Н. Н. Глебова, В. Б. Трубин. - Уфа : Уфим. гос. ин-т сервиса, 2004. - 166 с.

22. Эндоскопические методы диагностики и лечения в гинекологии : учеб. пособие / [сост. : Ф. К. Тетелютина, Е. П. Кузнецова, Л. И. Пименова и др.] ; ГОУ ВПО ИГМА. - Ижевск : [Б. и.], 2007. - 42 с.

Код 14.2. Тема «Операции на матке»**Цикл:** ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».**Контингент обучающихся:** заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций**Цель:** Освоить методы и технику эндоскопических операций на матке**План практического занятия**

Этапы занятия		Продолжительность (135 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	15
2.	Тренинг по проведению оперативного лечения на матке	90
3.	Разбор клинических случаев.	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Вопросы, решаемые в процессе занятия:

1. Операции на матке.
 - 1.1. Консервативные операции.
 - 1.2. Полурадикальные операции.
 - 1.2.1. Высокая ампутация.
 - 1.2.2. Радикальные операции.
 - 1.2.3. Надвлагалищная ампутация матки.
 - 1.2.4. Экстирпация матки.
2. Выбор операционного доступа (лапароскопия, гистероскопия).
3. Общие подходы к использованию оборудования и энергий.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, муляж «Зоя», истории болезни для разбора, набор инструментов, видеофильм.**Краткое изложение материала**

Операции на матке бывают радикальными (ампутация, экстирпация) и пластическими органосохраняющими (миомэктомия, дефундация, высокая ампутация матки).

Надвлагалищная ампутация матки – субтотальная гистерэктомия, представляет собой оперативное вмешательство, направленное на удаление матки с сохранением шейки матки. Возможны следующие варианты этой операции: типичная ампутация без придатков. Типичная ампутация матки с придатками, атипичные варианты надвлагалищной ампутиации матки.

Экстирпация матки – тотальная гистерэктомия – это полное удаление матки с шейкой. Различают типичную экстирпацию матки без придатков и с придатками.

В настоящее время актуальность пластических органосохраняющих операций на матке возросла в связи с большой частотой миомы матки у молодых женщин и необходимостью сохранения у них детородной и менструальной функции. Существуют следующие варианты операций: консервативная миомэктомия одного или нескольких подбрюшинных миоматозных узлов, органосохраняющие операции на матке при удалении одного или нескольких интерстициальных или субмукозных миоматозных узлов, удаление субмукозных миоматозных узлов матки трансвагинальным путем.

Дефундация матки – производится при локализации миомы у ее дна.

Высокая ампутация матки выполняется у женщин детородного возраста с целью сохранения менструальной функции.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-иметь представление о видах операций на матке, выборе анестезиологического пособия и операционного доступа

-знать технику диагностического выскабливания полости матки; технику выскабливания полости матки при прерывании беременности; технику зашивания разрыва шейки матки, влагалища, промежности; технику лапаротомии при внематочной беременности и перекруте кисты яичника; пункция заднего свода; прицельная биопсия; удаление полипа слизистой шейки матки; этапы ампутации матки.

-уметь ВЫПОЛНЯТЬ диагностического выскабливания полости матки; технику выскабливания полости матки при прерывании беременности; технику зашивания разрыва шейки матки, влагалища, промежности; технику лапаротомии при внематочной беременности и перекруте кисты яичника; пункция заднего свода; прицельная биопсия; удаление полипа слизистой шейки матки; этапы ампутации матки.

Контрольно-измерительные материалы

Тесты

001. При надвлагалищной ампутации матки маточные сосуды, как правило, пересекают

- а) на уровне внутреннего зева
- б) на 1,5 см выше области внутреннего зева
- в) на 1,5 см ниже области внутреннего зева
- г) в области кардинальных связок

Ответ: а

002. При экстирпации матки с придатками, как правило, пересекается все перечисленное, кроме

- а) воронко-тазовых связок
- б) круглых связок
- в) крестцово-маточных связок
- г) кардинальных связок
- д) маточных труб

Ответ: д

003. Радикальным оперативным вмешательством в гинекологии является

- а) надвлагалищная ампутация матки
- б) экстирпация матки
- в) удаление больших (более 10 см) подбрюшинных узлов миомы матки
- г) верно а) и б)
- д) все перечисленное

Ответ: г

004. показания к надвлагалищной ампутации матки при наличии миомы органа

- 1) размеры опухоли более 12 недель
- 2) подслизистое расположение узла
- 3) нарушение функции соседних органов (учащенное мочеиспускание)
- 4) подозрение на озлокачествление миомы
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4)
- д) ничего из перечисленного

Ответ: а

005. При надвлагалищной ампутации матки с левыми придатками, как правило, пересекают

- 1) обе круглые связки
- 2) собственную связку правого яичника и правую трубу (маточный конец)
- 3) воронко-тазовую связку слева

- 4) воронко-тазовую справа
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4)
- д) ничего из перечисленного

Ответ: а

Контрольные вопросы

- 5. Операции на матке.
- 6. Выбор операционного доступа.
- 7. Общие подходы к использованию оборудования и энергий.
- 8. Консервативные операции.
- 9. Радикальные операции.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

34. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

35. Ищенко, А. И. Новые технологии и малоинвазивная хирургия в гинекологии / А. И. Ищенко. –М. : Изд-кий дом ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 136 с.

36. Кулаков, В. И. Руководство по оперативной гинекологии / В. И. Кулаков, Н. Д. Селезнева, С. Е. Белоглазова. - : МИА, 2006. - 640 с.

37. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.

38. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.

39. Херт, Г. Оперативная урогинекология : Рук. для врачей: Пер. с англ / Г. Херт ; Под ред.: Н. А. Лопаткина, О. И. Аполихина. - : Изд. дом ГЭОТАР-МЕД, 2003. - 276 с.

40. Хирш, Х. А. Оперативная гинекология : атлас / Х. А. Хирш, О. Кезер, Ф. А. Икле; гл. ред. В. И. Кулаков, отв. ред. И. В. Федоров; пер. с англ. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.

41. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.

Дополнительная литература:

23. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

24. Трубина, Т. Б. Трансвагинальные реконструктивно-пластические органосохраняющие и радикальные операции в гинекологии : монография / Т. Б. Трубина, Н. Н. Глебова, В. Б. Трубин. - Уфа : Уфим. гос. ин-т сервиса, 2004. - 166 с.

25. Эндоскопические методы диагностики и лечения в гинекологии : учеб. пособие / [сост. : Ф. К. Тетелютина, Е. П. Кузнецова, Л. И. Пименова и др.] ; ГОУ ВПО ИГМА. - Ижевск : [Б. и.], 2007. - 42 с.

Код 14.3. Тема «Операции на придатках матки»

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: Освоить методику и технику эндоскопических операций на придатках матки.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (135 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Тренинг по проведению оперативного лечения на придатках матки	85
3.	Разбор клинических случаев.	25
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	15

Вопросы, решаемые в процессе занятия:

1. Операции на трубах.
 - 1.1. Удаление труб.
 - 1.2. Пластика.
2. Операции на яичниках.
 - 2.1. Резекция
 - 2.2. Ушивания, коагуляция
 - 2.3. Удаление

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, муляж «Зоя», истории болезни для разбора, набор инструментов, видеофильм.

Краткое изложение материала.

В настоящее время все большее значение в лечении воспалительных и опухолевидных заболеваний придатков матки приобретает лапароскопия, при которой можно не только осмотреть внутренние половые органы, но и взять соскоб для определения микрофлоры маточных труб, позадматочного пространства и в случае необходимости осуществить дренирование малого таза. Лапароскопические операции в настоящее время используют практически при всех видах гинекологической патологии. Операции на придатках матки включают операции на маточных трубах и операции на яичниках, часто вмешательство выполняют одновременно и на маточной трубе, и на яичнике. Эти операции могут быть как экстренные, так и плановые.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-иметь представление о видах операций на придатках матки, выборе анестезиологического пособия и операционного доступа

-знать гидросальпингография, технику операции при внематочной беременности: удаление трубы и придатков.

-уметь выполнить операции при внематочной беременности: удаление трубы и придатков.

Контрольно-измерительные материалы**Тесты**

001. в состав хирургической ножки кисты яичника всходит все перечисленное, кроме
- а) воронко-тазовой связки
 - б) собственной связки яичника

- в) мезовариума
- г) трубы
- д) круглой связки

Ответ: д

002. ничто из перечисленного не следует производить при перекручивании ножки кисты яичника у больной в возрасте 25 лет, кроме

- а) удаления яичника
- б) удаления матки с придатками
- в) удаления придатков с обеих сторон
- г) удаления придатков на стороне опухоли
- д) резекция пораженного яичника

Ответ: г

003. у больной при лапароскопии по поводу подозрения на апоплексию яичника обнаружено небольшое кровотечение из яичника. Необходимо произвести

- а) лапаротомию и ушивание яичника
- б) диатермокоагуляцию яичника под контролем лапароскопии
- в) лапаротомию и резекцию яичника
- г) лапаротомию и удаление придатков матки на стороне поражения

Ответ: б

004. во время операции у больной с интралигаментарным расположением опухоли яичника чаще всего имеется риск

- а) кровотечения из ложа опухоли
- б) варикозного расширения вен связочного аппарата
- в) двустороннего поражения яичников
- г) ранения мочеочника в связи с аномальным его расположением

Ответ: г

005. у больной 30 лет во время операции по поводу двустороннего пиосальпинкса следует произвести

- а) надвлагалищную ампутацию матки с придатками
- б) экстирпацию матки с придатками
- в) надвлагалищную ампутацию матки с трубами
- г) удаление обеих маточных труб
- д) удаление обоих придатков

Ответ: г

Контрольные вопросы

3. Операции на трубах.
4. Операции на яичниках.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

42. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

43. Ищенко, А. И. Новые технологии и малоинвазивная хирургия в гинекологии / А. И. Ищенко. –М. : Изд-кий дом ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 136 с.

44. Кулаков, В. И. Руководство по оперативной гинекологии / В. И. Кулаков, Н. Д. Селезнева, С. Е. Белоглазова. - : МИА, 2006. - 640 с.

45. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.

46. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.

47. Херт, Г. Оперативная урогинекология : Рук. для врачей: Пер. с англ / Г. Херт ; Под ред.: Н. А. Лопаткина, О. И. Аполихина. - : Изд. дом ГЭОТАР-МЕД, 2003. - 276 с.
48. Хирш, Х. А. Оперативная гинекология : атлас / Х. А. Хирш, О. Кезер, Ф. А. Икле; гл. ред. В. И. Кулаков, отв. ред. И. В. Федоров; пер. с англ. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.
49. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.

Дополнительная литература:

26. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
27. Трубина, Т. Б. Трансвагинальные реконструктивно-пластические органосохраняющие и радикальные операции в гинекологии : монография / Т. Б. Трубина, Н. Н. Глебова, В. Б. Трубин. - Уфа : Уфим. гос. ин-т сервиса, 2004. - 166 с.
28. Эндоскопические методы диагностики и лечения в гинекологии : учеб. пособие / [сост. : Ф. К. Тетелютина, Е. П. Кузнецова, Л. И. Пименова и др.] ; ГОУ ВПО ИГМА. - Ижевск : [Б. и.], 2007. - 42 с.

Код 14.4. Тема «Методы оперативного лечения при ретродевиациях, опущении стенок влагалища, выпадение матки»

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: Освоить методику и технику оперативного лечения при ретродевиациях, опущении стенок влагалища, воспаление матки.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Тренинг по проведению оперативного лечения	50
3.	Разбор клинических случаев.	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Вопросы, решаемые в процессе занятия:

4. Особенности репродуктивного здоровья женщины при ретродевиациях, опущении стенок влагалища, воспаление матки.
5. Диагностика ретродевиаций, степени опущении стенок влагалища.
6. Методы оперативного лечения при ретродевиациях, опущении стенок влагалища, воспаление матки.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, муляж «Зоя», истории болезни для разбора, набор инструментов, видеофильм.

Краткое изложение материала.

Ретродевиация матки (retrodeviatio uteri; ретро- + лат. devio, deviatum сбиваться с пути) — положение матки, при котором ее тело отклонено кзади, шейка — кпереди (ретроверсия), а угол между ними открыт кзади (ретрофлексия). Опущение и выпадение влагалища чаще у пожилых женщин, у девушек и нерожавших женщин данная патология (пролапс – опущение гениталий) крайне редка.

Причиной опущения влагалища являются изменения эластичности мышц и фасций малого таза. Обычно, эта проблема возникает у женщин в пожилом возрасте, однако же, этот процесс могут вызывать: многочисленные роды; травмы, полученные женщиной во время родов; тяжелая физическая работа в послеродовой период; возрастные процессы в половых органах. Так же опущение стенок влагалища происходит в результате повышения внутрибрюшного давления, ожирения, работы, связанной с постоянным подниманием тяжестей. Выпадение влагалища обычно развивается медленно. В начальной стадии Вы чувствуете болевые ощущения при натуживании: тянущие боли внизу живота и поясничной области, недержание мочи, запоры. Возможна боль при половом акте, а так же появление неприятных ощущений во влагалище. Когда патология развивается, у Вас появляется ощущение постороннего тела во влагалище слизистая оболочка влагалища становится грубой, легко травмируется. Смещение влагалища приводит к раздражению вегетативных нервов прямой кишки и мочевого пузыря, поэтому ещё одним частым симптомом является недержание мочи в сочетании с запором.

Консервативное лечение применяется, когда выраженность выпадения небольшая; оно включает в себя: ограничение физических нагрузок (особенно после 45 лет); курс гинекологического массажа; занятия гигиенической гимнастикой, направленной на улучшение кровоснабжения влагалища, и может укрепить связочный аппарат внутренних половых органов во время беременности и после родов, мышц брюшного пресса, тазового дна. Но чаще всего специалисты прибегают к хирургическому вмешательству (для

восстановления тазового дна). Два основных метода: кольпорафия - иссечение избыточной ткани стенок влагалища с последующим их сшиванием; кольпоперинеорафия (кольпоперинеопластика) - ушивание задней стенки влагалища и мышц промежности.

Кольпорафия (colporrhaphia; кольцо- + греч. rharhe шов) - хирургическая операция по ушиванию стенок влагалища при его опущении и выпадении. Кольпорафия бывает двух видов: передняя и задняя (зависит от отпущения стенки влагалища). Операция направлена на восстановление положения матки, мочевого пузыря и мышц таза, анатомическое положение которых изменяется вследствие опущения влагалища. Данное хирургическое вмешательство позволяет укрепить стенки влагалища и тазовое дно (мышцы промежности, которые придают влагалищу вертикальное положение).

Зачастую у женщин после родов происходит чрезмерное растяжение стенок влагалища и она не испытывает удовлетворения от половой близости: в этом случае применяется кольпоперинеорафия (кольпоперинеопластика) – ушивание задней стенки влагалища и мышц промежности. Операция делается под общим наркозом; стенку влагалища (переднюю или заднюю) оттягивают книзу, после чего из нее вырезают и удаляют лоскут на уровне перехода влагалища в шейку матки; после этого накладываются швы. Эти манипуляции позволяют приподнять стенку влагалища. Но бывают осложнения, когда хирург удаляет слишком большой лоскут и влагалище приподнимается, принимая неестественное положение, - в этом случае делают прорезывание швов – заживание будет болезненным и долгим. Повреждение стенки мочевого пузыря – ещё одно осложнение передней кольпорафии, жировой клетчатки вокруг прямой кишки или ее стенки – осложнение задней кольпорафии. После операции Ваши передвижения ограничены: на неделю – постельный режим, разрешение садиться только примерно через 2 недели (в зависимости от заживания и наличия воспаления). Врач назначит Вам обезболивающие и антибиотики.

Выпадение матки и влагалища — выход матки и стенок влагалища за пределы половой щели, обычно у пожилых, много рожавших женщин, имевших разрывы промежности, приступавших вскоре после родов к тяжёлому физическому труду. Нередко сопровождается недержанием мочи. В качестве лечения рекомендуется кольпопластика.

Этапы операции – передняя кольпорафия. Техника операции при опущении мочевого пузыря и передней стенки влагалища. Для сохранения детородной функции женщины В.С. Фриновским при опущении матки была предложена операция кристовидного укорочения круглых и крестцово-маточных связок путем чревосечения с обязательной кольпоперинеорафией и леваторопластикой. Показанием к операциям Мейо (влагалищной экстерпации матки с кольпоперинеорафией и леваторопластикой) является выпадение матки и влагалища в сочетании с миомой матки, эрозией шейки матки, длительной незаживающей декубитальной язвы. В детородном возрасте показанием к операции Мейо является выпадение матки субмуозной миомой, внутренним эндометриозом. Техника операции.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-иметь представление об особенностях репродуктивного здоровья женщин и диагностике при ретродевиациях, опущении стенок влагалища, воспалении матки;

-знать методы оперативного лечения при ретродевиациях, опущении стенок влагалища, воспалении матки;

-уметь выполнить операции при ретродевиациях, опущении стенок влагалища, воспалении матки.

Контрольно-измерительные материалы

Тесты

001. Показанием для задней кольпорафии является

- а) слишком емкое влагалище
- б) частичное выпадение матки
- в) недержание матки
- г) опущение и выпадение задней стенки влагалища
- д) удлинение шейки матки

Ответ: г

002. Показанием для срединной кольпорафии является

- а) удлинение шейки матки
- б) недержание матки
- в) опущение и выпадение передней стенки влагалища
- г) опущение и выпадение задней стенки влагалища
- д) полное выпадение матки в старческом возрасте

Ответ: д

003. Показанием для проведения манчестерской операции является

- а) полное выпадение матки
- б) опущение стенок влагалища и частичное выпадение матки
- в) слишком емкое влагалище
- г) деформация шейки матки

Ответ: б

004. показаниями для передней кольпорафии является

- а) опущение передней стенки влагалища
- б) опущение передней стенки влагалища и мочевого пузыря
- в) неполное выпадение матки
- г) верно а) и б)
- д) все перечисленное

Ответ: г

Контрольные вопросы

4. Особенности репродуктивного здоровья женщины при ретродевиациях, опущении стенок влагалища, воспаление матки.
5. Диагностика ретродевиаций, степени опущении стенок влагалища.
6. Методы оперативного лечения при ретродевиациях, опущении стенок влагалища, воспаление матки.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

50. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

51. Ищенко, А. И. Новые технологии и малоинвазивная хирургия в гинекологии / А. И. Ищенко. –М. : Изд-кий дом ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 136 с.

52. Кулаков, В. И. Руководство по оперативной гинекологии / В. И. Кулаков, Н. Д. Селезнева, С. Е. Белоглазова. - : МИА, 2006. - 640 с.

53. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.

54. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.

55. Херт, Г. Оперативная урогинекология : Рук. для врачей: Пер. с англ / Г. Херт ; Под ред.: Н. А. Лопаткина, О. И. Аполихина. - : Изд. дом ГЭОТАР-МЕД, 2003. - 276 с.

56. Хирш, Х. А. Оперативная гинекология : атлас / Х. А. Хирш, О. Кезер, Ф. А. Икле; гл. ред. В. И. Кулаков, отв. ред. И. В. Федоров; пер. с англ. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.

57. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практик. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.

Дополнительная литература:

29. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб. пособие / под ред. В. Е. Радзинского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

30. Трубина, Т. Б. Трансвагинальные реконструктивно-пластические органосохраняющие и радикальные операции в гинекологии : монография / Т. Б. Трубина, Н. Н. Глебова, В. Б. Трубин. - Уфа : Уфим. гос. ин-т сервиса, 2004. - 166 с.

31. Эндоскопические методы диагностики и лечения в гинекологии : учеб. пособие / [сост. : Ф. К. Тетелютина, Е. П. Кузнецова, Л. И. Пименова и др.] ; ГОУ ВПО ИГМА. - Ижевск : [Б. и.], 2007. - 42 с.

Код 14.5. Тема «Интенсивная терапия и профилактика осложнений в послеоперационном периоде».

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: освоить и овладеть методами интенсивной терапии и профилактики осложнений в послеоперационном периоде при эндоскопических операций.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	5
2.	Выступление слушателей.	25
3.	Разбор клинических случаев.	10
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Вопросы, решаемые в процессе занятия:

6. Течение и ведение послеоперационного периода
7. Послеоперационные нарушения и их коррекция
8. Восстановление физиологических функций (гомеостаза, мочеиспускания, кишечника, печени, почек).
9. Послеоперационные осложнения и их профилактика.
10. Реабилитационные мероприятия в послеоперационном периоде

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедиа, истории болезни для разбора.

Краткое изложение материала

При проведении интенсивной терапии в послеоперационном периоде основными задачами трансфузионной терапии является: поддержание необходимого ОЦК, улучшение микроциркуляции, нормализация кислотно-основного состояния и водно-электролитного баланса, восстановление кислородно-транспортной функции крови. Ориентировочной программой инфузионно-трансфузионной терапии является сочетанное применение коллоидов и кристаллоидов в соотношении 1/1, препаратов крови и компонентов крови по показаниям. Непременным правилом коррекции гомеостаза в послеоперационном периоде является тщательный лабораторный контроль.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-иметь представление об особенностях послеоперационного периода, нарушениях и осложнениях, методах их коррекции;

-знать методы коррекции, профилактики и лечения нарушений и осложнений в послеоперационном периоде;

- уметь оказать неотложную помощь при осложнениях послеоперационного периода.

Контрольно-измерительные материалы

Контрольные вопросы:

4. Особенности интенсивной терапии при осложнениях оперативных вмешательств в гинекологии.

5. Особенности интенсивной терапии при осложнениях оперативных вмешательств в акушерстве.
6. Профилактика осложнений послеродового периода

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

58. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.
59. Ищенко, А. И. Новые технологии и малоинвазивная хирургия в гинекологии / А. И. Ищенко. –М. : Изд-кий дом ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 136 с.
60. Кулаков, В. И. Руководство по оперативной гинекологии / В. И. Кулаков, Н. Д. Селезнева, С. Е. Белоглазова. - : МИА, 2006. - 640 с.
61. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
62. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.
63. Херт, Г. Оперативная урогинекология : Рук. для врачей: Пер. с англ / Г. Херт ; Под ред.: Н. А. Лопаткина, О. И. Аполихина. - : Изд. дом ГЭОТАР-МЕД, 2003. - 276 с.
64. Хирш, Х. А. Оперативная гинекология : атлас / Х. А. Хирш, О. Кезер, Ф. А. Икле; гл. ред. В. И. Кулаков, отв. ред. И. В. Федоров; пер. с англ. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.
65. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.

Дополнительная литература:

32. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
33. Трубина, Т. Б. Трансвагинальные реконструктивно-пластические органосохраняющие и радикальные операции в гинекологии : монография / Т. Б. Трубина, Н. Н. Глебова, В. Б. Трубин. - Уфа : Уфим. гос. ин-т сервиса, 2004. - 166 с.
34. Эндоскопические методы диагностики и лечения в гинекологии : учеб. пособие / [сост. : Ф. К. Тетелютина, Е. П. Кузнецова, Л. И. Пименова и др.] ; ГОУ ВПО ИГМА. - Ижевск : [Б. и.], 2007. - 42 с.

Код 15.1. Тема «Травматизм в акушерстве»

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: Освоить профилактические мероприятия, а также методы оперативных пособий при родовом травматизме матери.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (135 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	15
2.	Выступление курсантов	75
3.	Разбор клинических случаев.	30
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	15

Вопросы, решаемые в процессе занятия:

9. Понятие акушерского травматизма.
10. Разрывы наружных половых органов. Методики зашивания. Профилактика.
11. Разрывы шейки матки и влагалища. Зашивание. Профилактика. Гематомы влагалища. Диагностика. Тактика. Профилактика нагноений гематом.
12. Разрывы матки во время беременности (по рубцу) и в родах. Классификация (угрожающий, начавшийся; полный, неполный). Разрыв матки вследствие несоответствия размеров плода и таза матери. Клиника. Диагностика. Тактика. Разрыв матки в результате неполноценности миометрия. Разрыв матки в родах по рубцу.
13. Травмы смежных органов (мочевого пузыря, прямой кишки).
14. Разрыв лонного сочленения. Диагностика. Лечение. Профилактика. Реабилитация.
15. Травматические повреждения плода (кефалогематомы, кровоизлияния в мозг, повреждение спинного мозга плода и др.). Причины. Диагностика. Профилактика.
16. Профилактика акушерского травматизма. Реабилитация.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, муляж «Зоя», истории болезни для разбора, набор инструментов, видеофильм.

Краткое изложение материала.

Родовые травмы самопроизвольные и насильственные. Механические (связанные с перерастяжением тканей), морфологические (обусловленные гистохимическими изменениями в тканях) и смешанные (механо-гистопатические) причины родового травматизма.

Разрыв вульвы. Определение. Классификация. По причине. По локализации. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Хирургическое лечение. Условия для проведения операции. Техника операции.

Разрыв влагалища. Определение. Классификация. По причине. По локализации. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Хирургическое лечение. Условия для проведения операции. Техника операции. **Разрывы верхней части влагалища.** Осложнения.

Разрыв промежности. Определение. Классификация. По механизму возникновения. По степени повреждения тканей. По клиническому течению. Этиология. Факторы, способствующие разрыву промежности. Причины возникновения разрывов промежности: предшествующие изменения в области промежности и наружных половых органов, быстрое прохождение головки через вульварное кольцо, прохождение головки плода большим размером через вульварное кольцо. Патогенез. Клиническая картина.

Диагностика. Лечение. Хирургическое лечение. Условия для проведения операции. Техника операции. Зашивание разрывов I–II степени. Зашивание разрывов III–IV степени. Осложнения. Профилактика.

Гематомы мягких тканей родовых путей. Классификация. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Хирургическое лечение. Условия для проведения операции. Техника операции. Профилактика.

Разрывы шейки матки. Определение. Эпидемиология. Классификация. 3 степени разрыва шейки матки в зависимости от глубины. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Инструментальные исследования. Дифференциальная диагностика. Хирургическое лечение. Условия для проведения операции. Подготовка к операции. Методы обезболивания. Техника операции. Методика зашивания разрывов шейки матки двухрядным швом при разрывах шейки матки II–III степени. Осложнения. Профилактика.

Разрывы матки. Определение. Эпидемиология. Классификация. Самопроизвольные разрывы. Насильственные разрывы. По характеру повреждения различают. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Разрыв матки при несоответствии таза и головки. Угрожающий разрыв матки. Симптомы угрожающего разрыва матки. Начавшийся разрыв матки. Совершившийся разрыв матки. Разрыв матки при несостоятельности рубца на матке. Лечение. Метод выбора при угрожающем и начавшемся разрыве матки — операция кесарева сечения. Объем оперативного вмешательства при разрыве матки. Метод выбора органосохраняющие операции. Профилактика. Выделение беременных группы риска. Тщательное наблюдение за течением родов. Своевременная диагностика угрожающего разрыва матки. Методы диагностики состояния рубца на матке вне беременности.

Выворот матки. Определение. Эпидемиология. Классификация. Полный и неполный (частичный) выворот матки. Насильственный выворот. Самопроизвольный выворот. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Хирургическое лечение. Показания. Противопоказания. Подготовка к операции. Методы обезболивания. Техника операции. Этапы операции. Осложнения. Профилактика. **Расхождения и разрыв лонного сочленения.** Определение. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. **Послеродовые свищи. Генитальные свищи.** Определение. Эпидемиология. Классификация. Кишечно-генитальные свищи. Пузырно-генитальные свищи. Мочеточниково-генитальные свищи. Шеечно-влагалищные. Промежностно-влагалищные. Параметральновлагалищные. Придатково-влагалищные. Придатково-маточные. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Профилактика.

В результате проведенного занятия курсант должен:

- **иметь представление** о видах родового травматизма матери, осложнений в послеродовом периоде ввиду травматизма матери в родах;

- **-знать** об особенностях тактики врача для предотвращения родового травматизма матери;

- **-уметь** выполнить оперативное ушивание разрыва вульвы, влагалища, шейки матки, матки; этапы оперативного лечения послеродовых свищей.

Контрольно-измерительные материалы

Тесты

001. Первым этапом зашивания разрыва промежности III степени является

- а) восстановление слизистой влагалища
- б) наложение швов на мышцы промежности
- в) восстановление сфинктера прямой кишки

г) зашивание разрыва стенки прямой кишки

Ответ: г

002. Клиническая картина при угрожающем разрыве матки (на почве изменений в стенке матки) характеризуется наличием

- а) болезненности нижнего сегмента матки
- б) сильной родовой деятельности
- в) затруднения мочеиспускания
- г) отека шейки матки

Ответ: а

003. Профилактика акушерских травм таза у беременных группы риска включает

- а) госпитализацию в родильное отделение за 10-12 дней до срока родов
- б) ношение родового бандажа
- в) полноценное питание с достаточным количеством белка
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

004. Принципы лечения совершившегося разрыва матки

- 1) адекватное анестезиологическое пособие
- 2) оперативное вмешательство
- 3) инфузионно-трансфузионная терапия, адекватная кровопотере
- 4) коррекция нарушений гемокоагуляции
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

Ответ: в

005. При невосстановленных разрывах промежности II степени возможно развитие следующих осложнений

- 1) опущение и выпадение влагалища
- 2) опущение и выпадение матки
- 3) недержание газов и кала
- 4) диспареуния
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

Ответ: б

006. Клиническая картина гематомы в области наружных половых органов или под слизистой оболочкой влагалища характеризуется, как правило, следующим

- 1) наличием опухолевидного образования
- 2) сине-багровой окраской образования
- 3) напряжением тканей на обрете и болезненностью
- 4) возможным появлением признаков анемии
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) всем перечисленным
- г) верно 4
- д) ничем из перечисленного

Ответ: в

007. Профилактика разрывов промежности включает

1) соблюдение правил по защите промежности при прорезывании и выведении головки плода в родах

2) бережное и правильное выполнение родоразрешающих операций

3) правильное ведение родов

4) перинеотомию или эпизиотомию

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

Ответ: в

008. Показания к перинеотомии или эпизиотомии

1) ригидная промежность

2) операция наложения акушерских щипцов

3) высокая промежность

4) недоношенный плод

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

Ответ: в

Задачи

1. Повторнородящая поступила через 4 часа от начала родовой деятельности. Беременность доношенная. Воды не отошли. При поступлении АД 180/100 мм.рт.ст., отеки на нижних конечностях, в моче 2% белка. Роженица внезапно побледнела, появились жалобы на «распирающие» боли в животе. Предлежащая часть не определяется. Сердцебиение плода глухое, 90 ударов в минуту, аритмичное. Матка напряжена, асимметричной формы за счет увеличения левого угла матки. Пульс 100 ударов в минуту, мягкий слабого наполнения. Кровотечения нет. При влагалищном исследовании: раскрытие зева на 5 см, плодный пузырь цел, резко напряжен. Предлежащая часть не определяется. Диагноз? Тактика?

Контрольные вопросы

1. Разрывы наружных половых органов. Методики зашивания. Профилактика.
2. Разрывы шейки матки и влагалища. Зашивание. Профилактика. Гематомы влагалища. Диагностика. Тактика. Профилактика нагноений гематом.
3. Разрывы матки во время беременности (по рубцу) и в родах. Классификация (угрожающий, начавшийся; полный, неполный). Разрыв матки вследствие несоответствия размеров плода и таза матери. Клиника. Диагностика. Тактика. Разрыв матки в результате неполноценности миометрия. Разрыв матки в родах по рубцу.
4. Травмы смежных органов (мочевого пузыря, прямой кишки).
5. Разрыв лонного сочленения. Диагностика. Лечение. Профилактика. Реабилитация.
6. Травматические повреждения плода (кефалогематомы, кровоизлияния в мозг, повреждение спинного мозга плода и др.). Причины. Диагностика. Профилактика.
7. Профилактика акушерского травматизма. Реабилитация.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

66. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике : рук. / Э. К. Айламазян. - Изд. 4-е, перераб. и доп.. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 400 с.

67. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

68. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

69. Гинекология : новейший справочник / авт. Н. А. Татарова и др.; под общ. ред. Л. А. Сулопарова. - : Эксмо, 2007. - 688 с.

Дополнительная литература:

35. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб. пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

36. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

Код 16.1. Тема. Антенатальная охрана здоровья плода и иммунобиологические взаимоотношения матери и плода

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: ознакомиться с основными методами антенатальной диагностики плода и иммунобиологическими взаимоотношениями матери и плода.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	5
2.	Выступление слушателей	30
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе занятия:

- 1.Определение резус-иммунизации у беременной.
- 2.Иммунология резус-конфликта.
- 3.Патофизиология эритроblastоза плода.
- 4.Лечение эритроblastоза плода.
5. Профилактика эритроblastоза плода.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедийное оборудование, ноутбук, контрольные вопросы..

Краткое изложение материала:

Определение резус-иммунизации у беременной. – появление антител в ответ на внедрение фетальных эритроцитарных антигенов группы резус. Антитела проникают через плаценту, разрушают эритроциты плода, вызывая анемию, в результате которой появляются компенсаторные экстрамедулярные кроветворения что приводит к портальной гипертензии, нарушению функции печени, асциту, гипопроотеинемии, водянке плода. Резус система состоит из шести резус генов. Наиболее значимый ген Д. Иммунология резус-конфликта. Механизм изоиммунизации. Дородовая изоиммунизация. Изоиммунизация во время родов. Патофизиология эритроblastоза плода. Деструкция эритроцитов плода. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного. Легкая, средняя, тяжелая форма гемолитической болезни. Диагностика гемолитической болезни. Лечение и методы проведения внутриматочных гемотрансфузии. Ведение беременности у неиммунизированных женщин и иммунизированных женщин. Оценка иммунизации беременной, особенности родоразрешения и профилактика резус-иммунизации во время беременности и после родоразрешения.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-иметь представление об особенностях иммунобиологических взаимоотношений между матерью и плодом;

- **-знать** об особенностях тактики врача при резус-конфликте между матерью и плодом;

- **-уметь** назначать лечебную и профилактическую терапию при резус-конфликте между матерью и плодом.

Контрольно-измерительные материалы

Контрольные вопросы:

- 1.Особенности ведения беременных неиммунизированных и иммунизированных женщин.
- 2.Диагностика гемолитической болезни плода.

3.Профилактика резус-иммунизации во время беременности и после родоразрешения.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

581.Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике : рук. / Э. К. Айламазян. - Изд. 4-е, перераб. и доп.. - СПб. : СпецЛит, 2007. - 400 с.

582.Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

583.Чернуха, Е. А. Родовой блок : рук. для врачей / Е. А. Чернуха. - 3-е изд., перераб., испр. и доп. - : Триада-Х, 2003. - 712 с.

584.Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.

2. Дополнительная литература

305.Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004

306.Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.

307.Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

308.Серов В.Н., Сухих Г.Т., Баранов И.И., Пырегов А.В., Тютюнник В.Л., Шмаков Р.Г. Неотложные состояния в акушерстве: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2013. – 784с.

309.Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

310.Экстрагенитальная патология у беременных : учеб. пособие / [сост. : Н. Ф. Одинцова, М. В. Дударев] ; под ред. М. В. Дударева ; ГБОУ ВПО ИГМА, каф. поликлिन. терапии с курсами клин. фармакологии и профилактич. мед. ФПК и ПП. - Ижевск : ИГМА, 2013. - 92 с.

Код 16.2. Тема. Невынашивание беременности.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций.

Цель: Информирование слушателей по проблеме невынашивания.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (135 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Выступление слушателей	100
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	25

Задачи, решаемые в процессе занятия:

6. Классификация причин невынашивания беременности.
7. Этапы обследования супружеских пар при невынашивании.
8. Невынашивание беременности в ранние сроки беременности.
9. Тактика ведения женщин с невынашиванием беременности.
10. Алгоритм обследования в женской консультации. Этапы скринингового обследования женщин

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедиа.

Краткое изложение материала.

Классификация причин невынашивания беременности. Женский фактор: генетические, нейроэндокринные, инфекционные, иммунологические причины, аномалии гениталий, травмы, опухоли, патология беременности. Плодовый фактор. Социально-средовые причины. Производственные вредности.

Этапы обследования супружеских пар при невынашивании. Схема сбора анамнеза в супружеской паре. Тактика ведения женщин с невынашиванием беременности. Первый этап. Алгоритм обследования. Второй этап. Восстановительное лечение вне беременности. Основные задачи. Базисные виды лечения. Третий этап. Принципы ведения беременности наступившей после завершения восстановительной терапии.

Показатели диагностических тестов. Задачи терапии в зависимости от этапа лечения. Уровни специфических белков беременности и заболевания связанные с ними: α -фетопротеин, плацентарный лактоген, трофобласт-специфический β -гликопротеин, плацентарный микроглобулин, перекисное окисление липидов.

Невынашивание беременности при патологии матки. Алгоритм обследования в женской консультации. Этапы скринингового обследования женщин. Тактика ведения женщин группы риска на пороки развития плода. Системная энзимотерапия. Новые технологии лечения невынашивания.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-иметь представление о классификации причин невынашивания, методах обследования;

- **-знать** об особенностях тактики врача на различных этапах обследования супружеской пары при невынашивании беременности;

- **-уметь** диагностировать невынашивание беременности.

Контрольные вопросы:

- 1.Причины невынашивания
- 2.Невынашивание в ранние сроки беременности
- 3.Ведение беременных с невынашиванием, различной этиологии.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

585.Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

586.Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

587.Руководство по амбулаторно-полик-линической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

588.Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.

589.Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.

2. Дополнительная литература

311.Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004

312.Кулаков В.И., Назаренко Т.А., Волков Н.И., и др. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению: руководство / В.И. Кулаков, Т.А. Назаренко, Н.И. Волков Н.И. и др. / Под ред. Г.Т. Сухих, Т.А. Назаренко, 2-е изд., испр. и доп. - Издательство «ГЭОТАР-Медиа», - 2010.

313.Невынашивание беременности: патогенез, диагностика, лечения. Клиническое руководство Беременность и роды. / Род ред. А.Н. Стрижакова, Москва, 2011.

314.Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.

315.Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

316.Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

317.Серов В.Н., Сухих Г.Т., Баранов И.И., Пырегов А.В., Тютюнник В.Л., Шмаков Р.Г. Неотложные состояния в акушерстве: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2013. – 784с.

318.Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

Код 16.2. Тема Невынашивание. Антифосфолипидный синдром.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель. Информирование слушателей о антифосфолипидном синдроме в акушерстве

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Доклад преподавателя.	70
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе занятия:

9. Виды антифосфолипидного синдрома. Классификация.
10. Диагностика. Лабораторные исследования.
11. Антитела к кардиолипину антигену. Механизм действия.
12. Антифосфолипидный синдром и невынашивание беременности.
13. Антифосфолипидный синдром и преэклампсия.
14. Комплексная терапия.
15. Акушерская тактика.
16. Профилактика.

Перечень оборудования и методического оснащения : учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, демонстрация клинического случая..

Краткое изложение материала.

Антифосфолипидный синдром был описан 10 лет назад у больных СКВ и другими коллагенозами. Важную роль в патогенезе болезни играют антитела к фосфолипидам (волчаночный антикоагулянт и антитела к кардиолипину антигену). Заболевание характеризуется тромбозами артерий и вен, а также – ВУЗР, гибелью плода, преэклампсией. Классификация. Клинические формы. 10-20% самопроизвольных аборт на ранних сроках беременности обусловлены иммунными нарушениями. При привычном аборте их обнаруживают у 16% женщин, среди больных СКВ или другими коллагенозами в 2 раза чаще. Прогноз уточняют на 18-24 неделе после доплерографического исследования маточного кровотока и определения уровня АФП в сыворотке. У 15-20% беременных с преэклампсией обнаруживаются антитела к кардиолипину антигену. При ВУЗР антитела к кардиолипину антигену обнаруживают в 25% случаев, то есть в 10 раз чаще. Комплексная терапия включает в себя аспирин в малых дозах, гепарин в малых дозах, кортикостероиды. После тщательного сбора анамнеза определяют АЧТВ. Если этот показатель повышен, проводят пробу на волчаночный антикоагулянт. При положительном результате назначают аспирин или гепарин. Определяют антитела к кардиолипину антигену. Если их титр невысок, дальнейшее лечение не требуется. При среднем или высоком титре назначают кортикостероиды. Акушерская тактика. Влияние на исходы для матери и плода. Профилактика.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-иметь представление об особенностях антифосфолипидного синдрома у женщин, особенностям их репродуктивной функции;

- -знать об особенностях тактики врача при ведении беременности у женщин с антифосфолипидным синдромом;

- -уметь назначать обследования при выявлении антифосфолипидного синдрома, вести беременность и роды у данных женщин.

Контрольно-измерительные материалы

Контрольные вопросы:

5. Виды антифосфолипидного синдрома.
6. Диагностика АФС.
7. Лабораторные исследования АФС.
8. Антифосфолипидный синдром и преэклампсия.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

590.Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

591.Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

592.Руководство по амбулаторно-полик-линической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

593.Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.

594.Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.

2. Дополнительная литература

319.Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004

320.Кулаков В.И., Назаренко Т.А., Волков Н.И., и др. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению: руководство / В.И. Кулаков, Т.А. Назаренко, Н.И. Волков Н.И. и др. / Под ред. Г.Т. Сухих, Т.А. Назаренко, 2-е изд., испр. и доп. - Издательство «ГЭОТАР-Медиа», - 2010.

321.Невынашивание беременности: патогенез, диагностика, лечения. Клиническое руководство Беременность и роды. / Род ред. А.Н. Стрижакова, Москва, 2011.

322.Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.

323.Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

324.Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

325.Серов В.Н., Сухих Г.Т., Баранов И.И., Пырегов А.В., Тютюнник В.Л., Шмаков Р.Г. Неотложные состояния в акушерстве: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2013. – 784с.

326.Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

Тема 16.4. Гипоксия и отставание внутриутробного развития плода

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: информировать слушателей о гипоксии и внутриутробном отставании развития плода.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Выступление преподавателя.	70
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе занятия:

1. Кардиотокограмма.
2. Оценка результатов КТГ.
3. Клиническое значение нарушений сердечного ритма плода.
4. Дополнительные исследования при внутриутробной гипоксии. Фоностимуляция и пальпация головки плода. Оценка кислотно-щелочного равновесия.
5. Наблюдение за состоянием плода. Гравидограмма. Стрессовый и нестрессовый тест. Биофизический профиль плода.
- 6.. СЗРП. Классификация. Патогенез.
7. Диагностика. Лечение.
8. Тактика ведения беременности при подозрении на ВЗУР.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедийное оборудование, ноутбук, контрольные вопросы..

Краткое изложение материала.

Регуляция сердечного ритма плода осуществляется г.о. нервной системой. Кроме этого, существует целый ряд гуморальных и других факторов, опосредованно влияющих на сердечный ритм плода, например плацентарный кровоток.

На кровоснабжение фетоплацентарной системы идет почти 85% маточного кровотока. Основные причины снижения маточного кровотока – длительное положение беременной на спине, чрезмерная физическая нагрузка, артериальная гипер-и гипотония, сахарный диабет. Внутриутробная гипоксия может появляться при нарушении кровоснабжения межворсинчатого пространства из-за продолжительных или чрезмерно сильных схваток, преждевременной отслойке и инфарктах плаценты.

Ритм сокращений плода задается синусовым ритмом. Изменения ЧСС обусловлены симпатическими и парасимпатическими влияниями на синусовый узел. Преходящее снижение вариабельности сердечного ритма обычно обусловлено инфекцией, приемом лекарственных средств и внутриутробной гипоксией. Длительное отсутствие вариабельности сердечного ритма может быть признаком тяжелого поражения ЦНС.

Кардиотокограмма. Непрямая. Сердечные сокращения плода. Сократительная функция матки. Прямая КТГ. Сердечные сокращения плода. Сократительная функция матки. Оценка результатов КТГ. Акцелерация. Ранние децелерации. Вариабельные децелерации. Поздние децелерации. Сочетание децелераций с тахикардией или отсутствием вариабельности сердечного ритма указывает на тяжелую гипоксию с ацидозом. Замедленное восстановление исходного ритма после децелераций указывает на нарастание гипоксии. При нормальных ЧСС и вариабельности сердечного ритма прогноз благоприятный. В каждом случае необходима ранняя диагностика внутриутробной гипоксии и профилактика гипоксического поражения ЦНС, почек и ЖКТ. Если причина

не устранима, то показано экстренное родоразрешение и сердечно-легочная реанимация опытным неонатологом. При тахикардии дифференциальную диагностику проводят между синусовой и другими формами наджелудочковой тахикардии. Особое внимание уделяют диф.диагностике брадикардии и врожденного нарушения внутрисердечной проводимости у плода. Родоразрешение в специализированной клинике.

Вариабельные децелерации возникают в результате кратковременного сдавления пуповины в течение схваток, при маловодии или дефиците вартоновой студени. Предпринимаются следующие мероприятия: смена положения тела роженицы, родостимуляция окситоцином, ингаляция 100% кислородом, интраамниальное введение физиологического раствора, лечение артериальной гипотонии.

Поздние децелерации и отсутствие variability сердечного ритма – признаки тяжелой плацентарной недостаточности и внутриутробной гипоксии.

Наблюдение за состоянием плода. Подсчет шевелений плода беременная осуществляет самостоятельно (риск менее 10 раз в 1 час.). Стрессовый тест позволяет оценить состояние ЧСС плода в ответ на сокращение матки, вызванные массированием сосков молочных желез или в/в введением окситоцина. Нестрессовый тест позволяет изучить изменение ЧСС плода при его шевелениях.

Биофизический профиль плода включает: ЧДД, мышечный тонус, двигательная активность, ЧСС (нестрессовый тест), объем околоплодных вод.

ВУЗР – акушерский диагноз, ставят при заметном отставании развития плода. Симметричная и несимметричная формы. Проявления ВУЗР зависят от нарушенной фазы развития. Основная причина симметричной – хромосомные аномалии, инфекции, влияние экзогенных факторов в ранние сроки беременности, ассиметричной – плацентарная недостаточность. Диагностика – УЗИ (фетометрия).

ВУЗР – фактор риска гибели плода. При плацентарной недостаточности прогноз можно улучшить с помощью ранней диагностики и своевременного лечения и родоразрешения. Срок родоразрешения зависит от срока беременности и состояния плода. Метод родоразрешения зависит от положения и предлежания плода, зрелости шейки матки, а также variability ЧСС плода в ответ на сокращения матки.

Макросомия – если вес ребенка при рождении составляет более 4000-4500 г. либо выше 90-го перцентиля для данного гестационного возраста.. основная причина – сахарный диабет у матери.. Диагностика – УЗИ. Основное затруднение родов – рождение плечиков. При подозрении на макросомию расширяют показания к кесареву сечению.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-иметь представление об особенностях гипоксии плода, проведении КТГ;

- **-знать** об особенностях тактики врача при выявлении гипоксии и отставании внутриутробного развития плода;

- **-уметь** назначать профилактическую терапию при гипоксии и отставании внутриутробного развития плода; родоразрешать женщин при гипоксии и отставании внутриутробного развития плода.

Контрольно-измерительные материалы

Контрольные вопросы:

4.Плацентарная недостаточность (этиология, патогенез, диагностика, профилактика и лечение).

5.Особенности течения и ведения беременности при хронической и острой гипоксии плода.

6.Тактика врача по ведению беременности при СЗРП

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

595.Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

596.Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

597.Руководство по амбулаторно-полик-линической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

598.Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.

599.Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.

2. Дополнительная литература

327.Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004

328.Кулаков В.И., Назаренко Т.А., Волков Н.И., и др. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению: руководство / В.И. Кулаков, Т.А. Назаренко, Н.И. Волков Н.И. и др. / Под ред. Г.Т. Сухих, Т.А. Назаренко, 2-е изд., испр. и доп. - Издательство «ГЭОТАР-Медиа», - 2010.

329.Невынашивание беременности: патогенез, диагностика, лечения. Клиническое руководство Беременность и роды. / Род ред. А.Н. Стрижакова, Москва, 2011.

330.Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.

331.Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

332.Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

333.Серов В.Н., Сухих Г.Т., Баранов И.И., Пырегов А.В., Тютюнник В.Л., Шмаков Р.Г. Неотложные состояния в акушерстве: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2013. – 784с.

334.Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

Код 16.5. Тема. Реанимация и интенсивная терапия новорожденных.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: ознакомить слушателей с этапами оказания первичной реанимационной помощи новорожденному в родильном зале.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Выступление слушателей.	30
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Задачи, решаемые в процессе занятия:

10. Способы улучшения организации и качества первичной и реанимационной помощи новорожденным в родильном зале.

11. Методические указания «Первичная и реанимационная помощь новорожденному в родильном зале».

12. Учетная форма №097-И/у-95 – «Карта первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале».

13. Формы первичной медицинской документации введенной приказом.

14. Последовательность оказания первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале.

15. Прогнозирование необходимости реанимации.

16. Этапы оказания первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале. Цикл «оценка – решение - действие».

17. Инструменты, оборудование и медикаменты для первичной и реанимационной помощи новорожденным в родильном зале.

18. Схема реанимации новорожденных в родильном зале. Методика интубации трахеи. Медикаменты, используемые при реанимации новорожденных.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедийное оборудование, ноутбук, контрольные вопросы..

Краткое изложение материала

Методические указания «Первичная и реанимационная помощь новорожденному в родильном зале»; последовательность оказания первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале, прогнозирование необходимости реанимации, готовность персонала и оборудования к проведению реанимационных мероприятий, цикл «оценка – решение - действие», этапы оказания первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале; инструменты, оборудование и медикаменты для первичной и реанимационной помощи новорожденным; схема реанимации новорожденных в родильном зале; методика интубации трахеи, медикаменты, используемые при реанимации новорожденных.

Карта первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале. Инструкция по заполнению карты первичной и реанимационной помощи новорожденному. Список форм первичной медицинской документации.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-иметь представление о особенностях первичной и реанимационной помощи новорожденным;

-знать последовательность оказания первичной и реанимационной помощи новорожденным;

-уметь выполнять первичную и реанимационную помощь новорожденным.

Контрольно-измерительные материалы

Контрольные вопросы:

1.Последовательность оказания первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале.

2. Прогнозирование необходимости реанимации,

3.Особенности реанимации новорожденных.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

600.Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.

601.Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

602.Руководство по амбулаторно-полик-линической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

603.Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.

604.Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.

2. Дополнительная литература

335.Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004

336.Кулаков В.И., Назаренко Т.А., Волков Н.И., и др. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению: руководство / В.И. Кулаков, Т.А. Назаренко, Н.И. Волков Н.И. и др. / Под ред. Г.Т. Сухих, Т.А. Назаренко, 2-е изд., испр. и доп. - Издательство «ГЭОТАР-Медиа», - 2010.

337.Невынашивание беременности: патогенез, диагностика, лечения. Клиническое руководство Беременность и роды. / Род ред. А.Н. Стрижакова, Москва, 2011.

338.Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.

339.Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

340.Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

341.Серов В.Н., Сухих Г.Т., Баранов И.И., Пырегов А.В., Тютюнник В.Л., Шмаков Р.Г. Неотложные состояния в акушерстве: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2013. – 784с.

342.Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.

Код 18.1. Тема. Профилактика нежелательной беременности. Виды абортов. Преимущества медикаментозного аборта. Профилактика осложнений.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: Информирование слушателей о профилактике нежелательной беременности, видах абортов, преимуществах медикаментозного аборта и профилактике осложнений.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Выступление слушателей	70
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе занятия:

5. Профилактика нежелательной беременности.
6. Виды абортов.
7. Медикаментозный аборт.
8. Профилактика осложнений после аборта.

Перечень оборудования и методического оснащения: учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, демонстрация клинического случая.

Краткое изложение материала

Нежелательная беременность является одной из основных проблем современной женщины. Особенности служб планирования семьи в настоящее время. Несмотря на появление огромного количества методов, предупреждающих возникновение беременности, частота абортов в нашей стране остается на высоком уровне. Для большинства женщин аборт является наиболее доступным методом регулирования рождаемости. Аборт - преждевременное прерывание беременности. В настоящее время существует несколько способов искусственного прерывания беременности. К ним относятся вакуум-аспирация («мини-аборт»), инструментальное выскабливание полости матки с удалением плодного яйца, медикаментозный аборт и т.д. Несмотря на большое разнообразие методов прерывания беременности, все они опасны из-за развития осложнений.

Выделяют ранние и поздние осложнения. К ранним осложнениям относят кровотечения, нарушения целостности (перфорация) и разрыв матки, воспалительные заболевания половых органов. К поздним осложнениям относят: воспалительные заболевания половых органов, гормональные нарушения, эндометриоз, осложнение течения последующих беременностей и бесплодие. Именно осложнения, связанные с прерыванием беременности, являются основной причиной гибели женщин в связи с беременностью и родами.

Большое значение в предупреждении нежелательной беременности, а следовательно - в профилактике абортов, снижении риска развития гинекологических болезней и материнской смертности имеет правильное и адекватное использование не только контрацепции, но и медикаментозного прерывания беременности на ранних сроках, как наиболее щадящего репродуктивное здоровье женщины методы прерывания беременности.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-знать роль службы планирования семьи в сохранении репродуктивного здоровья населения.

-**уметь** по результатам клинического течения заболевания, лабораторной диагностике поставить диагноз.

-**владеть** методами медикаментозного аборта

Контрольно-измерительные материалы

Контрольные вопросы

1. Что такое планирование семьи?
2. Каковы цели планирования семьи?
3. С помощью каких препаратов производится медикаментозный аборт?
4. Виды абортов.
5. Особенности медикаментозного аборта.
6. Профилактика осложнений после аборта.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

605. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

606. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

607. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.

608. Руководство по амбулаторно-полик-линической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

609. Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.

2. Дополнительная литература

343. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.

344. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб. пособие / под ред. В. Е. Радзинского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

345. Руководство по контрацепции / под ред. В.Н. Прилепской. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 456с.

Код. 18.2. Тема. Гормональная контрацепция.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: Информирование слушателей о гормональной контрацепции.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Выступление слушателей	70
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе занятия:

12. Фармакокинетика современных гормональных контрацептивов.
13. Фармакодинамика.
14. Классификация.
15. Комбинированные оральные контрацептивы.
16. Прогестагенные контрацептивы.
17. Посткоитальные препараты.
18. Консультирование.
19. Правила приема.
20. Побочные эффекты и осложнения.
21. Абсолютные и относительные противопоказания. Классы приемлимости ВОЗ.
22. Другие гормональные контрацептивы (инъекционные, норплант, ВМС).

Перечень оборудования и методического оснащения: учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, демонстрация клинического случая.

Краткое изложение материала.

Гормональная контрацепция пользуется большой популярностью в странах Западной Европы. Например, по данным за 2003 год в Англии данный вид контрацепции используют 22% женщин репродуктивного возраста, во Франции – 36%, в Германии – 48%, в Италии – 23%, в то время как в Российской Федерации – 8,6%.

Виды гормональных контрацептивов. Фармакокинетика и фармакодинамика. Влияние на организм. Половые органы и молочные железы. Эндокринные железы. Другие органы. Тяжелые побочные эффекты: сосудистые осложнения – тромбозы вен и ТЭЛА. Ишемический и геморрагический инсульт. Инфаркт миокарда. Опухоли печени. Рак молочной железы. Рак яичника и тела матки. Рак шейки матки. Артериальная гипертензия. Аменорея. Другие побочные эффекты: межменструальные кровянистые выделения, тошнота и рвота, увеличение веса. Абсолютные и относительные противопоказания. Классификация ВОЗ. Рекомендации. Классы приемлимости. Выбор препарата. Консультирование. «Мирена», Норплант, мини-пили, Депо-провера. Экстренная контрацепция. Метод Юспе.

В результате проведенного занятия курсант должен:

- знать** с современными аспектами гормональной контрацепции
- уметь** консультировать по вопросам гормональной контрацепции
- владеть** методами экстренной контрацепции.

Контрольно-измерительные материалы**Задачи.**

1. К врачу обратилась девушка 16 лет с жалобами на утомляемость, слабость, периодические головокружения. При опросе выяснено, что 1 мес и 2 нед назад произведен искусственный аборт без осложнений. Половой партнер постоянный, половая жизнь

регулярная. В настоящее время для предохранения использует презерватив. При обследовании в крови выявлено снижение гемоглобина, уровень сывороточного железа на нижней границе нормы. Какой метод контрацепции лучше рекомендовать пациентке?

2. Девушка 16,6 лет учится, соматически здорова желает использовать контрацепцию. Рост 164 см, вес 58,2 кг. Половое развитие соответствует возрасту. Постоянного партнера нет, половая жизнь 2-3 раза в месяц. Юношеские угри на лбу и подбородке. Какой метод контрацепции лучше рекомендовать пациентке?

3. Женщина, 21 г замужем. 6 мес назад были срочные роды, кормит ребенка грудью, желает использовать контрацепцию. Беременность и роды планирует не ранее чем через 5 лет. Рост 174, вес 73. Соматически здорова. До родов отмечает болезненность менструаций в первые 2 дня, иногда принимала но-шпу. Какой метод контрацепции лучше рекомендовать пациентке?

4. Женщина, 36 лет, преподаватель, страдает миопией легкой степени, хроническим пиелонефритом с редкими обострениями. Нуждается в регулярной контрацепции. Рост 154, вес 63,6. Из гинекологических заболеваний – ПМС, который проявляется отеками лица, тела, раздражительностью, плаксивостью, снижением концентрации, иногда расстройством стула. Какой метод контрацепции лучше рекомендовать пациентке?

5. За консультацией к гинекологу обратилась женщина 24 лет, замужем, половая жизнь регулярная. Накануне вечером при сексуальном контакте произошел разрыв презерватива. Беременность не планирует по семейным обстоятельствам. Предложите метод экстренной контрацепции. Какой будет тактика врача?

Контрольные вопросы.

1. Какие методы контрацепции относятся к обратимым?
2. Какие контрацептивы относят к чисто прогестинным?
3. Какие контрацептивы обладают пролонгированным действием?
4. Какие методы контрацепции наиболее приемлемы для девушки-подростка, имеющей регулярные контакты с постоянным партнером?
5. Какие методы контрацепции наиболее рекомендованы в позднем репродуктивном периоде?

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

610. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

611. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

612. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.

613. Руководство по амбулаторно-полик-линической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

614. Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.

2. Дополнительная литература

346. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.

347. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб. пособие / под ред. В. Е. Радзинского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

348. Руководство по контрацепции / под ред. В.Н. Прилепской. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 456с.

Код 18.3-18.5. Тема. Внутриматочная контрацепция. Барьерные и прочие методы контрацепции. Стерилизация. Выбор метода контрацепции в разных возрастных группах, у женщин с экстрагенитальной патологией.

Цикл: ОУ по специальности «Акушерство и гинекология».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений родильных домов, больниц и женских консультаций

Цель: информирование слушателей о внутриматочной и барьерной контрацепции, стерилизации.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (180 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Выступление слушателей	145
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	25

Задачи, решаемые в процессе занятия:

12. Методы контрацепции.
13. Физиологические методы контрацепции.
14. Барьерные методы контрацепции.
15. Химические методы контрацепции.
16. Внутриматочная контрацепция. Механизм действия медьсодержащих ВМС.

Механизм действия гормонсодержащих ВМС. Терапевтическое действие.

17. Хирургические методы контрацепции – стерилизация.
18. Эффективность контрацепции. Индекс Перля.
19. Осложнения.
20. Контрацепция у подростков.
21. Контрацепция после родов.
22. Контрацепция в позднем репродуктивном периоде.

Перечень оборудования и методического оснащения: учебная аудитория, мультимедиа, ноутбук, контрольные вопросы, демонстрация клинического случая.

Краткое изложение материала.

Вопросы контрацепции волновали человечество с давних времен. За тысячелетия было изобретено множество способов защиты от незапланированной беременности, но не все они были эффективными, а некоторые даже вредили здоровью. В наше время под понятием «контрацепция» подразумевается не только предохранение от нежелательной беременности, но и сохранение репродуктивной функции организма женщины, т.е. возможности зачать тогда, когда женщина к этому готова не только физически, но и морально.

Наиболее распространенные способы:

- естественная контрацепция (половое воздержание, прерванный половой акт, календарный подсчет опасных дней, температурный метод);
- барьерная контрацепция (презерватив, влагалищная диафрагма);
- химическая контрацепция (противозачаточные кремы, противозачаточные свечи, противозачаточные тампоны);
- внутриматочная контрацепция;
- хирургическая контрацепция (стерилизация женщин, стерилизация мужчин);

Физиологический метод контрацепции для здоровья женщины самый безопасный метод, но, к сожалению, неэффективный и не слишком надежный. К нему относятся: половое воздержание, прерванный половой акт, календарный метод, температурный метод.

Суть **барьерного метода** заключается в том, что для предотвращения нежелательной беременности создается барьер, который препятствует проникновению сперматозоидов во

влагалище и матку. Это может быть презерватив, влагалищная диафрагма. **Презервативы:** мужские, женские. Распространенность. Разновидность, методика использования, механизм действия. Эффективность. Недостатки метода. Применение в комбинации со спермицидами. Роль в профилактике заболеваний передаваемых половым путем, СПИДа, ВИЧ. Особенности использования и хранения. **Влагалищная диафрагма.** Механизм действия. Распространенность метода, индивидуальный подбор (рожавшим и нерожавшим) и техника введения диафрагмы. Сочетание со спермицидами. Противопоказания. Эффективность. Возможные осложнения. **Шеечные колпачки.** Механизм действия. Распространенность метода. Их разновидности, размеры. Противопоказания. Побочные действия. Методика введения. Длительность использования. Эффективность. Оценка состояния здоровья, консультирование. Дальнейшее наблюдение. **Губки** - новый медикаментозный барьерный контрацептив. Механизм действия. Методика использования. Эффективность. Недостатки.

Химический вид контрацепции исключает прием внутрь различных препаратов. Спермициды применяются местно. Основное их действие – снизить (уменьшить) активность сперматозоидов. В результате – оплодотворения не происходит. При такой контрацепции применяются различные противозачаточные кремы, свечи, гели и т.д. Препарат применяется за 10-15 минут до полового акта. Химическая контрацепция удобна в применении, препараты не имеют запаха. Но частое использование данного метода нежелательно, так как можно вызвать дисбактериоз.

Внутриматочная контрацепция — один из наиболее распространенных эффективных методов предупреждения нежелательной беременности. По данным ВОЗ, в настоящее время более 60 млн женщин используют различные виды ВМК, которые по популярности уступают только КОК. В России, согласно статистическим данным, данный метод контрацепции по популярности занимает первое место (по данным Минздравсоцразвития РФ, в 2004 г. 13,86% женщин репродуктивного возраста использовали различные виды внутриматочных средств (ВМС). Несмотря на большую историю внутриматочной контрацепции, до настоящего времени нет единой точки зрения на механизм действия ВМК. Существует несколько теорий: теория abortивного действия, теория асептического воспаления, теория энзимных нарушений и подавления функциональной активности эндометрия, что делает невозможным имплантацию оплодотворенной яйцеклетки, а также теория ускоренной перистальтики маточных труб и сперматотоксического действия ионов меди. Повидимому, нельзя рассматривать ту или иную теорию как превалирующую, так как в осуществлении контрацептивного действия ВМК играют роль несколько механизмов. Виды. Эффективность. Индекс Перля. Механизм действия медьсодержащих ВМС. Механизм действия гормонсодержащих ВМС. Терапевтическое действия. Осложнения. Воспалительные заболевания органов малого таза. Экспульсия. Перфорация матки. Лечение осложнений. Беременность и ВМС. Тактика ведения. Подбор ВМК. Консультирование. Введение ВМК. Безопасные технологии. Абсолютные и относительные противопоказания.

Спермицидные средства контрацепции. Типы: кремы, желе, аэрозоли, шарики, таблетки, пасты, растворы. Механизм действия. Достоинства метода. Неконтрацептивные преимущества. Недостатки. Методика применения. Осложнения. Оценка состояния здоровья. Использование спермицидных средств в сочетании с барьерными методами контрацепции.

В настоящее время добровольная **хирургическая контрацепция** или стерилизация (ДХС) является наиболее распространенным методом планирования семьи как в развитых, так и в развивающихся странах. ДХС представляет собой необратимый, самый эффективный метод предохранения от беременности не только для мужчин, но и для женщин, и в то же время самый безопасный и экономный способ контрацепции. Частое употребление местной анестезии с незначительным седативным действием, усовершенствование хирургической техники и лучшая квалификация медицинского

персонала – все это способствовало повышению надежности ДХС за последние 10 лет. При выполнении ДХС в послеродовом периоде опытным персоналом под местной анестезией, небольшим кожным надрезом и усовершенствованным хирургическими инструментами длительность пребывания роженицы в роддоме не превышает обычную продолжительность койко-дней. Надлобковая минилапаротомия(выполняемая обычно спустя 4 или более недели после родов) может быть выполнена в амбулаторных условиях под местной анестезией, как и при лапароскопическом методе хирургической стерилизации. Вазэктомия остается более простым, более надежным и менее дорогим методом хирургической контрацепции, чем женская стерилизация, хотя последняя остается более популярным методом предохранения от беременности.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-знать виды ВМС, механизм действия медьсодержащих ВМС, механизм действия гормонсодержащих ВМС. Терапевтическое действия.

-уметь консультировать по вопросам ВМС

-владеть методами назначения различных видов контрацептивных средств, введения и удаления разных видов ВМС, методами проведения окклюзии маточных труб, этапами проведения операции стерилизации.

Контрольно-измерительные материалы

Доклады:

1. Виды ВМС.
2. Механизм действия медьсодержащих ВМС.
3. Механизм действия гормонсодержащих ВМС. Терапевтическое действия.
4. Осложнения. Воспалительные заболевания органов малого таза.
5. Беременность и ВМС.
6. Подбор ВМК. Консультирование.
7. Добровольная хирургическая стерилизация.
8. добровольная хирургическая стерилизация
9. Хирургическая стерилизация по медицинским показаниям

Контрольные вопросы:

14. Особенности использования медь-содержащих и гормоносодержащих ВМК.
15. Классы приемлемости ВОЗ по ВМК.
16. Особенности барьерной контрацепции.
17. Показания к хирургической стерилизации.
18. Механизм действия медьсодержащих ВМС.
19. Механизм действия гормонсодержащих ВМС. Терапевтическое действия.
20. Осложнения. Воспалительные заболевания органов малого таза.
21. Беременность и ВМС.
22. Подбор ВМК. Консультирование.
23. Современные виды барьерных и прочих методов контрацепции.
24. Особенности контрацепции в зависимости от возраста больной.
25. Побочные эффекты методов контрацепции.
26. Неконтрацептивные эффекты гормональных препаратов: влияние на АД, коагуляцию, углеводный, липидный и минеральный обмен, массу тела, желудочно-кишечный тракт, риск развития опухолей.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература

615. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.

616. Гинекология : нац. руководство : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / гл. ред.: В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

617. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.

618. Руководство по амбулаторно-полик-линической помощи в акушерстве и гинекологии : для врачей жен. консультаций / гл. ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1072 с.

619. Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.

2. Дополнительная литература

349. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.

350. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб. пособие / под ред. В. Е. Радзинского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007

351. Руководство по контрацепции / под ред. В.Н. Прилепской. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 456с.