

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

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

**ПРОГРАММА
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
СПЕЦИАЛИСТОВ С ВЫСШИМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ
ОБРАЗОВАНИЕМ
«ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ
БЕРЕМЕННОСТИ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЯХ»**

Ижевск 2016 год

Программа дополнительного профессионального образования «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях» разработана сотрудниками кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ПП (заведующая кафедрой – доктор медицинских наук, профессор Тетелютина Ф.К.) под руководством ректора ФГБОУ ВО ИГМА – доктора медицинских наук, профессора Н.С. Стрелкова.

Рекомендована Ученым советом ФГБОУ ВО ИГМА в качестве программы дополнительного профессионального образования по специальности «Акушерство и гинекология» (повышение квалификации)
«__26__» ____ января ____ 2016 года (протокол №__5__)

СОДЕРЖАНИЕ

Состав рабочей группы и консультантов по разработке программы дополнительного профессионального образования специалистов с высшим профессиональным образованием по направлению «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях»	4
Пояснительная записка	5
Требования к уровню подготовки врача-специалиста, успешно освоившего основную профессиональную образовательную программу дополнительного профессионального образования «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях»	7
Профессиональные компетенции врача-специалиста	7
Перечень знаний, умений и владений врача-специалиста	8
Содержание рабочей программы «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях» (Дисциплины, модули)	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»	11
Раздел 4. «Патологическое акушерство»	11
Раздел 5. «Экстрагенитальные заболевания в акушерстве и гинекологии»	11
Раздел 6 «Кровотечения в акушерстве, шок 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. «Избранные вопросы смежных дисциплин»	12
Раздел 15. «Планирование семьи и контрацепция»	12
Учебный план цикла (ПК) по программе дополнительного профессионального образования «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях»	14
Учебно-тематический план цикла (ПК) по программе дополнительного профессионального образования «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях»	16
Контрольные задания	20
Список литературы	65
Законодательные и нормативно-правовые документы	71

СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ И КОНСУЛЬТАНТОВ

**по разработке рабочей программы дополнительного профессионального образования «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях»
(повышение 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 «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях» для специалистов с высшим профессиональным образованием является нормативно-методическим документом, регламентирующим содержание и организационно-методические формы обучения в дополнительном профессиональном образовании врачей.

Актуальность программы дополнительного профессионального образования «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях» обусловлена значительными негативными тенденциями в состоянии соматического и репродуктивного здоровья женского населения, которые отмечаются в Российской Федерации за последние десятилетия. Врачу акушеру-гинекологу и терапевту, наблюдающему беременность в женской консультации, врачу родильного дома, ведущего роженицу и родильницу, терапевту, наблюдающему за состоянием соматического здоровья у беременной женщины и гинекологических больных необходимо углубление знаний по экстрагенитальной патологии при беременности и гинекологических заболеваниях; овладение современными методами диагностики и лечения беременных и гинекологических больных с экстрагенитальной патологией соответственно современным стандартам оказания квалифицированной помощи по профилю «акушерство и гинекология» и Федеральному закону Российской Федерации от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

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

Цель дополнительного профессионального образования по программе «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях» - углубление знаний по экстрагенитальной патологии при беременности и гинекологических заболеваниях; овладение современными методами диагностики и лечения беременных и гинекологических больных с экстрагенитальной патологией.

Задачи дополнительного профессионального образования по программе «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях»:

1. Углубление знаний по актуальным вопросам экстрагенитальных заболеваний у беременных и гинекологических больных.

2. Углубление теоретических знаний и практических навыков по ведению беременных с экстрагенитальными заболеваниями в женских консультациях, в родильном доме соответственно современным требованиям (стандартам).

3. Углубление теоретических знаний и практических навыков по ведению гинекологических больных с экстрагенитальной патологией при консервативном и оперативном лечении репродуктивной системы.

Рабочая программа дополнительного профессионального образования специалистов с высшим профессиональным образованием «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях» включает в себя содержание рабочей программы дисциплины (модуля), учебный план, учебно-тематический план, перечень заданий для самостоятельной работы, контрольно-измерительные материалы для зачета.

Для реализации программы дополнительного профессионального образования «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях» кафедра располагает наличием: 1) учебно-методической документации и материалов по всем разделам дисциплины (модуля); 2) учебно-методической литературы для внеаудиторной работы обучающихся; 3) материально-технической базы, обеспечивающей организацию всех видов дисциплинарной подготовки:

- учебную аудиторию и кабинет, оснащенные материалами и оборудованием для проведения учебного процесса; клиническая база ГБ №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, женская кардиологическое отделение, родильный дом №6).

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

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

В процессе подготовки слушателя цикла повышения квалификации 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 слушателя складывается из аудиторной учебной работы (лекции, семинары) и самостоятельной подготовки. Общее рабочее время аудиторной работы обучающегося составляет 144 часа.

В процессе обучения слушатель обязан посещать лекции, семинары 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
«ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ»**

В процессе освоения программы дополнительного профессионального образования «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях» формируются следующие компетенции

1. Общекультурные компетенции характеризуются

- способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну
- способность и готовность анализировать медико-социальные проблемы здоровья женского населения, социальные условия жизни и воспроизводства населения, демографические показатели, социальные аспекты здоровья беременных женщин и факторы влияющие на рождаемость и использовать их в различных видах профессиональной деятельности;
- 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:

- способностью и готовностью оказывать квалифицированную медицинскую помощь беременным женщинам и гинекологическим больным с экстрагенитальными заболеваниями в соответствии современными стандартами;
- способностью и готовностью использовать современные методы диагностики и лечения у беременных женщин и гинекологических больных с экстрагенитальными заболеваниями с учетом ново-введенных нормативных документов;
- способностью и готовностью устанавливать (подтверждать) диагноз на основании новых теоретических положений в акушерстве и гинекологии, терапии, эндокринологии, инфекционных болезней, кожно-венерических заболеваний, онкологии;

в профилактической деятельности:

- способностью и готовностью к 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, подготовка семьи к родам и др.)
- способностью и готовностью проводить профилактические медосмотры с целью выявления социально-значимых заболеваний женского населения;
- способностью и готовностью проводить диспансерное наблюдение гинекологических больных и беременных с экстрагенитальной патологией;

в организационно-управленческой деятельности:

- 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);

- 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
«ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ»**

По завершению цикла повышения квалификации врач-специалист 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 как по профилю «Акушерство и гинекология», так и других самостоятельных клинических дисциплин (терапия, эндокринология, инфекционные болезни и др.) их этиологию, патогенез, клиническую симптоматику, особенности течения;
5. общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем беременной с экстрагенитальными заболеваниями;
6. принципы комплексного лечения экстрагенитальной патологии у беременных и пациенток с гинекологическими заболеваниями
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 больницах и амбулаторно-поликлинических учреждениях, скорой и неотложной медицинской помощи, 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 клинко-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 женской консультации;
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 с экстрагенитальной патологией различного профиля, используя клинические, лабораторные, функциональные и другие методы исследования;
2. комплексными методами диспанчерного ведения и лечения беременных и гинекологических больных с экстрагенитальной патологией различного профиля;
3. комплексными методами профилактических мероприятий, направленных на оздоровление женского населения в регионе;
4. комплексными методами воспитания, обучения и формирования у населения здорового образа жизни.

**СОДЕРЖАНИЕ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ДИСЦИПЛИНЫ
(МОДУЛЯ)
«ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ»**

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 (гормональные, биохимические).
2.2	Электрофизиологические методы исследования матери и плода.
2.3	Ультразвуковые методы исследования.
2.4	Эндоскопические методы исследования.
3	Раздел 3. Физиология беременности
3.1	Физиологические изменения в организме женщины во время беременности.
3.2	Физиология послеродового периода и периода новорожденности.
3.3	Грудное вскармливание.
4	Раздел 4. Патологические роды и оперативное акушерство
4.1	Патологические роды.
4.2	Оперативное акушерство.
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	Миокардиты. Нарушение ритма сердца при беременности.
5.4	Беременность и заболевания органов дыхания.
5.5	Бронхиальная астма и беременность.
5.6	Беременность и заболевания желудочно-кишечного тракта и печени.
5.7	Панкреатит и беременность.
5.8	Гастроэзофагиальная рефлюксная болезнь и язвенная болезнь при беременности.
5.9	Заболевания нервной системы и беременность: эпилепсия, депрессивные расстройства, опухоли головного мозга остеохондроз.
5.10	Беременность и заболевания органов мочевого выделения. Пиелонефрит, гломерулонефрит, мочекаменная болезнь, нефроптоз, единственная почка.
5.11	Изоиммунизация при беременности по системе АВО, системе резус.
5.12	Сахарный диабет и беременность.
5.13	Гипоталамический синдром и беременность.
5.14	Заболевания щитовидной железы и беременность.
5.15	Беременность и заболевания крови. Анемия беременных (железодефицитная).

Индекс	Наименование тем, элементов и т.д.
5.16	Вирусные заболевания, гепатиты, вирус простого герпеса, вирус папилломы человека, цитомегаловирус и беременность.
5.17	Токсоплазмоз, бруцеллез, лептоспироз, листериоз и беременность.
5.18	Аллергические состояния у беременных и гинекологических больных.
5.19	Венерические и урогенитальные заболевания и беременность.
5.20	Экстрагенитальная патология у гинекологических больных.
6	Раздел 6. Кровотечения в акушерстве. Шоки и терминальные состояния в акушерстве и гинекологии
6.1	Кровотечения во время беременности.
6.2	Кровотечения во время родов.
6.3	Кровотечения в раннем и позднем послеродовом периоде.
6.4	Шоки и терминальные состояния в акушерстве и гинекологии.
7	Раздел 7. Токсикозы беременности
7.1.	Рвота беременных.
7.2.	Преэклампсия. Эклампсия.
8	Раздел 8. Эндокринопатии в акушерстве и гинекологии
8.1	Нейрогуморальная регуляция репродуктивной системы.
8.2	Расстройство менструальной функции.
8.3	Нейроэндокринные гинекологические синдромы.
9	Раздел 9. Воспалительные заболевания и септическая инфекция в акушерстве и гинекологии
9.1	Септические заболевания в акушерстве. Перитонит после кесарева сечения. Акушерский сепсис. Раневая инфекция.
9.2	Воспалительные заболевания половых органов.
9.3	Септические воспалительные заболевания в гинекологии.
9.4	Септические заболевания в акушерстве. Лактационный мастит.
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. Бесплодный брак
13.1	Эндокринное бесплодие.
13.2	Трубный фактор в бесплодии.
13.3	Маточный фактор в бесплодии.
14	Раздел 14. Избранные вопросы смежных дисциплин
14.1	Мобилизационная подготовка и гражданская оборона.
14.2	Туберкулез органов репродуктивной системы.
14.3	Система обязательного страхования в здравоохранении.
14.4	ВИЧ инфицирование и СПИД.

Индекс	Наименование тем, элементов и т.д.
15	Раздел 15. Планирование семьи и контрацепция
15.1	Методы искусственного прерывания беременности. Преимущества медикаментозного аборта.
15.2	Гормональная контрацепция. Экстренная контрацепция.
15.3	Внутриматочная контрацепция.
15.4	Барьерные и прочие методы контрацепции.
15.5	Хирургическая контрацепция.
15.6	Выбор метода контрацепции в разных возрастных группах, у женщин с экстрагенитальной патологией. Медицинские критерии приемлемости использования методов контрацепции.

УЧЕБНЫЙ ПЛАН
ПРОГРАММЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ «ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ
И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ»

Цель: углубление знаний по экстрагенитальной патологии при беременности и гинекологических заболеваниях; овладение современными методами диагностики и лечения беременных и гинекологических больных с экстрагенитальной патологией.

Категория обучающихся: заведующие, ординаторы и терапевты акушерско-гинекологических отделений больниц, родильных домов и женских консультаций.

Срок обучения: 144 академических чаа (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	вход. тестовый контроль, зачет
2	Раздел 2. Основные методы обследования в акушерстве и гинекологии	5	1	4	зачет
3	Раздел 3. Физиология беременности	5	1	4	зачет
4	Раздел 4. Патологические роды и оперативное акушерство	10	4	6	зачет
5	Раздел 5. Экстрагенитальные заболевания в акушерстве и гинекологии	43	9	34	зачет
6	Раздел 6. Кровотечения в акушерстве. Шоки и терминальные состояния в акушерстве и гинекологии	10	4	6	зачет
7	Раздел 7. Токсикозы беременности	6	3	3	зачет
8	Раздел 8. Эндокринопатии в акушерстве и гинекологии	8	2	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	10	4	6	зачет
11	Раздел 11. Острый живот в гинекологии	6	3	3	зачет
12	Раздел 12. Эндометриоз	3	-	3	зачет
13	Раздел 13. Бесплодный брак	3	-	3	зачет

14	Раздел 14. Избранные вопросы смежных дисциплин	15	3	12	зачет
15	Раздел 15. Планирование семьи и контрацепция	6	3	3	зачет
16	Итоговая аттестация	2	-	2	Выход. Тестовый контроль, зачет
	Всего	144	42	102	

**УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН
ПРОГРАММЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ ПО НАПРАВЛЕНИЮ «ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ
ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ»**

Цель: углубление знаний по экстрагенитальной патологии при беременности и гинекологических заболеваниях; овладение современными методами диагностики и лечения беременных и гинекологических больных с экстрагенитальной патологией.

Категория обучающихся: заведующие, ординаторы и терапевты акушерско-гинекологических отделений больниц, родильных домов и женских консультаций.

Срок обучения: 288 академических часов (8 недель, 2 месяца)

Трудоемкость: 8 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 (гормональные, биохимические).	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	10	5	5	зачет

3.1	Физиологические изменения в организме женщины во время беременности.	4	2	2	
3.2	Физиология послеродового периода и периода новорожденности.	4	2	2	
3.3	Грудное вскармливание.	2	1	1	
4	Раздел 4. Патологические роды и оперативное акушерство	20	8	12	зачет
4.1	Патологические роды.	10	4	6	
4.2	Оперативное акушерство.	10	4	6	
5	Раздел 5. Экстрагенитальные заболевания в акушерстве и гинекологии	86	38	48	зачет
5.1	Беременность и заболевания сердечно – сосудистой системы. Приобретенные и врожденные пороки сердца.	6	2	4	
5.2	Гипертоническая и гипотоническая болезнь и беременность.	6	2	4	
5.3	Миокардиты. Нарушение ритма сердца при беременности.	2	1	1	
5.4	Беременность и заболевания органов дыхания.	6	2	4	
5.5	Бронхиальная астма и беременность.	2	1	1	
5.6	Беременность и заболевания желудочно-кишечного тракта и печени.	6	2	4	
5.7	Панкреатит и беременность.	3	2	1	
5.8	Гастроэзофагиальная рефлюксная болезнь и язвенная болезнь при беременности.	4	2	2	
5.9	Заболевания нервной системы и беременность: эпилепсия, депрессивные расстройства, опухоли головного мозга остеохондроз.	4	2	2	
5.10	Беременность и заболевания органов мочевого выделения. Пиелонефрит, гломерулонефрит, мочекаменная болезнь, нефроптоз, единственная почка.	6	2	4	
5.11	Изоиммунизация при беременности по системе АВО, системе резус.	4	2	2	
5.12	Сахарный диабет и беременность.	5	2	3	
5.13	Гипоталамический синдром и беременность.	3	2	1	

5.14	Заболевания щитовидной железы и беременность.	4	2	2	
5.15	Беременность и заболевания крови. Анемия беременных (железодефицитная).	6	2	4	
5.16	Вирусные заболевания, гепатиты, вирус простого герпеса, вирус папилломы человека, цитомегаловирус и беременность.	3	2	1	
5.17	Токсоплазмоз, бруцеллез, лептоспироз, листериоз и беременность.	3	2	1	
5.18	Аллергические состояния у беременных и гинекологических больных.	3	2	1	
5.19	Венерические и урогенитальные заболевания и беременность.	6	2	4	
5.20	Экстрагенитальная патология у гинекологических больных.	4	2	2	
6	Раздел 6. Кровотечения в акушерстве. Шоки и терминальные состояния в акушерстве и гинекологии	20	8	12	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.	8	3	5	
7	Раздел 7. Токсикозы беременности	12	6	6	зачет
7.1.	Рвота беременных.	4	2	2	
7.2.	Преэклампсия. Эклампсия.	8	4	4	
8	Раздел 8. Эндокринопатии в акушерстве и гинекологии	16	10	6	зачет
8.1	Нейрогуморальная регуляция репродуктивной системы.	4	2	2	
8.2	Расстройство менструальной функции.	6	4	2	
8.3	Нейроэндокринные гинекологические синдромы.	6	4	2	
9	Раздел 9. Воспалительные заболевания и септическая инфекция в акушерстве и гинекологии	18	9	9	зачет
9.1	Септические заболевания в акушерстве. Перитонит после кесарева сечения. Акушерский сепсис. Раневая инфекция.	4	2	2	

9.2	Воспалительные заболевания половых органов.	6	3	3	
9.3	Септические воспалительные заболевания в гинекологии.	6	3	3	
9.4	Септические заболевания в акушерстве. Лактационный мастит.	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. Бесплодный брак	6	3	3	зачет
13.1	Эндокринное бесплодие.	2	1	1	
13.2	Трубный фактор в бесплодии.	2	1	1	
13.3	Маточный фактор в бесплодии.	2	1	1	
14	Раздел 14. Избранные вопросы смежных дисциплин	30	15	15	зачет
14.1	Мобилизационная подготовка и гражданская оборона.	12	6	6	зачет
14.2	Туберкулез органов репродуктивной системы.	6	3	3	зачет
14.3	Система обязательного страхования в здравоохранении.	6	3	3	зачет
14.4	ВИЧ инфицирование и СПИД.	6	3	3	зачет
15	Раздел 15. Планирование семьи и контрацепция	12	9	3	зачет
15.1	Методы искусственного прерывания беременности. Преимущества медикаментозного аборта.	3	2	1	
15.2	Гормональная контрацепция. Экстренная контрацепция.	3	2	1	

15.3	Внутриматочная контрацепция.	1	1		
15.4	Барьерные и прочие методы контрацепции.	1	1		
15.5	Хирургическая контрацепция.	1	1		
15.6	Выбор метода контрацепции в разных возрастных группах, у женщин с экстрагенитальной патологией. Медицинские критерии приемлемости использования методов контрацепции.	3	2	1	
16	Итоговая аттестация.	2	-	2	Выход. тестовый контроль, зачет
17	Всего	144	42	102	

КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ

Тестовые задания

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

001. Ревматизм поражает преимущественно

- а) митральный клапан
- б) аортальный клапан
- в) трехстворчатый клапан
- г) клапан легочной артерии

Ответ: а

002. Ревматизм – это заболевание

- а) паразитарное
- б) инфекционно-аллергические
- в) гормональное
- г) наследственное
- д) правильно б) и в)

Ответ: б

003. Первичный ревмокардит у беременных встречается

- а) часто
- б) редко
- в) всегда
- г) никогда

Ответ: б

004. Наличие активного ревматизма

- а) ухудшает прогноз беременности
- б) не влияет на исход беременности
- в) вызывает прерывание беременности

Ответ: а

005. Об активности ревматизма, как правило, свидетельствует

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

Ответ: г

006. У беременной с ревмокардитом, как правило, наблюдается

- а) обострение ревматизма
- б) вялотекущий ревматический процесс
- в) стабильная картина ревмокардита
- г) беременность влияния на ревмокардит не оказывает

Ответ: б

007. Критическими сроками беременности для обострения ревматизма являются

- а) 14-16 недель
- б) 20-28 недель
- в) 28-32 недели
- г) правильно а) и в)

Ответ: в

008. Наличие критических сроков обострения ревматизма во время беременности связано

- а) с ростом плода
- б) с повышением нагрузки на сердце
- в) с развитием гиперволемии

- г) с развитием анемии
- д) правильно а) и г)

Ответ: в

009. Обострение ревматизма после родов происходит

- а) часто
- б) редко
- в) как правило
- г) никогда

Ответ: б

010. Беременность противопоказана

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

Ответ: д

011. Активность ревматизма у беременной – показание для родоразрешения

- а) операции кесарева сечения
- б) операции вакуум-экстракции плода
- в) операции наложения акушерских щипцов
- г) самостоятельных родов

Ответ: а

012. Лактация при активности

- а) разрешена
- б) запрещена
- в) решается индивидуально

Ответ: б

013. 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

014. 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

015. 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

016. 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

017. 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

018. Сердечная астма, как правило, предшествует

- а) мерцательной аритмии
- б) тромбоэмболии легочной артерии
- в) отеку легких
- г) ничему из перечисленного

Ответ: б

019. 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

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

- а) I
- б) IIА
- в) IIБ
- г) III

Ответ: б

021. 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

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

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

Ответ: г

023. Кесарево сечение показано

- а) при недостаточности кровообращения IIБ-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

024. 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

025. Во время родов женщины с сердечной недостаточностью нуждаются

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

Ответ: г

026. 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

027. 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

028. 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

029. Сочетанное поражение митрального клапана по своему течению беременных

- а) более благоприятное, чем изолированное поражение
- б) более неблагоприятное, чем при изолированном поражении
- в) в зависимости от тяжести сердечной недостаточности
- г) в зависимости от срока беременности

Ответ: а

030. 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

031. При пролапсе митрального клапана беременность

- а) можно сохранить

- б) прервать
- в) пролонгировать в зависимости от состояния

Ответ: в

032. Острый и подострый миокардит у беременной является основанием

- а) для сохранения беременности
- б) для прерывания беременности
- в) для пролонгирования в зависимости от состояния

Ответ: б

033. При сердечной недостаточности в послеродовом периоде

- а) лактацию подавляют сразу
- б) разрешают кормление новорожденного
- в) вопрос о разрешении кормления грудью решают в зависимости от состояния родильницы

Ответ: а

034. При мерцательной аритмии, диагностированной до 12 недель, беременность нужно

- а) сохранить
- б) прервать
- в) пролонгировать в зависимости от состояния беременной

Ответ: б

035. При возникновении беременности у женщин с имплантированным водителем ритма ее необходимо

- а) пролонгировать только в зависимости от состояния женщины
- б) прерывать
- в) сохранять

Ответ: а

036. При пороках сердца для прерывания беременности в поздние сроки (больше 12 недель) противопоказано применение

- а) малого кесарева сечения
- б) влагалищного кесарева сечения
- в) интраамниального введения гипертонического раствора хлорида натрия

Ответ: в

037. Для IB 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

038. Для IIB 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

039. Для IIA 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

040. Дифференциальную диагностику гипертонического криза у беременной, как правило, необходимо проводить

- а) с эпилепсией
- б) с преэклампсией
- в) с острым инфарктом миокарда

Ответ: б

041. В отличие от нефропатии для гипертонической болезни

- а) отеков
- б) протеинурии
- в) олигурии
- г) всего перечисленного
- д) ничего перечисленного

Ответ: д

042. 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

043. 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

044. У беременных с артериальной гипотонией часто встречается

- а) сердечная недостаточность
- б) почечная недостаточность
- в) плацентарная недостаточность
- г) ничего из перечисленного

Ответ: в

045. Наиболее часто вирусная инфекция попадает к плоду

- а) параплацентарно
- б) трансплацентарно
- в) восходящим путем
- г) всеми перечисленными путями
- д) никаким из перечисленных путей

Ответ: г

046. К вирусному инфицированию плод наиболее чувствителен

- а) в ранние сроки беременности
- б) в середине беременности
- в) в последние сроки беременности
- г) правильно б) и в)

Ответ: а

047. Хронические инфекционные процессы во время беременности, как правило

- а) находятся в стойкой ремиссии
- б) обостряются
- в) влияние не выявлено

Ответ: б

048. Эмбриопатии при внутриутробном инфицировании наиболее характерны для инфекций

- а) микотических
- б) бактериальных
- в) вирусных
- г) паразитарных

Ответ: в

049. При бактериальном поражении плода чаще возникают

- а) эмбриопатия
- б) фетопатии
- в) внутриутробное инфицирование плаценты
- г) правильно б) и в)

Ответ: г

050. При обострении хронического пиелонефрита у беременной, как правило, происходит

- а) внутриутробное инфицирование плода трансплацентарным путем
- б) внутриутробное инфицирование плаценты гематогенным путем
- в) внутриутробное инфицирование плода и плаценты восходящим путем
- г) правильно а) и б)
- д) всеми перечисленными путями

Ответ: г

051. 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

052. 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

053. 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

054. 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

055. Абсолютным показанием для прерывания беременности является заболевание беременной краснухой в сроке беременности

- а) 8-12 недель
- б) 12-16 недель

- в) 16-20 недель
- г) 20-24 недели
- д) правильно а) и б)

Ответ: д

056. 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

057. 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

059. Беременные заболевают эпидемическим гепатитом по сравнению с небеременными

- а) значительно чаще
- б) значительно реже
- в) особых различий в частоте заболеваемости не выявлено

Ответ: а

060. Материнская смертность при вирусном гепатите по отношению к летальности вне беременности

- а) одинакова
- б) ниже
- в) выше

Ответ: в

061. Эмбриопатии при вирусном гепатите

- а) возможны при заболевании в любом сроке беременности
- б) возможны при заболевании до 12 недель
- в) невозможны

Ответ: б

062. При вирусном гепатите в преджелтушный период у беременных в клинической картине преобладает

- а) астено-вегетативный синдром
- б) диспептический синдром и лихорадка
- в) катаральный синдром
- г) интоксикационный синдром
- д) ничего из перечисленного

Ответ: б

063. С появлением желтухи при вирусном гепатите у беременных в клинической картине преобладает

- а) интоксикация
- б) диспептические явления
- в) боли в области печени
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

064. Наиболее тяжело вирусный гепатит протекает у беременных

- а) в I триместре
- б) во II триместре
- в) в III триместре

Ответ: в

065. Вирусный гепатит у беременных может осложниться

- а) почечной недостаточностью
- б) заболеваниями сердечно-сосудистой системы
- в) острым массивным некрозом печени
- г) поражением ЦНС
- д) ничем из перечисленного

Ответ: в

066. При остром гепатите у беременной вопрос о сохранении беременности должен быть решен следующим образом

- а) прерывание беременности независимо от ее срока
- б) прерывание беременности в зависимости от степени тяжести гепатита
- в) прерывание беременности при отсутствии эффекта от проводимого лечения
- г) показания к прерыванию беременности отсутствуют
- д) правильно а) и б)

Ответ: в

067. Вирусный гепатит у беременных способствует развитию

- а) почечной недостаточности
- б) плацентарной недостаточности
- в) сердечно-сосудистой недостаточности
- г) недонашивания беременности
- д) правильно в) и г)

Ответ: д

068. В послеродовом периоде, как правило, встречается

- а) сывороточный гепатит
- б) инфекционный гепатит
- в) вирусный гепатит «ни А, ни Б»

Ответ: а

069. При наличии у роженицы вирусного гепатита вопрос о разрешении кормления новорожденного грудью матери решается следующим образом

- а) не разрешается, так как вирус гепатита передается ребенку с молоком матери
- б) разрешается, так как вирус гепатита не передается ребенку с молоком матери
- в) не разрешается, так как кормление грудью оказывает отрицательное влияние на роженицу
- г) правильно а) и в)

Ответ: б

070. При наличии у беременной токсоплазмоза токсоплазмы редко попадают к плоду (эмбриону)

- а) при острой фазе инфекции
- б) при зачатии

- в) в первые 2 месяца беременности
- г) при все перечисленном
- д) ни при чем из перечисленного

Ответ: г

071. Наиболее типичными фетопатиями при токсоплазмозе являются

- а) гидроцефалия
- б) хориоретинит
- в) менингоэнцефалит
- г) правильно а) и б)
- д) все перечисленные

Ответ: д

072. Заражение токсоплазмозом происходит

- а) через мясные продукты питания (без их термической обработки)
- б) через больных животных (семейство кошачьих)
- в) воздушно-капельным путем
- г) правильно а) и б)
- д) всеми перечисленными путями

Ответ: г

073. Токсоплазмы при беременности попадают к плоду

- а) трансплацентарно
- б) восходящим путем
- в) верно и то, и другое
- г) ни то, ни другое

Ответ: а

074. 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

075. 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

076. Гельминтозы часто имитируют у беременных развитие

- а) печеночной недостаточности
- б) язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
- в) холецистита
- г) раннего токсикоза

Ответ: г

077. Среди осложнений беременности при глистных инвазиях часто встречается

- а) прерывание беременности
- б) развитие анемии
- в) гестозы
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: б

078. У беременных, страдающих гельминтозом, часто отмечается следующее

- а) тошнота и рвота
- б) гипохромная анемия
- в) артериальная гипотензия
- г) правильно а) и б)
- д) все перечисленное

Ответ: д

079. При гельминтозе у беременной женщины вредное влияние гельминтов на плод, как правило, проявляется

- а) в нарушении развития
- б) хронической гипоксией
- в) внутриутробным инвазированием
- г) правильно а) и б)
- д) всем перечисленным

Ответ: г

080. При беременности, осложненной малярией, необходимо

- а) прерывание беременности при любой клинической форме заболевания
- б) сохранение беременности
- в) прерывание беременности при тяжелом течении заболевания
- г) прерывание беременности при отсутствии эффекта от применения антипаразитарных средств

Ответ: а

081. Лечение малярии у беременных проводят

- а) в любом сроке беременности
- б) со второго триместра
- в) после родов
- г) в зависимости от тяжести состояния

Ответ: б

082. Листериоз – это инфекционное заболевание, вызванное

- а) бактериями
- б) вирусами
- в) простейшими
- г) возбудителем, занимающим срединное положение между бактериями и вирусами

Ответ: а

083. При листериозе заражение плода происходит

- а) трансплацентарно
- б) восходящим путем
- в) во время родов
- г) всеми перечисленными путями
- д) никаким из перечисленных путей

Ответ: г

084. 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

085. Для диагностики листериоза у беременной определяется наличие возбудителя

- а) в крови
- б) в смывах из зева
- в) в околоплодных водах
- г) во всем перечисленном

д) ни в чем из перечисленного

Ответ: г

086. При наличии листериоза у беременной лечение проводят

- а) в любом сроке беременности
- б) только после 12 недель беременности
- в) только после родоразрешения
- г) все перечисленное не верно

Ответ: б

087. Для лечения листериоза у беременной предпочтительнее применять

- а) эритромицин
- б) тетрациклин
- в) пенициллин
- г) правильно а) и в)
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

088. Основным источником заражения бруцеллезом является

- а) крупный и мелкий рогатый скот
- б) термически необработанные сельскохозяйственные продукты (молоко)
- в) все перечисленное
- г) ничего из перечисленного

Ответ: в

089. Наличие бруцеллеза у беременной является основанием

- а) для прерывания беременности
- б) для сохранения беременности
- в) для прерывания или сохранения беременности в зависимости от тяжести состояния женщины

Ответ: в

090. Инфицирование плода микоплазмами, как правило, происходит

- а) во время родов
- б) восходящим путем
- в) всеми перечисленными путями
- г) никаким из перечисленных путей

Ответ: в

091. Инфицирование беременных микоплазмами, как правило, происходит

- а) половым путем
- б) воздушно-капельным путем
- в) через кровь во время инъекции
- г) правильно а) и б)
- д) всеми перечисленными путями

Ответ: а

092. Урогенитальный хламидиоз – это инфекция, вызванная

- а) внутриклеточным паразитом
- б) вирусом
- в) бактерией
- г) ничем из перечисленного

Ответ: а

093. Хламидийная инфекция у взрослых распространяется преимущественно

- а) воздушно-капельным путем
- б) через кровь во время инъекции
- в) половым путем
- г) правильно а) и в)
- д) всеми перечисленными путями

Ответ: в

094. Урогенитальный хламидиоз у беременной способствует

- а) преждевременному прерыванию беременности
- б) развитию послеродовой инфекции
- в) заболеванию новорожденного
- г) всему перечисленному
- д) ничему из перечисленного

Ответ: г

095. Инфицирование плода при наличии хламидийной инфекции у беременной происходит преимущественно

- а) восходящим путем
- б) во время родов
- в) всеми перечисленными путями
- г) никаки из перечисленных путей

Ответ: б

096. Клинически урогенитальный хламидиоз у беременной протекает чаще

- а) с выраженной воспалительной реакцией
- б) бессимптомно
- в) с поражением соседних органов
- г) правильно а) и в)

Ответ: б

097. Во время беременности лечение урогенитального хламидиоза проводят преимущественно

- а) эритромицином
- б) сульфаниламидами
- в) тетрациклином
- г) ничем из перечисленного

Ответ: а

098. Обследование беременной на гонорею (при наблюдении в женской консультации) проводится обязательно

- а) при взятии на учет по беременности
- б) один раз в течение каждого триместра беременности
- в) в 32 недели беременности
- г) правильно а) и б)
- д) правильно а) и в)

Ответ: д

099. При свежей гонорее у беременной, как правило, поражается

- а) верхний отдел половых путей
- б) нижний отдел половых путей
- в) локализация поражения зависит от срока беременности
- г) верхний и нижний отделы половых путей
- д) правильно б) и в)

Ответ: д

100. Гонорейное поражение влагалища при беременности

- а) возможно
- б) невозможно
- в) только при наличии других неспецифических инфекций

Ответ: а

101. При заболевании гонореей у беременных, как правило, возникает

- а) поздний гестоз
- б) ранний токсикоз
- в) преждевременное прерывание беременности

- г) предлежание плаценты
- д) ничего из перечисленного

Ответ: в

102. Инфицирование плода и новорожденного при гонорее обычно происходит

- а) трансплацентарно
- б) восходящим путем
- в) во время родов

Ответ: в

103. В послеродов периоде гонорея поражает

- а) только верхний отдел гениталий
- б) только нижний отдел гениталий
- в) верхний и нижний отделы гениталий

Ответ: в

104. Лечение больных гонореей во время беременности проводят

- а) пенициллином
- б) полусинтетическими пенициллинами
- в) тетрациклином
- г) сульфаниламидами
- д) правильно а) и б)

Ответ: д

105. Беременная, перенесшая гонорею во время данной беременности, должна рожать

- а) в специализированном стационаре
- б) в физиологическом отделении роддома
- в) в наблюдательном отделении роддома
- г) правильно а) и в)
- д) верно все перечисленное

Ответ: г

106. Заболевание гонореей во время беременности является основанием

- а) для сохранения беременности
- б) для прерывания беременности
- в) для соответствующего лечения на фоне пролонгирования беременности

Ответ: в

107. Влагалищная трихомонада относится

- а) к простейшим
- б) к бактериям
- в) к вирусам
- г) к паразитам
- д) к грибам

Ответ: а

108. Заражение трихомониазом беременных происходит

- а) воздушно-капельным путем
- б) половым путем
- в) через кровь при инъекциях
- г) алиментарным путем

Ответ: б

109. Инфицирование плода и новорожденных трихомониазом происходит

- а) трансплацентарно
- б) восходящим путем
- в) в родах
- г) правильно а) и б)
- д) правильно б) и в)

Ответ: д

110. Для лечения трихомониаза у беременных можно использовать
- а) производные метронидазола только после 20 недель беременности
 - б) местное лечение осарсолом
 - в) местное лечение препаратом «Клион-Д»
 - г) правильно а) и в)
 - д) все перечисленное

Ответ: г

111. Наличие грибкового поражения влагалища у беременной является
- а) ассоциативным поражением при кольпитах
 - б) следствием неправильного применения антибиотиков
 - в) всем перечисленным
 - г) ничем из перечисленного

Ответ: в

112. Грибковые поражения гениталий у беременных часто сочетаются с поражением
- а) мочевыводящих путей
 - б) печени
 - в) сердца
 - г) кишечника
 - д) суставов

Ответ: а

113. При наличии активного сифилиса у беременных плод заражается
- а) часто
 - б) редко
 - в) всегда
 - г) никогда

Ответ: в

114. Поражение плода при сифилисе у беременных происходит
- а) трансплацентарно
 - б) восходящим путем
 - в) во время родов

Ответ: а

115. Обязательное исследование крови беременных на реакцию Вассермана проводится во время беременности
- а) 3 раза
 - б) 1 раз
 - в) 2 раза

Ответ: в

116. Все беременные, больные сифилисом, подлежат лечению
- а) в венерологической больнице
 - б) в родильном доме
 - в) в женской консультации

Ответ: а

117. Новорожденные от матери с сифилисом подлежат
- а) специфическому лечению
 - б) специфическому наблюдению
 - в) лечению, если мать не прошла полного курса при беременности

Ответ: а

118. Во время родов у женщин с сифилисом возникает
- а) опасность генерализации инфекции
 - б) опасность заражения персонала
 - в) опасность дополнительного инфицирования плода
 - г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

Ответ: г

119. Родоразрешение у больных сифилисом, как правило, проводят

- а) консервативно, в срок родов
- б) операцией кесарева сечения (при доношенной беременности)
- в) операцией кесарева сечения за 2-3 недели до срока родов
- г) наложением выходных акушерских щипцов

Ответ: а

120. При сочетании миопии и беременности для решения вопроса о сохранении последней необходимо учитывать

- а) степень прогрессирования миопии при беременности
- б) изменения на глазном дне
- в) все перечисленное
- г) ничего из перечисленного

Ответ: в

121. Родоразрешение при высокой степени близорукости с изменениями на глазном дне производят путем

- а) самостоятельных родов
- б) использования вакуум-экстрактора
- в) наложения выходных акушерских щипцов
- г) операции кесарева сечения
- д) правильно в) и г)

Ответ: д

122. Показанием к кесареву сечению при миопии является

- а) высокая степень миопии
- б) амавроз
- в) отслойка сетчатки
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

123. У беременных, больных миастенией, вопрос о возможности сохранения беременности решается, как правило, следующим образом

- а) показано прерывание беременности в любом случае
- б) показано прерывание беременности при нарастании симптомов заболевания
- в) беременность может быть разрешена женщинам, которые до беременности получили курс рентгенотерапии или им была проведена тимэктомия с наступлением стойкой ремиссии заболевания
- г) правильно б) и в)
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

124. При прогрессирующем течении миастении показано родоразрешение путем

- а) самостоятельных родов
- б) вакуум-экстракции плода
- в) операции кесарева сечения
- г) наложения выходных акушерских щипцов

Ответ: в

125. При возникновении беременности у больных эпилепсией показано

- а) сохранение беременности
- б) прерывание во II триместре
- в) прерывание в III триместре
- г) прерывание при ухудшении состояния больной

Ответ: г

126. При возникновении беременности у больных рассеянным склерозом беременность должна быть

- а) сохранена всегда
- б) сохранена, если женщина настаивает
- в) прервана по медицинским показаниям

Ответ: в

127. Беременность и роды у больных рассеянным склерозом

- а) улучшает течение заболевания
- б) ухудшает течение заболевания
- в) не влияет на течение заболевания

Ответ: б

128. Беременность при опухолях головного мозга

- а) улучшает течение заболевания
- б) ухудшает течение заболевания
- в) не влияет на течение заболевания

Ответ: а

129. Наличие опухоли головного мозга у беременной является основанием

- а) для сохранения беременности
- б) для прерывания беременности до 12 недель
- в) для пролонгирования беременности в зависимости от состояния больной

Ответ: б

130. Следующие формы туберкулеза легких являются противопоказанием для беременности

- а) любая форма заболевания
- б) мелкоочаговая
- в) ограниченная фиброзно-очаговая
- г) фиброзно-кавернозная

Ответ: г

131. Для родоразрешения беременной с туберкулезом легких применяют

- а) акушерские щипцы или операцию кесарева сечения (в зависимости от акушерской ситуации) при всех формах туберкулеза
- б) акушерские щипцы при легочной недостаточности
- в) операцию кесарева сечения при легочной недостаточности
- г) правильно б) и в)
- д) все перечисленное

Ответ: г

132. У больных миастений состояние их здоровья обычно ухудшается

- а) в I триместре беременности
- б) в последние 1-2 недели беременности
- в) в родах и послеродовом периоде
- г) правильно б) и в)
- д) верно все перечисленное

Ответ: д

133. Грудное вскармливание противопоказано родильницам

- а) с активной формой туберкулеза
- б) резко ослабленным
- в) всем перечисленным

Ответ: в

134. Изоляция новорожденного от матери с активной формой туберкулеза легких

- а) необходима
- б) не обязательна
- в) по желанию женщины

Ответ: а

135. Обратилась беременная на 9-10-й неделе. Видимых отклонений в развитии беременности не отмечается. Из анамнеза: в 6-7 недель беременности перенесла ОРВИ с высокой температурой тела (до 38-39С), в это время в течение 6 дней принимала тетрациклин. Тактика врача в отношении беременности

а) возможно сохранение беременности под контролем, определение количества ХГ в моче (в 10 недель) и УЗИ малого таза

б) необходимо прервать беременность

в) вопрос о прерывании беременности решить после биопсии хориона

Ответ: б

136. Обратилась беременная на 10-й неделе беременности. В течение 3 дней отмечаются явления ОРВИ, картина острого бронхита, температура тела -37.5С. Проводит лечение: постельный режим, обильное горячее питье, ампициллин по 0.5 н 4 раза в день, микстура термопсиса. Тактика в отношении беременности

а) возможно сохранение беременности

б) необходимо прерывание беременности

Ответ: а

137. Беременность 38-39 недель. Отмечается картина острой очаговой пневмонии. Температура тела -38С. Тактика врача

а) провести комплексную терапию пневмонии, постараться отсрочить возможное развитие родовой деятельности до излечения

б) провести родовозбуждение и одновременно комплексную антибактериальную терапию

в) провести операцию кесарева сечения и одновременно комплексную терапию пневмонии

г) показана профилактика послеродовой инфекции

д) правильно а) и г)

Ответ: д

138. Признаками легочной недостаточности являются

а) диффузный цианоз

б) одышка

в) набухание шейных вен

г) все перечисленное

Ответ: г

139. 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

140. Для уточнения диагноза хронического холецистита у беременных следует произвести

а) рентгенографию

б) радиохолецистографию

в) все перечисленное

г) ничего из перечисленного

Ответ: г

141. Наиболее часто внутрипеченочный холестаз при беременности проявляется

а) в I триместре

б) в II-III триместре

в) в послеродовом периоде

Ответ: б

142. Внутрипеченочный холестаз клинически проявляется

- а) сильным кожным зудом
- б) повышением общего билирубина
- в) желтухой
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного

Ответ: г

143. 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

144. 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) гипопротеинемии

Ответ: г

145. 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

146. 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

147. 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

148. Препаратами, которые можно рекомендовать беременным при лечении язвенной болезни, являются все перечисленные, кроме

- а) амальгеля
- б) фосфалюгеля
- в) но-шпы
- г) викалина

Ответ: г

149. 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

150. Беременность при болезни Крона

- а) всегда противопоказана
- б) допустима только при наличии стойкой ремиссии
- в) вопрос решается по желанию женщины

Ответ: б

151. Инсулин – это анаболический гормон, способствующий

- а) утилизации глюкозы
- б) биосинтезу глюкагона
- 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 в норме 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

170. 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

171. 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

172. 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)

173. 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

174. 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

175. 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

176. 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)

177. 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

178. Причиной развития несахарного диабета является

- а) нарушение продукции минералокортикоидов
- б) недостаточность секреции антидиуретического гормона (АДГ)
- в) повышенная продукция адренокортикотропного гормона (АКТГ)

Ответ: б

179. Клиническими проявлениями несахарного диабета являются все перечисленные, кроме

- а) выраженной стойкой гипертензии
- б) полиурии
- в) низкой удельной плотности мочи (1000-1007)
- г) жажды

Ответ: а

180. Для болезни Иценко-Кушинга характерно все перечисленное, кроме

- а) повышенной продукции соматотропного гормона
- б) повышенной продукции АКТГ
- в) гиперпродукции глюкокортикоидов
- г) повышенной продукции минералокортикоидов

Ответ: а

181. Основными симптомами, характеризующими болезнь Иценко-Кушинга вне беременности, являются все перечисленные, кроме

- а) диспластического ожирения
- б) гипертрихоза
- в) стрий на коже живота
- г) артериальной гипотонии
- д) наличия на коже лица, груди, спины множества угрей, фурункулов

Ответ: г

182. Особенности течения беременности у больных с синдромом или болезнью Иценко-Кушинга является все перечисленное, кроме

- а) основное заболевание не оказывает влияния на течение беременности
- б) беременность часто осложняется тяжелым гестозом ОПГ
- в) часто наблюдается самопроизвольные выкидыши
- г) характерно развитие внутриутробной гипоксии и отставание развития плода

Ответ: а

183. 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

184. Тактика ведения беременной с болезнью Иценко-Кушинга должна включать все перечисленное, кроме

- а) проводить ежемесячное исследование полей зрения
- б) при появлении изменений зрения или головной боли необходима срочная консультация нейрохирурга
- в) осмотр невропатолога должен быть не реже одного раза в 10-14 дней
- г) обязательное прерывание беременности операцией кесарева сечения в сроки беременности 35-36 недель с последующей неотложной нейрохирургической операцией
- д) правильно в) и г)

Ответ: г

185. Влияние беременности на функцию щитовидной железы

- а) не оказывает влияния на функцию щитовидной железы
- б) угнетает ее функцию
- в) усиливает ее функцию

Ответ: в

186. 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

187. 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

188. 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

189. 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

190. Для беременных, страдающих гипопункцией щитовидной железы, характерны все перечисленные клинические симптомы, кроме

- а) сонливости

- б) повышенной сухости кожи
- в) быстрой утомляемости, вялости
- г) гипертензии
- д) ломкости и истерченности ногтей

Ответ: г

191. 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

192. 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

193. 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

194. Наиболее частыми причинами возникновения хронической недостаточности надпочечников являются все перечисленное, кроме

- а) гиперплазии коры надпочечников
- б) опухолей надпочечника (ангиомы, гангионевромы)
- в) тотальной двухсторонней адреналэктомии
- г) некроза надпочечников у больных СПИДом
- д) аутоиммунного поражения надпочечников

Ответ: а

195. Наиболее частыми симптомами хронической недостаточности надпочечников являются все перечисленное, кроме

- а) гиперпигментации кожи и слизистых
- б) спастического колита
- в) артериальной гипертензии
- г) снижения массы тела
- д) снижения или потери аппетита

Ответ: в

196. Острая надпочечниковая недостаточность (аддисонический криз) характеризуется

- а) наличием желудочно-кишечных расстройств

- б) наличием сердечно-сосудистой недостаточности
- в) преобладанием нервно-психических симптомов
- г) правильно а) и б)
- д) всем перечисленным

Ответ: д

197. Проведение кортикостероидной терапии у беременных должно осуществляться, как правило, под контролем

- а) общего состояния беременной
- б) соотношения электролитов в крови
- в) уровня артериального давления
- г) уровня сахара в крови
- д) всего перечисленного

Ответ: д

198. Мероприятиями, проведение которых показано при хронической недостаточности надпочечников у беременных, являются

- а) назначение преднизолона
- б) назначение ДОКСА
- в) назначение аскорбиновой кислоты
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

199. При хронической недостаточности надпочечников кортикостероидную терапию необходимо проводить

- а) на протяжении всей беременности
- б) продолжать в родах
- в) продолжать в послеродовом периоде
- г) верно все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Ответ: г

200. 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

201. 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

202. 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

203. 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

204. 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

205. Продуктами, богатыми железом, являются все перечисленное, кроме

- а) хлеба
- б) мяса
- в) печени
- г) риса
- д) бобовых

Ответ: г

206. Наиболее частыми возбудителями пиелонефрита у беременных являются

- а) кишечная палочка, протей, клебсиелла
- б) энтерококки, стафилококки
- в) микробные ассоциации
- г) все перечисленные

Ответ: г

207. При гестационном пиелонефрите инфекционный агент проникает в почку, как правило, путем

- а) лимфогенным
- б) уриногенным
- в) гематогенным

Ответ: в

208. 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

209. Для лечения острого пиелонефрита применяются все перечисленные антибиотики, кроме

- а) пенициллина
- б) ампициллина
- в) пиопена
- г) тетрациклина

Ответ: г

210. 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

211. Для гломерулонефрита характерны следующие симптомы, кроме

- а) отеков лица
- б) болей в пояснице
- в) микрогематурии
- г) олигурии
- д) желтухи

Ответ: д

212. 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

213. 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

214. Симптомами мочекаменной болезни являются

- а) боль
- б) отеки
- в) гематурия
- г) отхождение камней
- д) все перечисленное

Ответ: д

215. 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

216. Для диагностики гидронефроза у беременных целесообразно использовать следующие методы исследования, кроме

- а) ультразвукового исследования
- б) экскреторной урографии
- в) хромоцистоскопии с катеризацией мочеточника

Ответ: б

217. 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

218. 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

219. Наиболее частыми осложнениями пиелонефрита при беременности являются все перечисленные, кроме

- а) преждевременного прерывания беременности
- б) сочетанного гестоза ОПГ
- в) внутриутробного инфицирования плода
- г) крупного плода

Ответ: г

220. Показания к прерыванию беременности при пиелонефрите

- а) почечная недостаточность
- б) единственная почка
- в) изменения на глазном дне
- г) все перечисленное

Ответ: г

221. 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

222. Следующие лабораторные данные указывают на острый гломерулонефрит, кроме

- а) альбуминурии
- б) цилиндрурии
- в) микрогематурии
- г) олигурии
- д) выраженной пиурии

Ответ: д

223. 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

224. Особенности течения беременности при хроническом пиелонефрите (в отличие от того же при гестационном пиелонефрите) являются все перечисленные, кроме

- а) часто развивается поздний выкидыш или преждевременные роды
- б) часто присоединяется поздний токсикоз беременных
- в) как правило, развивается внутриутробное инфицирование плода
- г) не оказывает существенного влияния на течение беременности

Ответ: г

225. Для диагностики железодефицитной анемии беременных используются следующие критерии

- а) уменьшение содержания сывороточного железа до 10 мкг/л
- б) снижение гематокрита менее 0.33
- в) наличие гипохромии эритроцитов, анизоцитоза, пойкилоцитоза
- г) правильно а) и б)
- д) верно все перечисленное

Ответ: д

226. В диагностике хронического пиелонефрита у беременных имеет значение все перечисленное, кроме

- а) пиурии
- б) раннего развития позднего токсикоза (с 20-22 недель беременности)
- в) анемии
- г) гематурии
- д) бессимптомной бактериурии

Ответ: г

227. Специальному обследованию (для активного выявления сахарного) подлежат следующие беременные

- а) с ожирением степени
- б) предъявляющие жалобы на жаду, обильное и частое мочеиспускание
- в) с фурункулезом (до и во время беременности)
- г) правильно а) и б)
- д) все перечисленное

Ответ: д

228. Плановая госпитализация беременной с сахарным диабетом должна производиться в следующие сроки беременности, кроме

- а) при первом обращении к врачу
- б) 20-24 недели
- в) 28-30 недель
- г) 32-34 недели

Ответ: в

229. При гипотиреозе наиболее характерными осложнениями беременности являются все перечисленные, кроме

- а) аномалий развития плода
- б) невынашивания беременности
- в) явлений сердечной недостаточности, начиная с 28-30 недель беременности
- г) развития железофолиеводефицитной анемии
- д) внутриутробной смерти плода

Ответ: в

230. У новорожденных, родившихся от матерей, больных листриозом, часто наблюдается

- 1) бронхопневмония
- 2) гнойный плеврит
- 3) нарушение мозгового кровообращения
- 4) желтуха
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4

д) все ответы неправильны

Ответ: в

231. У детей, родившихся от матерей, которые получали тетрациклин в течение первых 12 недель беременности, как правило, наблюдается

- 1) врожденная патология конечностей
- 2) подавление роста костей
- 3) гипоплазия молочных и постоянных зубов
- 4) катаракта
- а) правильно 1, 2, 3
- б) правильно 1, 2
- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

Ответ: в

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. Родилась 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 туберкулеза.

Вредные привычки отрицает.

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

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

Общий осмотр:

Рост – 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.

Гирсутизм – 3 баллов, гормональное число – 1 бал.

Гинекологическое исследование:

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

Проведенное обследование:

- 1) Полный анализ крови – в пределах нормы.
- 2) Мазок на б/с от 14.11.02 – лейкоц. – 10 – 15, эпителий – 5 – 8, флора – кокк.обильн., trich. – не обнаружены, gn – не обнаружен.
- 3) ПИФ мазок на хламидии – не найдена от 3.11.02.
- 4) ПИФ мазок 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 10 лет 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 60 лет – заболевание легких. Старшие сестры здоровы.

Возраст 34 года, рост 150 см, вес – 40 кг. 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:

$Ma\ 1,2 + Pв \times 0,3 + Ax \times 0,4 + Me \times 2,1$

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

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 полосы, 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, аллергии отрицает. Наследственность не отягощена.

Гинекологический анамнез: I аменорея.

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

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

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

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

Дополнительные методы исследования:

УЗИ – матка 2,0 × 1,2 × 2,0см, миометрий не изменен, расположен обычно. Эндометрий не определяется. Левый яичник 1,3 × 0,8см, объем 0,43см³, правый яичник 1,6 × 0,8см, объем 0,56см³.

Заключение: выраженная гипоплазия гениталий (III ст.),

УЗИ щитовидной железы – без патологии.

МРТ головного мозга и шейного отдела позвоночника – снижена высота дисков С₄–6.

Заключение: начальные признаки остеохондроза.

R – графия черепа. Заключение: Косвенные признаки внутричерепной гиперфункции. Гипоталамический синдром. Остеопороз.

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

ЭХО ЭГ – смещения м – ЭХО нет.

Консультация специалистов, заключения:

Окулист – миопические изменения.

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

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

Гиперреакция Манту.

Лабораторные исследования.

TSM – 1,246 (N 0,2 – 3,2)

ЛГ – 0,11 (N 0,48 – 17,4)

ФСГ – 0,2(N2 – 12)

Пл – 168(N61 – 512)

E₂ – 11,48(N 20 – 172)

Прогестерон 0,35(N 0,2 – 20,3)

Тестостерон 0,18(N0,04 – 0,66)

Вопросы:

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

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 гомогенная, 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} , Ro 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 хронотопогаммы.

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 гипоезогенных образований размерами 13 × 9мм и 14 × 9мм. Фолликулярный аппарат не визуализируется. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Заключение: Генитальный инфантилизм.

Мазок влагалищного содержимого 19.09.02г.:

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

Кровь на гормоны 24.09.02г.

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

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

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. Волосной покров по женскому типу.

Половая формула:

$Ma_3 P_{B_2} A_{X_2} Me_3 = 11,3.$

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

Половая формула соответствует 14-15 годам.

Гинекологическое исследование:

Наружные половые органы развиты правильно. Малые половые губы прикрыты большими. Волосной покров по женскому типу. Паховые лимфоузлы не увеличены. Перинальная область безособеностей. 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 Me₀ Ax₂ Pв₂ Ma₂.

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: Амбула 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; Е₂ – 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. Какие 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 Ma₁. Оволосение отсутствует. Менархе отсутствует Ma₁ Ax₀ Pв₀ Me₀.

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:

1. Диагноз?
2. Дополнительные методы обследования?
3. 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: Маз Рвз Ахз 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, $\sqrt{V} = 6,1\text{см}^3$. В области правых придатков эхогенативное образование 50×40мм, $\sqrt{V} = 42\text{см}^3$, 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, $\sqrt{V} = 3,7\text{см}^3$. В области правых придатков эхонегативное образование 62×47мм, $\sqrt{V} = 72\text{см}^3$, 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 – 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 $Ma_4 Ax_3 P_{v3} Me_2$ (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.

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 IIст. Менархе с 13 лет, регулярные, безболезненные через 26-28 дней, по 5 дней, умеренные. $Ma_3 Ax_3 P_3 Me_3$. 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, CaCl₂ 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 гормонов, 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 эпилептоэпилептическому 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, Aloe 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 4х9 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 метроррагический синдром.

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 тубпробы. 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.- $3,46 \cdot 10^{12}$ /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 R= 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 дополнился 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 Т 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 абортом 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 кесарево 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°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. Сводь 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 абортом, 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, аборт-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 $102\text{мм} \times 56\text{мм}$ 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. *S* 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, рвоту 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 пузырьный 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 $Ps 108$ 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. вя 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 соед резко болезненный, определяется образование справа придатки не определяются.

Во время осмотра у больной полуобморочное состояние. Температура тела 36,8°C. 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 – 37,4⁰С, 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. Абрамченко В.В. Беременность и роды высокого риска / В.В. Абрамченко. – МИА. Медицинские информационное агентство, 2004.
2. Адамян Л.В., Комиссарова Л.М., Ляшко Е.С. и др. Лекарственные средства в акушерстве и гинекологии / Л.В. Адамян, Л.М. Комиссарова, Е.С. Ляшко и др. / Под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. 3-е изд., испр. и доп. - Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2010.
3. Айламазян Э.К. Гинекология. Учебник для медицинских вузов / Э.К. Айламазян. – СПб.: СпецЛит, 2008.
4. Акушерство: национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазян, В.И. Кулаков, В.Е. Радзинский, Г.М. Савельева // Серия «Национальные руководства». - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1200 с.
5. Гилязутдинов И.А., Гилязутдинова З.Ш. Нейроэндокринная патология в акушерстве и гинекологии / И.А. Гилязутдинов, З.Ш. Гилязутдинова. М.: МЕДпресс-информ, 2006.
6. Гинекология от пубертата до менопаузы: Практ. руководство для врачей / Под. ред. акад. РАМН, проф. Э.К. Айламазяна – М.: МЕДпресс-информ, 2007.
7. Гинекология. Национальное руководство / Под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина - Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2009.
8. Гинекология: практикум / Под ред. В.Е. Радзинского — М.: Изд-во РУДН, 2006.
9. Дистлер В., Рин А. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии / Перевод с нем. Под ред. В.Е. Радзинского. - Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2010.
10. Европейское руководство по заболеваниям, передающимся половым путем. М. – 2004.
11. Клинические рекомендации по акушерству и гинекологии / Под ред. В.И. Кулакова.— М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2009.
12. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология / Под ред. Г.М. Савельевой, В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. - Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2009.
13. Коколина В.Ф. Детская и подростковая гинекология / В.Ф. Коколина. — М.: Медпрактика, 2006.
14. 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.
15. Кулаков В.И., Прилепская В.Н., Радзинский В.Е. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / В.И. Кулаков, В.Н. Прилепская, В.Е. Радзинский. — М.: ГЭОТАР Медиа, 2006.
16. Кулаков В.И., Селезнёва Н.Д., Белоглазова С.Е. Руководство по оперативной гинекологии / В.И. Кулаков, Н.Д. Селезнева, С.Е. Белоглазова. □ М.: МИА, 2006.
17. Макария А.Д., Бицадзе В.О., Акинышина С.В. Тромбозы и тромбоэмболии в акушерско-гинекологической клинике: Молекулярно-генетические механизмы и стратегия профилактики тромбоэмболических осложнений: Рук. для врачей. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007.-1064 с.
18. Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии / И.Б. Манухин, Л.Г. Тумилович, М.А. Геворкян — М.: ГЭОТАР Медиа, 2006.

19. Манушарова Р.А., Черкезова Э.И. Руководство по гинекологической эндокринологии / Р.А. Манушарова, Э.И. Черкезова. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011.
20. Невынашивание беременности: патогенез, диагностика, лечения. Клиническое руководство / Ред. А.Н. Стрижакова, Москва, 2011.
21. Перинатальные инфекции: Практич. пособие / Под ред. А.Я. Сенчука, З.М. Дубоссарской. – М.; МИА, 2005. – 318 с.
22. Подзолкова Н.М., Кузнецова И.В., Глазкова О.Л. Клиническая гинекология: Учебное пособие / Н.М. Подзолкова, И.В. Кузнецова, О.Л. Глазкова. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009.
23. Практическая гинекология / Под ред. В.И.Кулакова, В.Н.Прилепской. – М., 2008.
24. Прилепская В.Н. Руководство по контрацепции / В.Н. Прилепская — М.: МЕДпресс-информ, 2006.
25. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия / В.Е. Радзинский – М.: StatusPraesens, 2011.
26. Радзинский В.Е., Ордянец И.М., Оразмурадов А.А. и соавт., Женская консультация. Руководство / В.Е. Радзинский, И.М. Ордянец, А.А. Оразмурадов и соавт., / Под ред. В.Е. Радзинского, 3-е изд., испр. и доп., - Издательство «ГЭОТАР-Медиа», - 2010.
27. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии и неонатологии: руководство. В 2-х томах. Под общ.ред. В.Н.Серова, Г.Т.Сухих. - Издательство «Литтерра», 2010.
28. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
29. Сидельникова В.М. Эндокринология беременности в норме и при патологии / В.М. Сидельникова. – М.: МЕДпресс-информ, 2007.
30. Сидельникова В.М., Сухих Г.Т. Невынашивание беременности / В.М. Сидельникова, Г.Т. Сухих. - М., 2010.
31. Сидорова И.С., Макаров И.О. Течение и ведение беременности по триместрам / И.С. Сидорова, И.О. Макаров. - М.: Медицинское информационное агентство, 2009.
32. Сухих Г.Т., Мурашко Л.Е., Ванько Л.В. и др. Преэклампсия: руководство / Под ред Г.Т.Сухих, Л.Е.Мурашко. - Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2010.
33. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Практическая гинекология: Руководство для врачей / А.Л. Тихомиров, Д.М. Лубнин. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009.
34. Уварова Е.В. Детская и подростковая гинекология: Руководство для врачей. – М.: Литтерра, 2009. – 384 с.: ил. – (серия «Практические руководства»).
35. Чернуха Е.А. Родовой блок / Е.А. Чернуха Е.А. – М.: Триада-Х, – 2006.
36. Шехтман М.М. Неотложная помощь при экстрагенитальной патологии у беременных / М.М. Шехтман. - М.: «Триада – Х», 2008.
37. Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского и мужского бесплодия / Под ред. В.И. Кулакова, Б.В. Леонова. – М.: МИА, 2004.

2. Дополнительная литература

1. Status Praesens – 2011. - №2 (5) 07
2. Status Praesens – 2012. - №5 (11). 12

3. Status Praesens – 2013. - №4 (15). - 09

4. Абрамченко В.В., Громыко Г.Л., Бойко И.Н. Метаболическая терапия при беременности и в родах // руководство для врачей. – СПб – Москва: КОСТА, 2009 – 160 с.

5. Адамян Л.В., Кулаков В.И., Андреева Е.Н., Эндометриозы: Руководство для врачей / Л.В. Адамян, В.И. Кулаков, Е.Н. Андреева. - М.: Медицина, 2006.

6. Барашнев Ю.И., Бахарев В.А., Новиков П.В. Диагностика и лечение врожденных и наследственных заболеваний у детей / Ю.И. Барашнев, В.А. Бахарев, П.В. Новиков. - М.: Триада-Х, 2004.

7. Беременность и перинатальные инфекции: учебное пособие / сост.: Ф.К. Тетелютина, Е.П. Кузнецова, Е.А. Пашукова и др. – Ижевск, 2013. – 106 с.

8. Беременность и роды. Кокрановское руководство. - Москва, 2010.

9. Вакцины для профилактики шейки матки / Под ред. Пиера Л. Стерна, Генри С. Китченера / Пер. с англ. по общей ред. Г.Т. Сухих, В.Н. Прилепской. – М.: «МЕДпресс-информ», 2009.

10. Ванько Л.В., Сафронова В.Г., Матвеева Н.К. и соавт., Оксидативный стресс в генезе акушерских кровотечений: Руководство / Л.В. Ванько, В.Г. Сафронова, Н.К. Матвеева и соавт., - Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2010.

11. Глуховец Б.И., Глуховец Н.Г. Восходящее инфицирование фето-плацентарной системы / Б.И. Глуховец, Н.Г. Глуховец. – Москва, 2006.

12. Демидов В.Н. Ультразвуковая диагностика пороков развития матки и влагалища. Клиническая визуальная диагностика / В.Н. Демидов. — М.: Триада Х, 2006.

13. Доброхотова Ю.Э., Джобава Э.М., Озерова Р.И. Неразвивающаяся беременность. Тромбофилические и клиничко-иммунологические факторы: руководство / Ю.Э. Доброхотова, Э.М. Джобава, Р.И. Озерова. - Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2010.

14. Доброхотова Ю.Э., Щеголев А.А., Комраков В.Е. Тромботические состояния в акушерской практике / Под ред. Ю.Э.Доброхотовой, А.А.Щеголева. Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2010.

15. Исследование молочных желез в практике акушера-гинеколога. Методическое пособие / Коган И.Ю., Полянин А.А., Тарасова М.А. и др. – СПб, 2004.

16. Канунникова Н.М., Семенова М.В. Патология шейки матки / Н.М. Канунникова, М.В. Семенова. - Ижевск, 2007.

17. Канунникова Н.М., Семенова М.В., Титов С.Н. Опухолевидные образования и опухоли яичников / Н.М. Канунникова, М.В.Семенова, С.Н. Титов. - Ижевск, 2010.

18. Канунникова Н.М., Семенова М.В., Титов С.Н. Патология эндометрия / Н.М. Канунникова, М.В. Семенова, С.Н. Титов. - Ижевск, 2010.

19. Клиффорд Р. Уиллис. Атлас оперативной гинекологии / Клиффорд Р. Уиллис. — М.: Медицинская литература, 2007.

20. Кравчук Т.А., Наумова В.Я. Генитальный эндометриоз / Т.А. Кравчук, В.Я. Наумова. - Ижевск, 2006.

21. Кроненберг Генри М., Шломо Мелмед, Кеннет С. Полонски и соавт., Эндокринология по Вильямсу. Репродуктивная эндокринология / Генри М. Кроненберг, Шломо Мелмед, Кеннет С. Полонски и соавт., / Пер. с англ. академика РАН и РАМН И.И. Дедова, чл.-кор. РАМН Г.А. Мельниченко. – М.: Ред Элсивер, 2011.

22. Кулаков В.И., Чернуха Е.А., Комиссаров Л.М. «Кесарево сечение». 2-е изд., перераб., исправ. и доп. – М.: Триада-Х, 2004. – 320 с.

23. Макацария А.Д., Бицадзе В.О. Профилактика повторных осложнений беременности

в условиях тромбофилии. Руководство для врачей / А.Д. Макацария, О.В. Бицадзе. М.: «Триада Х», 2008.

24. Макацария А.Д., Бицадзе В.О., Акинышина С.В., Синдром системного воспалительного ответа в акушерство / А.Д. Макацария, О.В. Бицадзе, С.В. Акинышина. - М.: Медицинское информационное агентство, 2006.

25. Макацария А.Д., Бицадзе В.О., Баймурадова С.М., и соавт., Антифосфолипидный синдром – иммунная тромбофилия в акушерстве и гинекологии / А.Д. Макацария, О.В. Бицадзе, С.М. Баймурадова и др. – М.: Триада-Х, 2007.

26. Манухин И.Б., Тактаров В.Г., Шмелева С.В. Здоровье женщины в климактерии: руководство для врачей / И.Б. Манухин, В.Г. Тактаров, С.В. Шмелева. - Издательство «Литтерра», 2010.

27. Мастопатия: фиброзно-кистозная болезни. Учебно-методическое пособие / Коган И.Ю., Тарасова М.А. и др. – СПб., 2005.

28. Медведев М.В. Основы ультразвукового исследования в акушерстве: практическое пособие для врачей / Под ред. М.В.Медведева. - М.: Реал Тайм, 2006.

29. Медицина, основанная на доказательствах. Руководство для начинающих пользователей. Проект Мать и дитя. - Москва, 2011.

30. Молчанова Л.Ф., Тетелютина Ф.К., Выломова С.В. и соавт., Организация медико-социальной помощи работницам крупного промышленного предприятия в условиях женской консультации. Учебное пособие для слушателей ФПК и ПП, интернов, ординаторов, аспирантов / Л.Ф. Молчанова, Ф.К. Тетелютина, С.В. Выломова и соавт., – Ижевск, 2007.

31. Мравян С.Р., Петрухин В.А., Пронин В.П., Пороки сердца у беременных: Руководство / С.Р. Мравян, В.А. Петрухин, В.П. Пронин В.П. - Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2010.

32. Назаренко Т.А. Стимуляция функции яичников / Т.А. Назаренко. – М.: «МЕДпресс-информ», 2008.

33. Неймарк А.И., Неймарк Б.А., Кондратьева Ю.С. Дизурический синдром у женщин. Диагностика и лечение: руководство / А.И. Неймарк, Б.А. Неймарк, Ю.С. Кондратьева. - Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2010.

34. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии. Диагностика и лечение / Редакторы М Пирлман, Дж. Тинтиналли, П. Дин / Пер. с англ. П.И. Медведевой, к.м.н. А.А. Митрохина. Под общей ред. д.м.н., профессора М.А. Курцера. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний. 2009.

35. Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение. Клинические рекомендации / Под ред. О.М. Лесняк, Л.И. Боневоленской. 2-е изд., переработанное и дополненное. – М.: «ГЕОТАР-Медиа», 2010.

36. Павлович С.В. Диагностика и терапия анемии у беременных и родильниц. Учебное пособие / С.В. Павлович – Москва, 2011.

37. Пименов Л.Т., Пименова Л.И., Савельева Т.В. и соавт., Абдоминальный болевой синдром в практике первичного звена. Учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей / Л.Т. Пименов, Л.И. Пименова, Т.В. Савельева Т.В. и соавт., – Ижевск, 2010.

38. Пименов Л.Т., Чуршин А.Д., Пименова Л.И. и соавт., Ишемическая болезнь сердца на поликлиническом этапе (дифференциальный диагноз стенокардии у женщин) / Л.Т. Пименов, А.Д. Чуршин, Л.И. Пименова и соавт., – Ижевск, 2009.

39. Пименова Л.И., Проничев В.В. Синдром хронических тазовых болей у женщин. Учебно-методическое пособие / Л.И. Пименова, В.В. Проничев. – Ижевск, 2007.
40. Принципы индивидуального выбора гормональной заместительной терапии в пери- и постменопаузе. Методическое пособие для врачей / Тарасова М.А., Ярмолинская М.И. – СПб, 2006.
41. Рис М., Хоуп С., Охлер М.К., Мур ДЖ., Кроуфорд П. Диагностика и лечение в гинекологии. Проблемный подход / М. Рис, С. Хоуп, М.К. Охлер и соавт., / Под ред. В.Н. Прилепской. – М.: «ГЕОТАР-Медиа», 2010.
42. Семенова М.В., Бушмелева Н.Н., Елхова Т.Н. Акушерские кровотечения. Вопросы лечения и профилактики. Информационное письмо / М.В. Семенова, Н.Н. Бушмелева, Т.Н. Елхова. – Ижевск, 2011.
43. Семенова М.В., Канунникова Н.М. Акушерские кровотечения / М.В. Семенова, Н.М. Канунникова / Под ред. М.И. Сабсай. - Ижевск, 2008.
44. Семенова М.В., Канунникова Н.М. Послеродовый период / М.В. Семенова, Н.М. Канунникова. - Ижевск, 2008.
45. Семенова М.В., Канунникова Н.М. Физиология и патология родовой деятельности / М.В. Семенова, Н.М. Канунникова. - Ижевск, 2008.
46. Серебренникова К.Г., Протопопова Т.А., Духин А.О. и соавт., Доброкачественные опухоли яичников в практике семейного врача. Учебное пособие, рекомендовано Учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России / К.Г.Серебренникова, Т.А. Протопопова, А.О. Духин и соавт., – Москва, 2008.
47. Сперофф Леон, Филип Д. Дарни. Клиническое руководство по контрацепции / Леон Сперофф, Филип Д. Дарни / Под ред. В.Н. Прилепской. – М.: БИНОМ, 2009.
48. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Пашков В.М. и соавт., Доброкачественные заболевания матки / А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов, В.М. Пашков и соавт., - Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2011.
49. Тетелютина Ф.К., Жуковская И.Г., Блинова Е.И., и соавт., Эффективность эфтилла «У» при лечении хронических цервицитов. Информационное письмо для врачей / Ф.К. Тетелютина, И.Г. Жуковская, Е.И. Блинова, и соавт., – Ижевск, 2007.
50. Тетелютина Ф.К., Корепанов А.М., Харина Н.А., и соавт., Реабилитация беременных в условиях санатория Ува. Информационное письмо / Ф.К. Тетелютина, А.М. Корепанов, Н.А. Харина и соавт., - Ижевск, 2005.
51. Тетелютина Ф.К., Кузнецова Е.П., Пименова Л.И. и соавт., Вирус папилломы человека в практике врача акушера-гинеколога. Учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей. Рекомендовано УМО по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России / Ф.К. Тетелютина, Е.П. Кузнецова, Л.И. Пименова и соавт. – Ижевск, 2010.
52. Тетелютина Ф.К., Кузнецова Е.П., Пименова Л.И. и соавт., Эндоскопические методы диагностики и лечения в гинекологии: Учебное пособие / Ф.К. Тетелютина, Е.П. Кузнецова, Л.И. Пименова и соавт., – Ижевск, 2007.
53. Тетелютина Ф.К., Молчанова Л.Ф., Мальчиков А.Я., и соавт., Оптимизация лечебно-профилактических мероприятий, направленных на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья работниц промышленного предприятия. Информационное письмо для врачей / Ф.К. Тетелютина, Л.Ф. Молчанова, А.Я. Мальчиков и соавт., – Ижевск. - 2007.

54. Тетелютина Ф.К., Пашукова Е.А. Формирование здорового образа жизни подростков. Учебное пособие / Ф.К. Тетелютина, Е.А. Пашукова – Ижевск, 2009.
55. Тетелютина Ф.К., Пашукова Е.А., Копысова Е.Д. и соавт., Гиперандрогения. Учебное пособие / Ф.К. Тетелютина, Е.А. Пашукова, Е.Д. Копысова и соавт., – Ижевск, 2009.
56. Тетелютина Ф.К., Пашукова Е.А., Пименова Л.И. и соавт., Беременность и внутриутробные инфекции. Учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей / Ф.К. Тетелютина, Е.А. Пашукова, Л.И. Пименова и соавт., – Ижевск, 2011.
57. Тетелютина Ф.К., Пашукова Е.А., Толстолуцкая Е.А., и соавт., Эмболизация в акушерстве и гинекологии. Информационное письмо для врачей акушеров-гинекологов / Ф.К. Тетелютина, Е.А. Пашукова, Е.А. Толстолуцкая и соавт., - Ижевск, - 2006.
58. Тетелютина Ф.К., Пашукова Е.А., Харина Н.А. Реабилитация беременных женщин в условиях санатория «Металлург» Учебное пособие / Ф.К. Тетелютина, Е.А. Пашукова, Н.А. Харина. - Ижевск, 2006.
59. Тетелютина Ф.К., Прокопьева Т.А., Пашукова Е.А. и соавт., Подготовка врача в интернатуре по специальности «Акушерство и гинекология». Учебно-методическое пособие для врачей интернов акушеров-гинекологов / Ф.К. Тетелютина, Т.А. Прокопьева, Е.А. Пашукова и соавт., - Ижевск, 2005.
60. Тетелютина Ф.К., Толстолуцкая Е.А., Клестов К.Б., и соавт., Эмболизация маточных и внутренних подвздошных артерий. Информационное письмо / Ф.К. Тетелютина, Е.А. Толстолуцкая, К.Б. Клестов и соавт., - Ижевск, 2005.
61. Тетелютина Ф.К., Уракова Н.А. Основы кардиотокографии. Учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей / Ф.К. Тетелютина, Н.А. Уракова. — Ижевск, 2010.
62. Тетелютина Ф.К., Уракова Н.А., Пашукова Е.А. и соавт., Ижевск Современные подходы к оценке состояния плода. Учебное пособие для слушателей ФПК и ПП, интернов, ординаторов, аспирантов./ Ф.К. Тетелютина, Н.А. Уракова, Е.А. Пашукова и соавт.,— Ижевск. – 2007.
63. Тетелютина Ф.К., Уракова Н.А., Пашукова Е.А. и соавт., Современные подходы к оценке состояния плода. Учебное письмо для слушателей ФПК и ПП, интернов, ординаторов, аспирантов / Ф.К. Тетелютина, Н.А. Уракова, Е.А. Пашукова и соавт., – Ижевск. – 2007.
64. Тетелютина Ф.К., Уракова Н.А., Пашукова Е.А. и соавт., Современные подходы к оценке состояния плода. Учебное пособие. Рекомендовано Учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России / Ф.К. Тетелютина, Н.А. Уракова, Е.А. Пашукова и соавт., – Ижевск, 2009.
65. Тромбофилии в акушерской практике. Учебно-методическое пособие / Под ред. Э.К.Айламазяна, Н.Н.Петрищева. – СПб., 2005.
66. Уилли К.Р. Атлас оперативной гинекологии / К.Р. Уилли — М.: Медицинская литература, 2007.
67. Фаткуллин И.Ф. кесарево сечение: Учебн. пособие / И.Ф. Фаткуллин, И.Р. Галимова. – М. - : МЕДпресс-информ, 2007. – 160 с. : ил.
68. Халимова Д.Р. Маточные кровотечения пубертатного периода / Д.Р. Халимова. - Ижевск, 2009.

69. Халимова Д.Р. Физиология и патология полового созревания девочек / Д.Р. Халимова. - Ижевск, 2009.
70. Халимова Д.Р., Тетелютина Ф.К., Сагдеева Г.М. Формирование здорового образа жизни подростков / Д.Р. Халимова, Ф.К. Тетелютина, Г.М. Сагдеева. - Ижевск, 2008.
71. Чернуха Е.А. Перенашивание беременности /Е.А. Перенашивание беременности. М., Медицина, 1982.
72. Элдер Кей, Брайн Дейл. Экстракорпоральное оплодотворение / Кей Элдер, Брайн Дейл. / Пер. с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2008.
73. Эрол Р. Норвиц, Джон О. Шордж. Наглядное акушерство и гинекология. Учебное пособие для вузов / Эрол Р. Норвиц, Джон О. Шордж / Пер. в англ. под ред. академика РАМН Э.К. Айламазяна. Изд. Группа «ГЭОТАР-Медиа», 2010.
74. Яманова М.В., Салмина А.Б., Эндокринное бесплодие: клеточная и молекулярная патология имплантации / М.В. Яманова, А.Б. Салмина. – М.: Медика, 2009.

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 от 01.07.2013 г. №499 об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам

17. 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

18. 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"

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

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

РАЗДЕЛ 2

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ

Темы лекций, практических занятий соответствуют учебно-тематическому плану, представленному в разделе 1.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РАЗРАБОТКИ ЛЕКЦИЙ

тематического усовершенствования «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: 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 лекции

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Лекция.	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, 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, мультимедийная установка.

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.

Вопросы для контроля:

1. Организация акушерско-гинекологической службы в РФ.
2. Показатели: перинатальная смертность, мертворождаемость, ранняя неонатальная смертность, аборты.
3. Структура и динамика показателей материнской смертности.
4. Профилактика материнской смертности.
5. Основные нормативные документы, влияющие на показатели материнской и младенческой смертности.

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.
2. Бурлев В.А. // Проблемы Репродукции . — 2004. — № 6. — С. 51–57.
3. Концепция охраны репродуктивного здоровья населения России на период 2000-2004 гг. и план мероприятий по ее реализации. Москва, 2000.

3. Законодательные и нормативно-правовые документы.

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

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

23. 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)".

24. 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 «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: 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.	Лекция.	30
3.	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.

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

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.

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:

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

2.Дополнительная литература:

1. Глашев А.А. Медицинское право: Практическое руководство для юристов и медиков. — М.: Волтерс Клувер, 2004. — 208 с.
2. Концепция охраны репродуктивного здоровья населения России на период 2000-2004 гг. и план мероприятий по ее реализации. Москва, 2000.

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.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: современное освещение вопросов организации амбулаторной и поликлинической акушерско-гинекологической помощи пациентам с эндокринопатиями и бесплодием.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Лекция.	35
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

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. 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. 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. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.
6. Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.
7. 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 «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: дать знания по правовым вопросам в сфере здравоохранения в РФ.

План лекции

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

Задачи, решаемые в процессе лекции:

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, мультимедийная установка.

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 понятия, используемые 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.

Вопросы для контроля:

1. Какие основные законодательные акты регламентируют здравоохранения в РФ?
2. Какие основные понятия используются в медицинском праве?
3. Какие права имеет пациент и чем они регламентированы?
4. Какие виды юридической ответственности за нарушение законодательства в сфере здравоохранения?

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература:

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

2. Дополнительная литература:

1. Глашев А.А. Медицинское право: Практическое руководство для юристов и медиков. — М.: Волтерс Клувер, 2004. — 208 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. Конституция Российской Федерации, от 12 декабря 1993 г.
3. Гражданский кодекс РФ.
4. закон РФ «О защите прав потребителей» от 7 февраля 1992 г. N 2300-I.
5. ФЗ РФ от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".
6. ФЗ РФ от 12.04.2010 N 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств".
7. Федеральный закон от 31 мая 2001 г. N 73-ФЗ "О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации".

Код 2.1. Тема Клинические и лабораторные методы исследования (гормональные, биохимические).

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: 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 лекции

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя	5
2.	Лекция преподавателя	60
3.	Контроль знаний	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя	5

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 (опухольные маркеры).
12. Новые методы исследования гормонального профиля.

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

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.

Вопросы для контроля:

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.

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:

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. / Род 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.

4. Доброхотова, Ю. Э. Микробиоценоз влагалища. Аспекты гормональной регуляции : учеб.-метод. пособие / Ю. Э. Доброхотова, Н. Г. Затицян ; ГОУ ВПО РГМУ. - М. : [РГМУ], 2010. - 20 с.

Код 2.3. Тема Ультразвуковые методы исследования.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: Ознакомиться с современными ультразвуковыми методами исследования.

План лекции

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

Задачи, решаемые в процессе лекции:

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.

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:

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. / Род 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 Физиологические изменения в организме женщины во время беременности.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: закрепить знания врачей о физиологически протекающей беременности.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин)
1.	Вступительное слово преподавателей.	15
2.	Лекция	60

4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	15
----	---	----

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Физиологические изменения в организме женщины во время беременности. Возможные отклонения и способы их коррекции.
2. Психоэмоциональные изменения женщины во время беременности.
3. Положительный настрой на исход беременности и родов беременной и ее семьи, преодоление страхов, связанных с беременностью и родами.
4. Формирование доминанты, как рефлекторной физиологической системы, определяющей характер взаимодействия организма с окружающей средой.
5. Представление беременности, родов, как естественного физиологического процесса

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

Краткое изложение материала.

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. Психоэмоциональные аспекты беременности. Три периода в психике беременной. Период адаптации. Противоречивые чувства, сомнения, эмоциональная неустойчивость. Отношение беременной с родственниками. Второй период психического состояния беременной – период подчинение ребенку и усвоение роли матери. Отношение с ребенком, чувство единства. Третий период – постепенная внутренняя готовность к родам. Страх перед родами. Положительный настрой на исход беременности и родов женщины и ее семьи, преодоление страхов, связанных с беременностью и родами. Факторы, влияющие на формирование чувства материнства, адаптацию к ожиданию ребенка. Психологическая готовность к родам. Использование шкалы опросника количественной и качественной оценки психосоматического состояния беременной шкалы «САН», шкалы Стилберга-Ханина. Роль центральной нервной системы подготовки беременной к родам, учение А.А. Ухтомского о доминанте. Формирование доминанты как рефлекторной физиологической системы, определяющий характер взаимодействия организма с окружающей средой. Понятие «родовая доминанта»

Контрольные вопросы:

1. Физиологические изменения органов репродуктивной системы во время беременности.
2. Физиологические изменения сердечно-сосудистой системы во время беременности. Критические сроки.
3. Психология беременности. Формирование доминанты беременной.

Рекомендуемая литература:

1. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.
2. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.
3. Чернуха, Е. А. Родовой блок : рук. для врачей / Е. А. Чернуха. - 3-е изд., перераб., испр. и доп. - : Триада-Х, 2003. - 712 с.
4. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.
5. 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.

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 3.2. Тема Физиология послеродового периода и периода новорожденности.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: закрепить знания врачей о физиологически протекающей беременности.

План лекции

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

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Определение послеродового периода, его продолжительность (ранний, поздний послеродовый период).
2. Физиологические изменения органов репродуктивной системы после родов. Возможные отклонения и способы их коррекции.
3. Системные изменения в организме женщины в послеродовый период, возможные отклонения.
4. Психоземotionalные изменения в организме женщины после родов. Психология послеродового периода. Профилактика послеродового стресса.
5. Рекомендации ВОЗ по уходу за новорождённым.
6. Скрининговые программы обследования новорожденных в ранний послеродовый период.
7. Пограничные состояния новорожденных (колебания массы тела, колебания температуры тела, простая и токсическая эритема, шелушение кожи, родовая опухоль, половые кризы, милиа).

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

Краткое изложение материала.

Послеродовый (пуэрпальный) период – период, начинающийся после рождения последа и продолжающийся до окончания инволюции всех органов и тканей организма женщины, подвергшихся изменениям во время беременности (продолжительность 6-8 недель). В послеродовом периоде во всех органах и системах (в центральной нервной, половой системе, сердечно-сосудистой, эндокринной, мочевыделительной, пищеварительной, иммунной и других системах) организма родильницы происходят интенсивные процессы морфофункциональной перестройки. В первую очередь в послеродовом периоде восстанавливается обычное состояние коры головного мозга и подкорковых структур (центров). Частота психовегетативных расстройств у женщин, возникающих после родов составляет от 5 до 75%. Рекомендации ухода за новорожденным по ВОЗ. Уход за новорожденным без вмешательств. Контакт "кожа к коже". Грудное вскармливание. Минимальное пребывание в родильном доме.

Контрольные вопросы:

1. Определение послеродового периода.
2. Физиологические и системные изменения органов репродуктивной системы после родов, возможные отклонения.
3. Психологию послеродового периода. Профилактику послеродового стресса.

4. Активное динамическое наблюдение за родильницей в раннем послеродовом периоде. Принципы ухода за новорождённым по ВОЗ.

Рекомендуемая литература:

1. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.
2. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.
3. Чернуха, Е. А. Родовой блок : рук. для врачей / Е. А. Чернуха. - 3-е изд., перераб., испр. и доп. - : Триада-Х, 2003. - 712 с.
4. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.
5. 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.
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 3.3. Тема Грудное вскармливание.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: закрепить знания врачей о физиологически протекающей беременности.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин)
1.	Вступительное слово преподавателей.	5
2.	Лекция	35
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Задачи, решаемые в процессе лекции:

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).

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:

1. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.
2. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.
3. Чернуха, Е. А. Родовой блок : рук. для врачей / Е. А. Чернуха. - 3-е изд., перераб., испр. и доп. - : Триада-Х, 2003. - 712 с.
4. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.
5. 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.
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 4.1. Тема Патологические роды. Аномалии родовой деятельности. (1 часть)

Цикл: «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях (ТУ)»

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

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя	5
2.	Лекция преподавателя	60
3.	Контроль знаний	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя	5

Задачи, решаемые в процессе лекции:

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. Дискординация родовой деятельности. Причины дискордации родовой деятельности. Патогенез. Клиника. Степени тяжести дискордации родовой деятельности. Лечение.
6. Состояние плода при аномалиях родовой деятельности.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, слайды, мультимедиа, 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.

Контроль знаний. Обсуждение информации, представленной в лекции, ответы на поставленные вопросы, дискуссия.

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?

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.

Код 4.1. Тема Патологические роды. Узкие тазы.(2 часть).

Цикл: «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях (ТУ)»

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

Цель: ознакомить курсантов с клиникой, диагностикой и тактикой ведения беременности и родов при анатомически узком тазе.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Доклад преподавателя	60
3.	Контроль знаний.	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

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.Перинатальный 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, 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.

Вопросы для контроля:

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.

Код 4.2. Тема Оперативное акушерство.

Цикл: «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях (ТУ)»

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

Цель занятия Информирование слушателей о современном кесаревом сечении.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (180 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Доклад преподавателя.	120
3.	Контроль знаний	25
4.	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:

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.
 - 5.Фаткуллин И.Ф.Кесарево сечение .Учебное пособие.—М.МЕДпресс-информ 2007 – 160с,.
- 2.Дополнительная литература:**
- 2.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: «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях (ТУ)»

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

Цель: более глубокое изучение гемодинамики во время беременности при приобретенных и врожденных пороках сердца.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Доклад преподавателя	60
3.	Контроль знаний	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

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 приобретенных и врожденных пороках 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 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.

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:

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.
6. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях –М., 2015.

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 «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: ознакомить врачей с основными положениями по ведению беременности у женщин с гипертонической и гипотонической болезнью.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Доклад преподавателя	60
3.	Контроль знаний	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

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. Низкосолевая 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 вазодилататор — 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.

Вопросы для контроля:

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.
- 6.Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях –М., 2015.

2.Дополнительная литература:

1. Гайсин И. Р. Лечение сердечно-сосудистых заболеваний у беременных женщин : учеб.пособие.- Ижевск: ИГМА, 2005

Код 5.3 Тема Миокардиты. Нарушения ритма сердца при беременности.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: более глубокое изучение гемодинамики во время беременности при нарушениях ритма сердца.

План лекции

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

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Общие принципы ведения беременности и родов при миокардитах.
2. Ведение беременности нарушениях ритма сердца.
3. Виды нарушений сердца при беременности.
4. Диагностика. Лечение. Профилактика.

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

Краткое изложение материала.

Миокардит при беременности чаще всего проявляются по истечению инфекционных заболеваний. В подавляющем большинстве случаев миокардит у будущих мам возникает примерно за 1 месяц до родов, или же через полгода после родов.

Источником воспалительного процесса сердечной мышцы является аутоиммунный процесс, при котором возбудитель инфекции выступает антигеном и вызывает продукцию антител, которые в свою очередь в дальнейшем воздействуют на миокард.

Сердечная мышца воспаляется, возникают инфильтраты и как результат, в воспаленном месте образуется рубец. У беременных зачастую развивается миокардиодистрофический кардиосклероз.

Беременность сопровождается увеличением распространенности нарушений сердечного ритма. Аритмии выявляют, по данным литературы, у 15,7% беременных и рожениц, причем 43% из них — это функциональные аритмии. Но, даже при отсутствии органического заболевания сердца осложнения беременности встречаются у женщин с нарушениями сердечного ритма значительно чаще.

Наиболее часто НСР при гестации представлены наджелудочковой экстрасистолгией (28-67%) и/или желудочковой экстрасистолгией (16-59%). При обследовании беременных без признаков структурных заболеваний сердца при наличии ощущений перебоев в деятельности сердца и сердцебиений НЖЭС выявлены у 56% обследованных и ЖЭС — у 59 %; частые НЖЭС (больше 100 в час), частые ЖЭС (больше 50 в час) и полиморфные ЖЭС наблюдали соответственно у 7, 22 и 12%.

Значительно реже во время беременности возникают пароксизмальные и устойчивые наджелудочковые и пароксизмальные желудочковые тахиаритмии. Выявлено, что перечисленные НСР развиваются преимущественно у женщин с заболеваниями сердца, предшествовавшими беременности, нарушениями функции щитовидной железы, электролитными нарушениями.

Вопросы для контроля:

1. Тактика ведения родов у женщин с миокардитом.
2. Какие основные профилактические мероприятия миокардита проводятся во время беременности?
3. Какие виды нарушений сердца встречаются наиболее часто при беременности?

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 профилакт. мед. ФПК и ПП. - Ижевск : ИГМА, 2013. - 92 с.

6. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях –М., 2015.

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 органов дыхания

Цикл: «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях (ТУ)»

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

Цель: ознакомить курсантов с изменениями дыхательной системы во время беременности, основных заболеваний органов дыхания.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Доклад преподавателя	60
3.	Контроль знаний.	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Вопросы для подготовки:

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. 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, мультимедийная установка, презентация, истории болезни для разбора.

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.

У беременных преобладает первичный бронхит. Беременность ухудшает течение хронического бронхита. Беременность не предрасполагает к заболеванию бронхитом, но свойственное беременности набухание слизистой оболочки бронхов затрудняет отхаркивание. Наиболее частая причина хронического бронхита— вирусы, реже бактерии. Развитию осложнений беременности и перинатальной патологии способствуют обострения ХОБ и ХОБЛ, сопровождаемые сужением просвета бронхов и нарушением газообмена.

Вопросы для контроля:

1. Планирование беременности у больных заболеваниями органов дыхания.
2. Диагностика заболеваний органов дыхания.
3. Дородовое наблюдение. Общие рекомендации.
4. Особенности течения и ведения беременности и родов при заболеваниях органов дыхания.
5. Выбор метода родоразрешения у женщин с заболеваниями органов дыхания.

Рекомендуемая литература:

1.Основная литература:

1. . Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.
2. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
3. 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 профилакт. мед. ФПК и ПП. - Ижевск : ИГМА, 2013. - 92 с.
4. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях –М., 2015.

Код 5.5 Тема Бронхиальная астма и беременность.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: ознакомить курсантов с особенностями течения бронхиальной астмы во время беременности.

План лекции

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

Вопросы для подготовки:

1. Частота бронхиальной астмы среди беременных.
2. Течение бронхиальной астмы у беременных .
3. Бронхиальная астма, впервые диагностированная во время беременности.
4. Лечение бронхиальной астмы у беременных: базисная терапия бронхорасширяющие и противовоспалительные препараты.
5. Астматический статус при беременности.
6. Тактика ведения родов у женщин с бронхиальной астмой.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедийная установка, презентация, истории болезни для разбора.

Краткое изложение материала.

В последнее десятилетие наблюдается рост числа больных с бронхиальной астмой в популяции и у беременных.

Независимо от формы заболевания выделяют 3 стадии: предастма, приступы удушья и астматическое состояние. Течение бронхиальной астмы у беременных определяется влиянием гормональных и иммунных факторов. Предсказать ухудшение состояния больной невозможно: оно может наступить во время беременности, в родах, в раннем и позднем послеродовых периодах и значительно осложняет акушерскую тактику.

По данным некоторых авторов бронхиальная астма впервые может появиться во время беременности. Этому способствует чувствительность к эндогенному простагландину F2α, вызывающему бронхоспазм.

В ранние сроки беременности показана госпитализация в терапевтический стационар для обследования и решения вопроса о сохранении беременности. Последующее наблюдение за беременной осуществляется совместно с терапевтом (пульмонологом).

При ухудшении состояния необходима госпитализация в любые сроки беременности. Обязательна госпитализация в стационар за 2-3 нед до родов для обследования и подготовки к родам. Из-за отсутствия объективных критериев тяжести заболевания прогнозировать исход родов для матери и плода сложно. Бронхиальная астма, возникшая во время беременности, может исчезнуть после родов.

Вопросы для контроля:

1. Прегравидарная подготовка у пациенток с бронхиальной астмой.
2. Ведение беременности по триместрам у женщин с бронхиальной астмой.
3. Тактика родоразрешения беременных с бронхиальной астмой.
4. Купирование астматического статуса при беременности и в родах.
5. Особенности терапии бронхиальной астмы при беременности.

Рекомендуемая литература:

1.Основная литература:

1. . Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.
2. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
3. 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.
4. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях –М., 2015.

Код 5.6 Тема Беременность и заболевания желудочно-кишечного тракта и печени.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: ознакомить с особенностями беременности при заболеваниях желудочно-кишечного тракта и печени, диагностики и лечения.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Доклад преподавателя	60
3.	Контроль знаний.	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Вопросы для подготовки:

1. Заболевания органов пищеварения и беременность.
 - 1.1. Эпидемиология.
 - 1.2. Классификация.
 - 1.3. Этиология и патогенез.
 - 1.4. Клиническая картина.
 - 1.5. Лабораторно-инструментальные исследования.
 - 1.6. Дифференциальная диагностика.
 - 1.7. Цели лечения.
 - 1.8. Лечение: немедикаментозное и медикаментозное.
 - 1.9. Лечение в условиях стационара.
 - 1.10. Наблюдение и дальнейшее ведение.
 - 1.11. Прогноз.
2. Заболевания печени и беременность.
 - 2.1. Физиология печени во время беременности.
 - 2.2. Признаки нарушения функции печени.
 - 2.3. Заболевания печени, встречающиеся только во время беременности. Нарушения функции печени при эклампсии. Острая жировая дистрофия печени. Холестаз беременных. Диагностика. Лечение.
 - 2.4. Заболевания печени, встречающиеся и вне беременности. Вирусные гепатиты А, В, ни-А, ни-В, С, Е, F, D. Диагностика. Лечение.
 - 2.5. Цирроз печени. Первичный билиарный цирроз, болезнь Вильсона, синдром Бадда-Киари, лекарственные поражения печени. Диагностика. Лечение.
 - 2.6. Наследственные гипербилирубинемии. Диагностика. Лечение.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедийная установка, презентация, истории болезни для разбора.

Краткое изложение материала.

Во время беременности многочисленные изменения обмена веществ нейроэндокринной и иммунной систем приводят к особенностям функционирования органов пищеварительной системы. Снижаются двигательная и секреторная активность желудка, кишечника, гепатобилиарной системы. В связи с этим повышаются факторы риска обострения многих хронических процессов в органах пищеварения или возникновения новых заболеваний. Своеобразие клинического течения и само состояние беременности нередко приводит к запоздалой диагностике заболеваний пищеварительной системы и недооценке их негативного влияния на состояние и развитие плода. Диагностика затруднена и по причине ограничений в применении методов исследования у женщин во время беременности. Наибольшую значимость по влиянию на плод, частоте и особенностям клинического течения представляют болезни печени, желудка и кишечника.

Печень осуществляет метаболизма углеводов, липидов и аминокислот, а также обезвреживание токсичных веществ. Во время беременности вследствие физиологического увеличения ОЦК возникает гипоальбуминемия.

Распространенность желтухи среди беременных составляет 1:1500. Причины – повышенное образование билирубина или нарушение его метаболизма в печени.

Заболевания печени, встречающиеся только во время беременности. Распространенность острой жировой дистрофии печени составляет 1 на 10000 беременных. Срок развития 34-36 недель. Предрасполагающие факторы – вирусная инфекция, интоксикация, преэклампсия. Основное осложнение – острая печеночная недостаточность. Проводят коррекцию метаболических нарушений и неотложное родоразрешение.

Холестаз беременных составляет 1 на 500 беременных. Диагностика основана на клинике, лабораторных методах исследования (билирубин, щелочная фосфатаза, АСТ, АЛТ, ПВ, желчные кислоты). Дифференциальная диагностика с паренхиматозными, механическими желтухами, первичным билиарным циррозом, острой жировой

дистрофией печени, гемолитической желтухой. Лечение симптоматическое и патогенетическое. Осложнения - гибель плода и преждевременные роды.

Гепатит А. При контакте с больным назначают иммуноглобулин для в/м введения. Гепатит В передается инъекционным путем, при переливании препаратов крови, а также попадании биологических жидкостей, содержащих вирус, на слизистые. Возможна трансплацентарная передача вируса от матери к плоду. Беременным вакцинация не требуется. Если беременная не иммунизирована, в течение 12 часов после контакта с вирусоносителем ей вводят иммуноглобулин против гепатита В. Детям, родившимся от женщин, имеющих положительные пробы на HBsAg, вводят иммуноглобулин против гепатита В и проводят вакцинацию.

Гепатит ни А, ни В: при хронической форме прогноз лучше, чем при острой.

Цирроз печени развивается в исходе гепатитов, токсического поражения печени или метаболических нарушений.

Вопросы для контроля:

1. Планирование беременности у больных заболеваниями ЖКТ.
2. Диагностика заболеваний ЖКТ.
3. Дородовое наблюдение. Общие рекомендации.
4. Особенности течения и ведения беременности и родов при заболеваниях ЖКТ.
5. Выбор метода родоразрешения у женщин с заболеваниями ЖКТ и печени.
6. Показания для прерывания беременности при заболеваниях печени.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература:

1. . Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.
2. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
3. 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.
4. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях –М., 2015.

Код 5.7. Тема Панкреатит и беременность.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: ознакомить с особенностями течения беременности при панкреатитах.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Доклад преподавателя	60
3.	Контроль знаний.	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Вопросы для подготовки:

1. Острый и хронический панкреатит при беременности.
2. Эпидемиология.
3. Классификация.
4. Этиология и патогенез.
5. Клиническая картина.
6. Лабораторно-инструментальные исследования.

7. Дифференциальная диагностика.
8. Цели лечения.
9. Лечение: немедикаментозное и медикаментозное.
10. Лечение в условиях стационара.
11. Наблюдение и дальнейшее ведение.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедийная установка, презентация, истории болезни для разбора.

Краткое изложение материала.

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.

Вопросы для контроля:

1. Планирование беременности у больных с хроническим панкреатитом.
2. Диагностика обострений панкреатита.
3. Дородовое наблюдение. Общие рекомендации.
4. Особенности течения и ведения беременности и родов при панкреатите.
5. Выбор метода родоразрешения у женщин с обострением панкреатита.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература:

1. . Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.
2. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
3. 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.
4. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях –М., 2015.

Код 5.8. Тема Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и язвенная болезнь при беременности.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: ознакомить с особенностями течения беременности при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и язвенной болезни.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Доклад преподавателя	60
3.	Контроль знаний.	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Вопросы для подготовки:

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, язвенная болезнь и беременность.
2. Эпидемиология.
3. Классификация.

4. Этиология и патогенез.
5. Клиническая картина.
6. Лабораторно-инструментальные исследования.
7. Дифференциальная диагностика.
8. Цели лечения.
9. Лечение: немедикаментозное и медикаментозное.
10. Лечение в условиях стационара.
11. Наблюдение и дальнейшее ведение.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедийная установка, презентация, истории болезни для разбора.

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.

Вопросы для контроля:

1. Планирование беременности у больных с ГЭРБ и гастритом.
2. Диагностика ГЭРБ и гастрита.
3. Дородовое наблюдение. Общие рекомендации.
4. Особенности течения и ведения беременности и родов.
5. Выбор метода родоразрешения у женщин с ГЭРБ и гастритом.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература:

1. . Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.
2. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
3. 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.
4. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях –М., 2015.

Код 5.9 Тема Заболевания нервной системы и беременность: эпилепсия, депрессивные расстройства, опухоли головного мозга, остеохондроз.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: Научить курсантов определению показаний и противопоказаний к вынашиванию беременности при заболеваниях: миастении, заболеваниях центральной и периферической нервной системы.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Доклад преподавателя	60
3.	Контроль знаний.	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Ведение беременности и родов при эпилепсии.
2. Показания к прерыванию беременности при заболеваниях нервной системы.
3. Особенности течения беременности при остеохондрозе, радикулитах.
4. Показания к прерыванию беременности при опухолях головного мозга.

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

Краткое изложение материала.

Эпилепсия представляет собой хроническое заболевание, характеризующееся припадками. При этом различают как первичную, так вторичную или симптоматическую, которая возникает на фоне различных метаболических нарушений при сосудистой патологии, при отеке головного мозга, при его опухоли, а также после травмы, при гипоксии или интоксикации. Эпилептические припадки следует отличать от таковых при других заболеваниях (энцефалит, сотрясение мозга, опухоли мозга и др.), а также от припадков эклампсии. Эпилепсия может быть не только до начала беременности, но и впервые проявиться во время данной беременности. При данной патологии риск внутриутробной гибели плода или гибели новорожденного выше, чем у здоровых пациенток, что в первую очередь связано с повреждающим действием противосудорожных препаратов, применяемых во время беременности при эпилепсии. В этой связи, при наличии возможности целесообразно снизить дозу принимаемых противосудорожных препаратов, особенно в I триместре. Для уменьшения риска развития врожденных аномалий при использовании противосудорожных лекарственных средств назначают фолиевую кислоту. Однако, если снижение дозы повлечет за собой ухудшение течения заболевания, то дозу противосудорожного препарата следует увеличить до оптимальной с целью предотвращения большого эпилептического припадка, угрожающего жизни беременной и плода. Кроме того, течение беременности при эпилепсии часто осложняется гестозом и фетоплацентарной недостаточностью.

Миастения - это заболевание нервно-мышечной системы вследствие патологии (гиперплазия или опухоль) вилочковой железы, при которой из-за возникающих иммунологических нарушений блокируются нервные импульсы к мышцам. Это заболевание характеризуется слабостью и патологической утомляемостью мышц, которые иннервируются черепными нервами. При этом возникает нарушение функции преимущественно глазодвигательных и мимических мышц, а также мышц, обеспечивающих функцию глотания и жевания. В ряде случаев может нарушаться и дыхание. Проявлением заболевания в основном служит неполное открытие верхних век. В ряде случаев это явление имеет асимметричный характер. Во время беременности возможно как улучшение состояния, так и обострение. При частых обострениях заболевания для решения вопроса о возможности пролонгирования беременности пациентка должна быть госпитализирована в I триместре. Беременность при миастении может быть и сохранена, однако при этом необходимо тщательное наблюдение акушером-гинекологом, терапевтом и невропатологом. При прогрессирующем ухудшении общего

состояния беременность целесообразно прервать. Беременная госпитализируется также не позднее, чем за 2 недели до родов для решения вопроса о сроках и способе родоразрешения.

Рассеянный склероз представляет собой хроническое прогрессирующее заболевание нервной системы, которое развивается вследствие ряда иммунологических нарушений и приводит к повреждению ряда структур головного и спинного мозга. Первые симптомы могут быть отмечены также во время беременности или после родов. Многообразие проявления клинических симптомов и течения заболевания существенным образом затрудняют его диагностику. Беременность оказывает отрицательное влияние на течение заболевания. Роды при рассеянном склерозе ведут консервативно, а дети рождаются, как правило, здоровыми. Лечение и наблюдение за беременной осуществляется совместно акушерами и невропатологами. В зависимости от клинического течения рассеянного склероза показано применение преднизолона. В ряде случаев применяют антибиотики. Необходим постоянный прием витаминов группы В и аскорбиновой кислоты. Перед родами обязательной является заблаговременная госпитализация.

Пояснично-крестцовый радикулит образуется вследствие возникновения грыжи межпозвоночного диска и сдавления спинномозговых корешков, что сопровождается острой болью по ходу седалищного нерва.

Пояснично-крестцовый плексит может развиваться из-за сдавления пояснично-крестцового сплетения головкой плода или акушерскими щипцами. Симптомы осложнения, которые появляются после родов, характеризуются односторонним нарушением функции сгибателей и разгибателей стопы с одновременным снижением ее чувствительности.

При опухолях головного мозга, радикулитах вопрос о сохранении беременности решается индивидуально в зависимости от заболевания и состояния женщины на момент установления беременности или при ее планировании.

Вопросы для контроля:

1. Какие особенности ведения беременных с эпилепсией?
2. Тактика ведения беременных с опухолями головного мозга.
3. Показания к прерыванию беременности при опухолях головного мозга.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература:

1. . Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.
2. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
3. 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.
4. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях –М., 2015.

Код 5.10 Тема Беременность и заболевания органов мочевого выделения. Пиелонефрит, гломерулонефрит, мочекаменная болезнь, нефроптоз, единственная почка.

Цикл: «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях (ТУ)»

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

Цель: более глубокое изучение основных заболеваний почек и органов мочевого выделения, методов диагностики и лечения во время беременности, причин повышения перинатальной и материнской смертности. Оказание экстренной помощи при развитии ОПН и ХПН.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Доклад преподавателя	60
3.	Контроль знаний.	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Физиологические изменения. Анатомия почек и мочевых путей.
2. Функция почек.
3. Гемодинамика.
4. Диагностика заболеваний почек и мочевыводящих путей.
5. Инфекция мочевых путей. Бессимптомная бактериурия. Острый пиелонефрит. Лечение. Профилактика.
6. Мочекаменная болезнь. Лечение. Профилактика.
7. Пороки развития почек и мочевых путей. Единственная почка. Лечение. Профилактика.
8. Беременность на фоне болезней почек. Гломерулонефрит.
9. Поражение почек при системных заболеваниях. Системная красная волчанка, сахарный диабет, артериальная гипертензия, серповидноклеточная анемия.
10. Острая почечная недостаточность.
11. Преренальная преэклампсия и эклампсия. Острая жировая дистрофия печени и синдром HELLP. Острый канальцевый некроз. Двусторонний некроз коркового вещества почек. Послеродовая ОПН.
12. Хроническая почечная недостаточность.
13. Беременность на фоне трансплантации почки
14. Профилактика.

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

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 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.

Вопросы для контроля:

1. Диагностика заболеваний почек и мочевыводящих путей.
2. Течение беременности при инфекции мочевых путей.
3. Тактика ведения беременности при единственной почке.
4. Тактика при острой почечной недостаточности.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература:

1. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.
2. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
3. 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.

4. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях –М., 2015.

2.Дополнительная литература:

1. 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.

Код 5.11 Изоиммунизация при беременности по системе АВО, системе резус.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: ознакомить курсантов с изоиммунизацией при беременности, их диагностикой и принципами лечения, тактика ведения беременности при изоиммунизации по системе АВО и системе резус.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Доклад преподавателя	60
3.	Контроль знаний.	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Изоиммунизация при беременности по системе АВО, системе резус.
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 наблюдения во время беременности.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, слайды, мультимедийная установка, истории болезни для разбора.

Краткое изложение материала

Актуальность проблемы. 95% всех клинически значимых случаев гемолитической болезни плода обусловлены несовместимостью именно по резус-фактору, 5% — по системе АВО. Известна сенсibilизация и по другим эритроцитарным антигенам (описано более 10 изосерологических систем) — Kell, KkH1, ВиЯу, Лютеран, Льюис, МК88, Рr и др.

При первой беременности ощутимая концентрация резус-антител и цепь последующих нарушений возникает к 20-й неделе и младенец может ещё родиться живым, но в состоянии выраженной гемолитической болезни новорождённых (ГБН), требующей серьёзных мер интенсивной терапии.

По данным многих авторов, гемолитические заболевания плода и новорожденного, составляют не менее 20% перинатальной патологии. В числе причин, которые могут привести к усиленному гемолизу эритроцитов, прежде всего, следует назвать

изоиммунологический конфликт между матерью и плодом по резус-фактору и группе крови. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного остается одной из ведущих нозологических единиц в структуре перинатальной заболеваемости и смертности.

Согласно существующим представлениям, сенсибилизация происходит путем поступления через плаценту эритроцитов плода, содержащих чужеродный антиген, причем количество антигена может быть очень незначительным. При этом отмечается нарушения в формировании фетоплацентарного комплекса, дистрофические процессы приводят к изменению проницаемости плацентарного барьера, что создает условия для более легкого перехода клеток плода в кровоток матери и антител от матери к плоду.

Наличие у женщин с резус-отрицательной принадлежностью крови анемии, способствует возникновению резус-сенсибилизации и усугубляет различные осложнения течения беременности.

Вопросы для контроля:

1. Изоиммунизация и беременность. Тактика ведения, показания к прерыванию беременности.
2. Тактика родоразрешения при изоиммунизации.
3. Состояние новорожденных, родившихся от матерей с изоиммунизацией.
4. Планирование беременности у больных с изоиммунизацией.
5. Дородовое наблюдение. Общие рекомендации.
6. Изоиммунизация по АВО беременность.
7. Выбор метода родоразрешения у женщин с изоиммунизацией.

Рекомендуемая литература:

1.Основная литература:

1. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.
2. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
3. 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.
4. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях –М., 2015.

Код 5.12 Тема Сахарный диабет и беременность.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: ознакомить курсантов с эндокринной патологией при беременности, их диагностикой и принципами лечения, тактика ведения беременности при сахарном гестационном диабете.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Доклад преподавателя	60
3.	Контроль знаний.	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

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. 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, слайды, мультимедийная установка, истории болезни для разбора.

Краткое изложение материала

Актуальность проблемы. По данным экспертов ВОЗ более 100 млн. людей в мире страдает сахарным диабетом и по подсчетам эпидемиологов к 2010г. это число удвоится. Распространенность этого заболевания в нашей стране достигает 1,5-3,5% от всего населения (М.И.Балаболкин, 1994). Массовые обследования показывают, что больных с нарушениями толерантности к глюкозе в 2 раза больше, чем больных с явным сахарным диабетом. Эти цифры говорят об особой важности раннего выявления нарушений в обмене углеводов для предупреждения развития манифестного сахарного диабета.

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.

Распространенность гестационного сахарного диабета (ГСД) во всем мире неуклонно растет. Частота ГСД в общей популяции разных стран варьирует от 1% до 14%, составляя в среднем 7% [1–8]. Указанные вариации обусловлены различиями в способах его диагностики и напрямую связаны с распространенностью сахарного диабета 2 типа (СД2) в отдельных этнических группах.

Исследование НАРО (Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes – Гипергликемии и Неблагоприятных Исходов Беременности), проведенное в 2000–2006 гг. показало, что среди наблюдаемых женщин неблагоприятные исходы беременности прямо пропорционально возрастали, начиная со значительно более низкого уровня гликемии, чем принятый в настоящее время в качестве критерия ГСД.

Классификация сахарного диабета (ВОЗ, 1999)

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.

Вопросы для контроля:

1. Сахарный диабет и беременность. Тактика ведения, показания к прерыванию беременности.
2. Планирование беременности у больных сахарным диабетом.
3. Диагностика. Сахарный диабет. Диабет беременных.
4. Дородовое наблюдение. Общие рекомендации.
5. Особенности течения и ведения беременности и родов при сахарном диабете.
6. Выбор метода родоразрешения у женщин с сахарным диабетом.
7. Тактика родоразрешения при СД.
8. Состояние новорожденных, родившихся от матерей с СД.

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

1. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.
2. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
3. 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.
4. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях –М., 2015.

Код 5.13 Тема Гипоталамический синдром и беременность.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: ознакомить курсантов с гипоталамическим синдромом при беременности, диагностикой и принципами лечения, тактикой ведения беременности.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	10
2.	Доклад преподавателя.	60
3.	Контроль знаний.	15
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Гипоталамический синдром и беременность.
2. Этиология, патогенез, клиника.
3. Диагностика, лечение. Оценка лабораторных методов диагностики. Оценка данных ультразвуковых методов
4. Течение беременности и родов. Особенности в/у развития плода.
5. Перинатальные осложнения. Интранатальный дистресс плода.
6. Принципы терапии.
7. Родоразрешение.
8. Реабилитация матери и ребенка.
9. Составление индивидуального плана наблюдения во время беременности

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, слайды, мультимедийная установка, истории болезни для разбора.

Краткое изложение материала

Актуальность проблемы. По современным данным у 25 - 72% женщин с гипоталамическим синдромом имеет место бесплодие. Имеющиеся в организме глубокие-

эндокринные изменения, ведущие к сложным метаболическим нарушениям, не могут не повлиять на течение беременности и родов, развитие плода и состояние новорожденного, а в последующем и на детей раннего возраста у таких женщин. В свою очередь, беременность и роды ведут к максимальной мобилизации симпаго-адреналовой системы, предъявляя повышенные требования к конституционально неполноценным системам адаптации, тем самым, приводя к усугублению имеющихся нарушений и утяжелению течения гипоталамического синдрома.

Гипоталамический синдром – это сложный симптомокомплекс, который развивается при поражении гипоталамуса и характеризуется эндокринными, вегетативными, обменными и трофическими расстройствами.

В зависимости от преобладания тех или иных признаков заболевания выделяют следующие формы гипоталамического синдрома:

- вегетативно-сосудистая;
- нарушения терморегуляции;
- гипоталамическая (диэнцефальная) эпилепсия;
- нейротрофическая;
- нервно-мышечная;
- нарушение мотивации и влечений (в том числе расстройства сна и бодрствования);
- нейроэндокринные обменные расстройства;
- псевдоневрастическая или психопатологическая.

В течении гипоталамического синдрома выделяют две фазы. В первой фазе происходит нарушение функции яичников, изменяется синтез половых гормонов и факторов роста, нарушается менструальный цикл. Как правило, после снижения массы тела на фоне диеты и/или медикаментозной терапии у женщины восстанавливаются менструальная функция и фертильность. Во второй фазе начинаются морфологические изменения тканей яичника, нарушается процесс овуляции. В дальнейшем хроническая ановуляция приводит к кистозной атрезии фолликулов, гиперплазии клеток теки и стромы, формируется вторичный поликистоз яичников. Поликистозные яичники при гипоталамическом синдроме (по данным ультразвукового исследования) увеличены в размерах, имеют гладкую поверхность, утолщенную капсулу, через которую просвечивают множественные мелкие фолликулы диаметром 2-4 мм.

Беременность и роды у больных с гипоталамическим синдромом протекают с высокой частотой осложнений. Осложненное течение беременности и родов оказывают неблагоприятное влияние на состояние плода и последующее развитие детей у таких пациенток. Эндокринная патология матери также представляет серьезную угрозу для соматического, психического, репродуктивного здоровья детей. Еще внутриутробно плод у больных гипоталамическим синдромом подвергается эндогенному метаболическому стрессу, обусловленному нейроэндокринными нарушениями. Несбалансированность адаптивных реакций обуславливает уязвимость этих детей при родоразрешении. Девочки, рожденные женщинами с гипоталамическим синдромом, достоверно чаще имеют патологию репродуктивной системы.

Вопросы для контроля:

1. Гипоталамический синдром и беременность. Тактика ведения, показания к прерыванию беременности.
2. Тактика родоразрешения при гипоталамическом синдроме.
3. Состояние новорожденных, родившихся от матерей с гипоталамическим синдромом.
4. Планирование беременности у больных с гипоталамическим синдромом.
5. Выбор метода родоразрешения у женщин с гипоталамическим синдромом.
6. Дородовое наблюдение. Общие рекомендации.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература:

1. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.

2. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
3. 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 профилакт. мед. ФПК и ПП. - Ижевск : ИГМА, 2013. - 92 с.
4. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях –М., 2015.

Код 5.14 Тема Заболевания щитовидной железы и беременность.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: изучение вопросов патологии щитовидной железы и беременности.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	10
2.	Доклад преподавателя.	60
3.	Контроль знаний.	15
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

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 занятий: учебная аудитория, слайды, мультимедиа, контрольные вопросы.

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.

Вопросы для контроля:

1. Классификация заболеваний щитовидной железы.
2. Скрининг и первичная профилактика.
3. Диагностика заболеваний щитовидной железы во время беременности.
4. Клиническая картина.
5. Лечение во время беременности

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература:

1. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.
2. Акушерство от десяти учителей : учеб. пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
3. 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.
4. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях –М., 2015.

Код 5.15 Тема Беременность и заболевания крови. Анемия беременных (железодефицитная).

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: Освоить необходимые знания по диагностике, лечению и профилактике анемии у беременных.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Доклад преподавателя	60
3.	Контроль знаний.	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

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 занятий: учебная аудитория, слайды, контрольные вопросы, мультимедия.

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:

1. Кулаков В.И., Прилепская В.Н., Радзинский В.Е. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. — М.: ГЭОТАРМедиа, 2006.
2. Савельева Г.М. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии. М.: МИА, 2006.
3. Шехтман, М.М. Руководство по перинатальной патологии у беременных / М.М. Шехтман. — Москва, 2008. — 816с.

Код 5.16 Тема Вирусные заболевания, гепатиты, вирус простого герпеса, вирус папилломы человека, цитомегаловирус и беременность.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: ознакомить слушателей с понятием, этиологией и патогенезом вирусных заболеваний у беременных женщин. Изучить основные пути распространения внутриутробной инфекции. Обозначить алгоритм обследования беременных женщин для выявления инфицирования, выделить пациенток группы риска по внутриутробному инфицированию плода. Лабораторные методы обследования беременных: вирусологический, цитологический, сероиммунологический метод, метод определения вирусного генома, метод выделения культуры возбудителя. Ознакомить с основными возбудителями внутриутробного инфицирования. Принципы лечения и профилактики внутриутробного инфицирования.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	10
2.	Доклад преподавателя	50
3.	Контроль знаний.	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Понятие, этиология и патогенез вирусных инфекционных заболеваний у беременных женщин.
2. Основные пути распространения внутриутробной инфекции.
3. Алгоритм обследования беременных женщин для выявления инфицирования, выделить 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: цитомегаловирусная инфекция, герпес, грипп, вирусные гепатиты, вирус Эпштейн-Барр, папилломавирусная инфекция.

6. Принципы лечения и профилактики внутриутробного инфицирования.

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

Краткое изложение материала.

Вирусные 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 вирусные возбудители, вызывающие внутриутробное инфицирование: цитомегаловирусная инфекция, герпес, грипп, вирусные гепатиты, вирус Эпштейн-Барр, ветряная оспа, папилломавирусная 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:

1. Кисина В. И., Забирова К. И. Урогенитальные инфекции у женщин: клиника, диагностика, лечение — М.: МИА, 2005. — С. 280.
2. Кулаков В. И., Прилепская В. Н., Радзинский В. Е. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. — М.: ГЭОТАРМедиа, 2006.
3. Савельева Г. М. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии. — М.: МИА, 2006.

Код 5.17 Тема Токсоплазмоз, бруцеллез, лептоспироз, листериоз и беременность.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: ознакомить слушателей с понятием, этиологией и патогенезом токсоплазмоза, бруцеллеза, лептоспироза, листериоза у беременных женщин. Изучить основные пути распространения внутриутробной инфекции. Обозначить алгоритм обследования беременных женщин для выявления инфицирования, выделение пациенток группы риска по внутриутробному инфицированию плода. Лабораторные методы обследования беременных: вирусологический, цитологический, сероиммунологический метод, метод определения вирусного генома, метод выделения культуры возбудителя. Принципы лечения и профилактики токсоплазмоза, бруцеллеза, лептоспироза, листериоза.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	10
2.	Доклад преподавателя	50
3.	Контроль знаний.	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Понятие, этиология и патогенез токсоплазмоза, бруцеллеза, лептоспироза, листериоза у беременных женщин.
2. Основные пути распространения внутриутробной инфекции.
3. Алгоритм обследования беременных женщин для выявления токсоплазмоза, бруцеллеза, лептоспироза, листериоза, 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. Принципы лечения и профилактики внутриутробного инфицирования.

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

Краткое изложение материала.

Токсоплазмоз — широко распространенная зоонозная паразитарная инфекция, характеризующаяся полиморфизмом клинических проявлений и значительной вариабельностью течения процесса: от здорового, бессимптомного носительства до тяжелых, летальных форм болезни.

При беременности, в условиях сниженного иммунитета, наряду с первичным заражением токсоплазмами, опасным является и реактивация паразита (при инфицировании до беременности), что в значительной степени определяет течение и исход беременности.

При выходе токсоплазм из цист происходит диссеминация возбудителей. Их концентрация в тканях ассоциирована со способностью токсоплазм проникать трансплацентарно, что приводит к развитию внутриутробной патологии на любом сроке беременности.

Заражение плода наблюдается у беременных как с первичным инфицированием токсоплазмами, так и реактивацией возбудителя во время беременности у серопозитивных женщин. Поражение плода может возникать на любом сроке гестации, но особую опасность представляет его инфицирование в первом и втором триместрах. При заражении в третьем триместре беременности преобладают бессимптомные формы течения заболевания, а поздние клинические признаки проявляются через месяцы и годы.

Заражение на ранних сроках эмбрио-генеза заканчивается спонтанным выкидышем, мертворождением, вызывает тяжелые нарушения развития — анэнцефалию, анофтальмию, гидроцефалию, гепатоспленомегалию.

Бруцеллез крайне неблагоприятно влияет на течение беременности и на внутриутробный плод (преждевременные роды более чем у 15% больных, самопроизвольный аборт у 10—12%. Внутриутробное заражение плода (о чем свидетельствует выделение культуры бруцелл из его органов) и как следствие аномалии развития (7—8%) и гибель плода (до 15%).

Чем меньше срок от момента заболевания женщины до наступления беременности, тем чаще самопроизвольные аборты и гибель плода (30—40%). У нелеченых имеют место привычные аборты. Бруцеллезная инфекция ведет к гипохромной анемии и нарушению гормонального баланса, снижению количества прогестерона, вызывает глубокие изменения в децидуальной и ворсинчатой оболочках воспалительного и дегенеративного характера, нарушения кровообращения, глубокие изменения в капиллярах, множественные кровоизлияния и дегенеративные изменения в плаценте, что вызывает преждевременную отслойку последней. Аборту иногда предшествуют скудные кровянистые выделения из матки, в первые дни прерывания беременности головные боли, боли в суставах и мышцах, субфебрильная, а иногда высокая температура. Диагноз устанавливается на основании хорошо собранного анамнеза (контакт с животными, отягощенный акушерский анамнез), клинической картины заболевания.

Лептоспироз – группа инфекционных заболеваний, в том числе синдром Вейла, инфекционная (спирохетозная) желтуха и «собачья» лихорадка, которые вызываются бактериями лептоспирами (*Leptospira bacteria*).

Лептоспироз имеет инкубационный период, который длится от 2 до 20 дней (обычно 7-13). Выделяют две фазы заболевания. Септицемическая фаза начинается внезапным ознобом, лихорадкой, головной болью, сильными мышечными болями. После снижения температуры, на 6-12-й день заболевания, начинается вторая, или иммунная, фаза, совпадающая с появлением в крови специфических антител. Если инфицирование произошло во время беременности, лептоспироз может стать причиной аборта, даже на этапе выздоровления.

Возбудитель листериоза – листерия – аэробная грамположительная палочка, устойчивая во внешней среде, длительно сохраняется в лимфоидной ткани, вызывая рецидивирующие ангины и лимфадениты, почках и мочевыводящих путях, вызывая хронические вялотекущие воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ). Очень часто единственными проявлениями листериоза могут быть «банальные» кольпит и эндоцервит, клинически не отличающиеся от других неспецифических вялотекущих инфекций. При этом пациентки, чаще всего, жалоб не предъявляют. Возможна и бессимптомная форма течения листериоза.

Основная опасность этой распространенной инфекции – трансплацентарное инфицирование плода, следствием чего могут быть:

- тяжелые пороки развития;
- спонтанные аборты;
- привычное невынашивание беременности;
- задержка внутриутробного развития плода;
- преждевременные роды;
- мертворождения;
- тяжелое течение неонатального листериоза у новорожденных.

Высока частота патологического течения беременности даже при бессимптомном течении листериоза или носительстве. При заражении плода рождается мертвый или недоношенный ребенок, который нередко погибает в течение первых 2 недель жизни. При заражении от матери во время родов инкубационный период составляет обычно 1-2 недели. Неонатальный листериоз – тяжелое заболевание с высокой летальностью. Однако и после выздоровления у 15-20% детей сохраняются остаточные явления со стороны нервной системы.

Контрольные вопросы:

1. Ведение беременности при токсоплазмозе, бруцеллезе, лептоспирозе, листериозе.
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:

4. Кисина В. И., Забирова К. И. Урогенитальные инфекции у женщин: клиника, диагностика, лечение — М.: МИА, 2005. — С. 280.
5. Кулаков В. И., Прилепская В. Н., Радзинский В. Е. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. — М.: ГЭОТАРМедиа, 2006.
6. Савельева Г. М. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии. — М.: МИА, 2006.

Код 5.18 Тема Аллергические состояния у беременных и гинекологических больных.

Цикл: «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях (ТУ)»

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

Цель: Систематизировать знания по клинике, диагностике и современным методам лечения данной патологии.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Доклад преподавателя	60
3.	Контроль знаний.	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Анафилактический шок. Этиология.
2. Диагностика. Клиническая картина.
3. Лабораторные и инструментальные исследования.
4. Оценка центральной гемодинамики.
5. Принципы лечения. Общие противошоковые мероприятия.
6. Отдельные методы лечения шока.
7. Последствия и осложнения шока.
8. Другие виды аллергических реакций.

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

Краткое изложение материала.

Этиология, диагностика и клиническая картина анафилактического шока. Патогенез, стадии. Лабораторные и инструментальные исследования. Оценка центральной гемодинамики. Принципы лечения анафилактического шока. Общие противошоковые мероприятия при развитии анафилактического шока. Отдельные методы лечения анафилактического шока. Последствия и осложнения шока. Другие виды аллергических реакций.

Аллергия – собирательное обозначение различных заболеваний, этиологией которых являются лекарственные препараты, а патогенез — аллергический.

Аллергией называют приобретенную, специфически измененную (извращенную) способность (готовность) организма к реакции, основанную на взаимодействии антигенов (гаптенов) с антителами, но не на фармакологическом действии субстанций. Под последним подразумевается то, что многие лекарственные препараты являются лигандомы эндогенного гистамина и могут вызывать сходные по клинической картине аллергические реакции, не имеющие, однако, иммунного механизма.

Лекарственная аллергия является частным разделом клинической аллергологии, поэтому иммунологические принципы классификации всех аллергических заболеваний приемлемы и к классификации лекарственной аллергии. Хотя и в несколько измененной степени, методы диагностики и терапии лекарственной аллергии едины.

Классификация лекарственной аллергии.

Вопросы для контроля:

1. Какие основные аллергические состояния встречаются при беременности?
2. Тактика при анафилактическом шоке во время беременности.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература:

1. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.

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

3. 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.

4. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях –М., 2015.

Код 5.19. Тема. Венерические и урогенитальные заболевания и беременность.

Цикл: «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях (ТУ)»

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

Цель: Информирование слушателей о венерических и урогенитальных заболеваниях у беременных.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Доклад преподавателя	60
3.	Контроль знаний.	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Понятие, этиология и патогенез венерических и урогенитальных 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, герпес, папилломавирусная 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, герпес, папилломавирусная инфекция. Принципы лечения и профилактики внутриутробного инфицирования.

Контрольные вопросы:

1. Ведение беременности при венерических и урогенитальных заболеваниях.
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

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. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
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.
5. 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.
6. Полякова, В. А. Современная гинекология / В. А. Полякова. - Тюмень : Изд-во ФГУИПП, 2004. – 608 с.
7. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
8. 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.
9. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.

2. Дополнительная литература

1. 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.
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.
4. 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 5.20. Тема. Экстрагенитальная патология у гинекологических больных.

Цикл: «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях (ТУ)»

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

Цель: Информирование слушателей об экстрагенитальной патологии у гинекологических больных.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5

2.	Доклад преподавателя	60
3.	Контроль знаний.	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Понятие, этиология и патогенез экстрагенитальной патологии у гинекологических больных.
2. Влияние экстрагенитальной патологии на репродуктивную функцию пациенток.
3. Клинические проявления.
4. Принципы лечения и профилактики.

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

Краткое изложение материала.

Успех вмешательства при гинекологических заболеваниях во многом зависит от предоперационной подготовки. Последняя включает обследование больных, клинические, лабораторные, функциональные исследования, коррекцию нарушенных функций организма, улучшение клинического течения сопутствующих заболеваний, определение степени операционного риска, выбор метода премедикации и анестезии.

При наличии хронических экстрагенитальных заболеваний (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, ревматизм, заболевания печени) вопрос о времени операции после проведенного лечения решается вместе с соответствующим специалистом. Выясняют аллергологический анамнез с обязательным уточнением лекарственных средств и продуктов, на которые у больной возникала реакция.

У больных с миомой матки часто развивается железодефицитная анемия, поэтому в качестве предоперационной подготовки назначают оральные препараты железа в течение 1-2 мес до восстановления уровня гемоглобина. При показаниях к срочной операции и наличии выраженной анемии (даже без нарушения гемодинамики), необходимо проведение гемотрансфузии.

При наличии воспалительных заболеваний вен (флебит, тромбофлебит) в пред- и послеоперационном периоде показано применение антикоагулянтов прямого действия (гепарин, фраксипарин, фрагмин, кальципарин). За 2-3 дня до операции антикоагулянтную терапию прекращают. В случаях варикозного расширения вен нижних конечностей показана их компрессия эластичными чулками или бинтами.

Плановую операцию назначают, а уже предназначенную откладывают при острых воспалительных процессах верхних дыхательных путей, внутренних органов, инфекционных поражениях кожи, повышении температуры тела, измененных показателях крови или мочи.

При послеоперационном ведении больных следует учитывать их возраст, соматические заболевания, объем оперативного вмешательства, осложнения во время операции. Критическими являются первые 48-72 ч после операции.

Контрольные вопросы:

1. Тактика предоперационной подготовки у пациенток с экстрагенитальной патологией при гинекологических операциях.
2. Послеоперационное ведение пациенток с экстрагенитальной патологией.
3. Возможность назначения гормональных препаратов у пациенток с экстрагенитальной патологией.

Рекомендуемая литература

1. Основная литература

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

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. 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.

5. Полякова, В. А. Современная гинекология / В. А. Полякова. - Тюмень : Изд-во ФГУИПП, 2004. – 608 с.

6. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.

7. 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.

8. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.

2. Дополнительная литература

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

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

3. 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 6.1 Тема Кровотечения во время беременности.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: ознакомить курсантов с диагностикой, тактикой ведения и лечения при кровотечениях во время беременности.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Доклад преподавателя	60
3.	Контроль знаний.	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Структура акушерских кровотечений на современном этапе.
2. Предлежание плаценты. Миграция плаценты.
3. Группы риска предлежания плаценты.
4. Клиника, диагностика, лечение.
5. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Клиника. Лечение.
6. Дифференциальная диагностика кровотечений при предлежании плаценты, преждевременной ее отслойке и при полипах, эрозиях и злокачественных новообразованиях.

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

Краткое изложение материала.

Основными причинами кровотечений при беременности является предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Кровотечения из половых путей в III триместре беременности наблюдается примерно у 4% беременных. С предлежанием и преждевременной отслойкой плаценты связано 50% кровотечений в III триместре беременности. Прогноз во многом зависит от своевременной диагностики этих осложнений.

Преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты называют частичное или полное отделение нормально расположенной плаценты от стенки матки, произошедшее до рождения плода – во время беременности. Выделяют по степени тяжести легкую, среднюю и тяжелую. Этиология преждевременной отслойки плаценты неизвестна. Считается, что важную роль в патогенезе заболевания играет патология сосудов плаценты. Диагностика: клиническая картина, лабораторные исследования, УЗИ. Тактика ведения при различных степенях тяжести. Сроки и методы родоразрешения. Осложнения. Прогноз: относят к тяжелым акушерским осложнениям. Перинатальная смертность достигает 30%.

Предлежанием плаценты называют ее прикрепление в нижнем маточном сегменте, то есть на пути рождающегося плода. Предлежание плаценты повышает риск тяжелого кровотечения, часто угрожающего жизни беременной. Различают три вида предлежания плаценты: низкое, частичное и полное. Распространенность 1 случай на 200 беременностей. Этиология предлежания плаценты неизвестна. Считается, что основную роль в патогенезе играют изменения эндометрия, связанные с предшествующими родами и абортами, а также нарушение кровоснабжения децидуальной оболочки. Факторы риска. Клиническая картина. Диагностика. Тактика ведения.

Вопросы для контроля:

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:

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

2. Дополнительная литература:

1. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.
2. 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 6.2 Тема Кровотечение во время родов.

Цикл: «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях (ТУ)»

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

Цель: ознакомить курсантов с диагностикой, тактикой ведения и лечения при кровотечениях во время родов.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Доклад преподавателя	60
3.	Контроль знаний.	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Причины кровотечений во время родов.
2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты в I, II периодах родов.
3. Кровотечение в послеродовом периоде.
4. Нарушения механизма отделения и выделения последа. Клиника, диагностика, лечение.
5. Плотное прикрепление и приращение плаценты. Клиника, диагностика, лечение.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедиа, оверхед, слайды, транспарация.

Краткое изложение материала.

Основными причинами кровотечений в родах является преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, нарушение отделения плаценты и выделения последа. Другие причины акушерских кровотечений: предлежание сосудов, кровотечения из шейки матки, полипы шейки матки, кровянистые выделения из половых путей в первом периоде родов, травма наружных половых органов или влагалища.

Преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты называют частичное или полное отделение нормально расположенной плаценты от стенки матки, произошедшее до рождения плода – в первом или втором периоде родов. Встречается приблизительно в 1 случае на 100 родов. Выделяют по степени тяжести легкую, среднюю и тяжелую. Этиология преждевременной отслойки плаценты неизвестна. Считается, что важную роль в патогенезе заболевания играет патология сосудов плаценты. Диагностика: клиническая картина, лабораторные исследования, УЗИ. Тактика ведения при различных степенях тяжести. Сроки и методы родоразрешения. Осложнения. Прогноз: относят к тяжелым акушерским осложнениям. Перинатальная смертность достигает 30%.

Нарушение отделения плаценты возможно при патологическом прикреплении плаценты, гипотонии матки и аномалиях, особенностях строения и прикрепления плаценты к стенке матки. К патологическому прикреплению плаценты относят: плотное прикрепление плаценты, приращение плаценты к мышечному слою, врастание плаценты в мышечный слой и прорастание плаценты. Диагностика прикрепления плаценты возможна при УЗИ. При плотном прикреплении плаценты возможно ручное отделение плаценты, а при врастании ворсин хориона невозможно ее отделение от стенок матки и приходится удалять матку вместе с вросшейся плацентой.

Вопросы для контроля:

1. Группы риска на кровотечение в послеродовом периоде.
2. Клиника, диагностика, лечение.
3. Плотное прикрепление и приращение плаценты. Клиника, диагностика, лечение.

Рекомендуемая литература:

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

2.Дополнительная литература:

1. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.
2. 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 6.3 Тема Кровотечение в раннем и позднем послеродовых периодах.

Цикл: «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях (ТУ)»

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

Цель: ознакомить курсантов с диагностикой, тактикой ведения и лечения при кровотечениях в раннем и позднем послеродовых периодах.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Доклад преподавателя	35
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Кровотечения в раннем послеродовом периоде.
2. Причины возникновения кровотечений в раннем послеродовом периоде.
3. Задержка частей последа в полости матки.
4. Гипо- и атоническое кровотечение - клиника, диагностика, лечение (консервативное, оперативное). Группы риска. Профилактика.
5. Поздние послеродовые кровотечения. Диагностика, лечение.
6. Современные принципы возмещения кровопотери в акушерстве.
7. Лечение геморрагического шока.

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

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.

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).

Вопросы для контроля:

1. Группы риска на кровотечение в послеродовом периоде.
2. Клиника, диагностика, лечение.
3. 4. Гипо- и атоническое кровотечение- клиника, диагностика, лечение (консервативное, оперативное). Группы риска. Профилактика.
5. Поздние послеродовые кровотечения. Диагностика

Рекомендуемая литература:

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

2. Дополнительная литература:

1. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.
2. 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 6.4 Тема Шоки и терминальные состояния в акушерстве и гинекологии.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: Систематизировать знания курсантов по основным теоретическим вопросам патогенеза, клиники, диагностики, лечения терминальных состояний в акушерстве и гинекологии. Шоки.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (135 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	15
2.	Доклад преподавателя	90
3.	Контроль знаний.	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Этиология.
2. Геморрагический шок.
3. Септический шок.
4. Диагностика. Клиническая картина.
5. Лабораторные и инструментальные исследования.
6. Оценка центральной гемодинамики.
7. Принципы лечения. Общие противошоковые мероприятия.
8. Катетеризация подключичных вен.
9. Вопросы переливания препаратов крови.
10. Отдельные методы лечения шока. Геморрагический шок: гипертонический солевой раствор, пневматический противошоковый костюм, кровезаменители.
11. Послеродовое кровотечение: консервативное лечение, хирургическое лечение: перевязка магистральных артерий, перевязка внутренних подвздошных артерий, экстирпация матки, селективная эмболизация артерий малого таза.
12. Септический шок – нормализация ОЦК и АД, выявление очага инфекции, эмпирическая антимикробная терапия, лечение осложнений.
13. Последствия шока.

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

Краткое изложение материала.

Геморрагический шок. Патогенез, стадии. Способы определения величины кровопотери. Интенсивная терапия кровопотери в постреанимационном периоде в зависимости от стадии. Характеристика нового класса плазмозаменителей препаратов оксиэтилированного крахмала и трониксамовой кислоты, использующих при лечении кровопотери. Предоперационная подготовка компонентов крови. Показания к аутодонорству. Интраоперационная реинфузия крови. Противопоказания. Терминальные состояния, обусловленные эмболиями в системе легочной артерии: тромбоэмболия, эмболия околоплодными водами, воздушная эмболия. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика. Анафилактический шок. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика.

Вопросы для контроля:

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

2. Дополнительная литература:

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

4. 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 7.1. Тема Рвота беременных.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: ознакомить слушателей с ранним токсикозом (рвотой беременных).

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	15
2.	Лекция	55
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	20

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Основные клинические формы рвоты беременных.
2. Этиология, теории развития раннего токсикоза.
3. Клиническая картина и степени тяжести рвоты беременных.
4. Диагностика и дифференциальная диагностика рвоты беременных.
5. Лечение рвоты беременных. Показания для госпитализации в стационар. Показания для прерывания беременности.

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

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.

Доклады:

1. Беременность и клинические проявления рвоты беременных.
2. Особенности течения и ведения беременности у женщин с ранним токсикозом.
3. Немедикаментозные методы лечения рвоты беременных.

Рекомендуемая 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. 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 Преэклампсия. Эклампсия.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: Освоить современные принципы диагностики, лечения, профилактики преэклампсии, эклампсии.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (180 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	20
2.	Лекция.	120
3	Контроль знаний.	25
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	15

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Этиопатогенез преэклампсии. Понятие о преэклампсии как синдроме полиорганной недостаточности.
2. Классификация преэклампсии по МКБ 10.
3. Клинические формы преэклампсии: преэклампсия средней, тяжелой степени, эклампсия и атипические формы - HELLP синдром, острый жировой гепатоз.
4. Клинические критерии преэклампсии различной степени тяжести и эклампсии.
5. Критерии оценки степени тяжести преэклампсии. Показания к госпитализации.
6. Комплексная терапия.
7. Группы гипотензивных препаратов, применяемых при лечении гестозов.
8. Терапия каждой клинической формы.
9. Акушерская тактика.
10. Влияние преэклампсии на исходы для матери и плода.
11. Эклампсия. Неотоложная помощь, акушерская тактика.

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

Краткое изложение материала.

Патогенез преэклампсии. Понятие о преэклампсии как синдроме полиорганной недостаточности. Классификация преэклампсии по МКБ 10. Клинические формы преэклампсии: преэклампсия средней, тяжелой степени, эклампсия и атипические формы - HELLP синдром, острый жировой гепатоз. Клинические критерии преэклампсии различной степени тяжести и эклампсии. Критерии оценки степени тяжести преэклампсии. Показания к госпитализации. Комплексная терапия. Группы гипотензивных препаратов, применяемых при лечении преэклампсии. Терапия каждой клинической формы. Акушерская тактика. Влияние преэклампсии на исходы для матери и

плода. Профилактика. Эклампсия, критерии диагностики, неотложная помощь, акушерская тактика.

Контрольные вопросы:

1. Этиология преэклампсии.
2. Критерии дагностики средней и тяжелой степени преэклампсии.
3. Атипические формы преэклампсии - HELLP синдром, острый жировой гепатоз.
4. Терапия тяжелой преэклампсии.
5. Акушерская тактика при каждой клинической форме преэклампсии, эклампсии.
6. Влияние преэклампсии на исходы для матери и плода.

Рекомендуемая литература:

1. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.
2. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.
3. Чернуха, Е. А. Родовой блок : рук. для врачей / Е. А. Чернуха. - 3-е изд., перераб., испр. и доп. - : Триада-Х, 2003. - 712 с.
4. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.
5. 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.
6. Гилязутдинов, И. А. Нейроэнд-кринная патология в гинекологии и акушерстве : рук. для врачей / И. А. Гилязутдинов, З. Ш. Гилязутдинова. –М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 416 с.
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. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.
9. 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.
10. Гайсин И. Р. Лечение сердечно-сосудистых заболеваний у беременных женщин : учеб. пособие.- Ижевск: ИГМА, 2005.
11. 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.
12. Фирулёв Л. В. Протокол интенсивной терапии эклампсии и эклампсической комы : метод. рек. – Ижевск, 2005.

Код 8.1. Тема Нейрогуморальная регуляция репродуктивной системы.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: ознакомить курсантов с особенностями строения органов репродуктивной ситемы, а так же с функционированием нейроэндокринной системы гипоталамус–гипофиз–яичники–матка, диагностикой нарушений уровней регуляции.

План лекции

Этапы семинарского занятия	Продолжительность (90 мин)
----------------------------	-------------------------------

1. Вступительное слово преподавателя.	20
2. Лекция	60
3. Заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Морфофункциональная нейроэндокринная система гипоталамус–гипофиз–яичники–матка в регуляции репродуктивной функции женщины.
2. Менструальный цикл.
3. Шеечный и влагалищный циклы.
4. Диагностика нарушений уровней регуляции

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

Краткое изложение материала

Иерархический принцип организации. Уровни регуляции РС. Стероидпродуцирующие ткани женского организма. Механизм действия половых гормонов. Аденогипофиз. Механизм действия гонадотропных гормонов. Гипофизотропная зона гипоталамуса. Цирхоральный принцип регуляции. Экстрагипоталамические структуры. Понятие нейротрансмиттера. Взаимодействие РС с тиреоидной и адреналовой системами. Формирование ГГЯ системы. Особенности функционирования ГГЯ системы в детстве, подростковом периоде и периоде половой зрелости. Три фазы пубертата. Особенности формирования вторичных половых признаков. Циклические изменения в органах РС.

Контрольные вопросы:

1. Регуляция репродуктивной системы в позднем репродуктивном возрасте.
2. Регуляция репродуктивной системы в раннем репродуктивном возрасте.
3. Становление и регуляция репродуктивной системы в пубертантном возрасте.

Рекомендуемая 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. Гинекология : новейший справочник / авт. Н. А. Татарова и др.; под общ. ред. Л. А. Суслопарова. - : Эксмо, 2007. - 688 с.
4. Гинекология по Эмилю Новаку : пер. с англ. / Под ред.: Дж. Берека, И. Адаши, П. Хиллард ; - М.: Практика, 2002. - 896 с.
5. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
6. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
7. Сметник, В. П. Неоперативная гинекология : рук. для врачей / В. П. Сметник, Л. Г. Тумилович. - 3-е изд., перераб. и доп. - : МИА, 2005. - 632 с.
8. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.
9. Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.
10. Гилязутдинов, И. А. Нейроэндо-кринная патология в гинекологии и акушерстве : рук. для врачей / И. А. Гилязутдинов, З. Ш. Гилязутдинова. –М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 416 с.
11. Полякова, В. А. Современная гинекология / В. А. Полякова. - Тюмень : Изд-во ФГУИПП, 2004. – 608 с.

Код 8.2. Тема Расстройство менструальной функции.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: освоить методы диагностики лечения и профилактики ювенильных маточных кровотечений. Систематизировать знания курсантов по основным теоретическим вопросам патогенеза, клиники, диагностики, лечения маточных кровотечений с учетом возраста больной.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (180 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	20
2.	Лекция.	120
3.	Контроль знаний.	25
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	15

Задачи, решаемые во время лекции:

1. Этиология и патогенез ЮМК.
2. Клинические формы ЮМК.
3. Дифференциальный диагноз, методы обследования.
4. Принципы лечения ЮМК.
5. Неотложная помощь.
6. Этиология, патогенез маточных кровотечений репродуктивного возраста.
7. Клинические формы маточных кровотечений репродуктивного возраста.
8. Диагностика и дифференциальная диагностика маточных кровотечений репродуктивного возраста и перименопаузального периода.
9. Медикаментозная терапия маточных кровотечений репродуктивного возраста.
10. Гормональная гемостатическая терапия.
11. Неотложная помощь при маточных кровотечениях репродуктивного возраста.
12. Показания к оперативному лечению.

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

Краткое изложение материала.

Определение понятия. Частота. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Дифференциальная диагностика. Этиопатогенетическая терапия. Реабилитация. Прогноз. «Ювенильные кровотечения являются дисфункциональными маточными кровотечениями, возникающими в период становления менструальной функции. В последние годы прослеживается четкая тенденция к увеличению числа больных с нарушением менструальной функции. Рассматриваются основные этиологические факторы заболевания, патогенез, клинические формы ювенильного кровотечения, дифференциальный диагноз, а также лечение. В лечении выделяют два этапа оказания помощи. Первый этап – мероприятия направленные на лечение в период кровотечения. Второй этап – профилактика рецидивов кровотечения, нормализация функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. Выделены вопросы гормональной гемостатической терапии хирургического лечения. Рассматриваются основные принципы подбора терапии для каждой клинической формы больных».

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.

Контрольные вопросы:

1. Этиология, патогенез ювенильных маточных кровотечений.
2. Клинические проявления ювенильных маточных кровотечений.
3. Дифференциальная диагностика ювенильных маточных кровотечений.
4. Алгоритм обследования при ювенильных маточных кровотечениях.
5. Неотложная помощь при ювенильных маточных кровотечениях.
6. Этиология, патогенез маточных кровотечений репродуктивного возраста.
7. Особенности клинических форм маточных кровотечений репродуктивного возраста.
8. Диагностика и дифференциальная диагностика маточных кровотечений репродуктивного возраста и перименопаузального периода.
9. Терапия маточных кровотечений репродуктивного возраста.

Рекомендуемая 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. Гинекология : новейший справочник / авт. Н. А. Татарова и др.; под общ. ред. Л. А. Сулопарова. - : Эксмо, 2007. - 688 с.
4. Гинекология по Эмилю Новаку : пер. с англ. / Под ред.: Дж. Берека, И. Адаши, П. Хиллард ; - М.: Практика, 2002. - 896 с.
5. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
6. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
7. Сметник, В. П. Неоперативная гинекология : рук. для врачей / В. П. Сметник, Л. Г. Тумилович. - 3-е изд., перераб. и доп. - : МИА, 2005. - 632 с.
8. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.
9. Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.
10. Гилязутдинов, И. А. Нейроэндо-кринная патология в гинекологии и акушерстве : рук. для врачей / И. А. Гилязутдинов, З. Ш. Гилязутдинова. –М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 416 с.
11. Полякова, В. А. Современная гинекология / В. А. Полякова. - Тюмень : Изд-во ФГУИПП, 2004. – 608 с.

Код 8.3. Тема Нейроэндокринные гинекологические синдромы.

Цикл: «Эндокринология в акушерстве и гинекологии» с курсом "бесплодия».

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

Цель: обучить слушателей знаниям по этиологии, клинике, диагностике и лечению нейроэндокринных гинекологических синдромов.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (180 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	20
2.	Лекция.	120
3.	Контроль знаний.	25
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	15

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Первичная гиперпролактинемия. Вторичная гиперпролактинемия.

2. Формы синдрома гиперпролактинемии.
3. Классификация гиперандрогении.
4. Группы влияний андрогенов на организм девушки-подростка.
5. Гиперандрогения надпочечникового генеза.
6. Нарушение биосинтеза ферментов в надпочечнике на всех этапах выработки гормонов. Аденогенитальный синдром.
7. Первичные поликистозные яичники.
8. Вторичные поликистозные яичники.
9. Этиология, патогенез СПКЯ.

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

Проблема гиперпролактинемии стала интереснейшим направлением в гинекологической эндокринологии и в эндокринологии человека в целом. Причиной патологической гиперпролактинемии является избыточный синтез пролактина при гиперфункции гипофиза, гипоталамо-гипофизарная недостаточность по типу синдрома Шиена, нарушение функции гипоталамуса, аденомы гипофиза, гормонально-неактивные опухоли гипоталамуса, воспалительные заболевания гипоталамо-гипофизарной системы, акромегалия и синдром Иценко-Кушинга. Вторичная гиперпролактинемия наблюдается при различных эндокринных заболеваниях, применении КОК и ВМС, различных лекарственных средств, гормонов, а также при патологии печени, почек, поджелудочной железы.

Гиперандрогения надпочечникового происхождения. Определение понятия. Частота. Патогенез. Клиника. Диагностика. Методика ведения больных с гиперандрогенией надпочечникового происхождения. Проблемы лечения. Восстановление репродуктивной функции.

Определение понятия. Частота. Патогенез. Клиника. Диагностика. Методика ведения больных с СПКЯ. Проблемы лечения. Восстановление репродуктивной функции. Синдром поликистозных яичников встречается у 7,5% девушек. Данный синдром рационально подразделять на два типа. Первому типу относятся девушки с нормальной массой тела, отсутствием резистентности к инсулину, высоким уровнем ЛГ, повышенным содержанием андрогенов. Второму типу свойственны: ожирение, резистентность к инсулину, повышение ЛГ, значительная гиперандрогения.

Контрольные вопросы:

1. Определение транзиторного юношеского дизэнцефального синдрома.
2. Этиопатогенез нейроэндокринного юношеского синдрома.
3. Гиперпролактинемия и нарушения репродуктивной функции.
4. Первичная гиперпролактинемия.
5. Вторичная гиперпролактинемия.
6. Дифференциальная диагностика гиперандрогений.
7. Общие принципы и основные направления лечения заболеваний, проявляющихся гиперандрогенией.
8. Этиопатогенез СПКЯ.
9. Клинические проявления СПКЯ.

10. Дифференциальная диагностика гиперандрогений.
11. Общие принципы и основные направления лечения заболеваний, проявляющихся гиперандрогенией.

Список литературы:

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. Гинекология : новейший справочник / авт. Н. А. Татарова и др.; под общ. ред. Л. А. Сулопарова. - : Эксмо, 2007. - 688 с.
4. Гинекология по Эмилю Новаку : пер. с англ. / Под ред.: Дж. Берека, И. Адаши, П. Хиллард ; - М.: Практика, 2002. - 896 с.
5. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
6. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
7. Сметник, В. П. Неоперативная гинекология : рук. для врачей / В. П. Сметник, Л. Г. Тумилович. - 3-е изд., перераб. и доп. - : МИА, 2005. - 632 с.
8. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.
9. Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.
10. Гилязутдинов, И. А. Нейроэндо-кринная патология в гинекологии и акушерстве : рук. для врачей / И. А. Гилязутдинов, З. Ш. Гилязутдинова. –М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 416 с.
11. Полякова, В. А. Современная гинекология / В. А. Полякова. - Тюмень : Изд-во ФГУИПП, 2004. – 608 с.

Код 9.1 Тема Септические заболевания в акушерстве. Перитонит после кесарева сечения. Акушерский сепсис. Раневая инфекция.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: Унифицировать знания курсантов по проблеме лечения послеродовых септических заболеваний

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	10
2.	Доклад преподавателя	60
3.	Контроль знаний.	15
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

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.
- 8.Инфекционные осложнения после операции кесарева сечения.
9. Эндометрит после кесарева сечения.
10. Перитонит после кесарева сечения.
11. Несостоятельность швов на матке.
12. Нагноение послеоперационной раны.
13. Лактационный мастит (этиология, клиника, диагностика, профилактика, показания к оперативному и консервативному лечению).

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

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.

Вопросы для контроля:

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:

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. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
4. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
5. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.
6. 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:

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

2. 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.
3. 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

Код 9.2 Тема Воспалительные заболевания половых органов.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: ознакомить курсантов с особенностями воспалительных заболеваний наружных женских половых органов, тактикой лечения.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (135 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	15
2.	Доклад преподавателя	90
3.	Контроль знаний.	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний наружных женских половых органов.
2. Методы диагностики: клинические, лабораторные.
3. Особенности клиники вульвита, бартолинита.
4. Этиопатогенетическое лечение. Принципы антибактериальной терапии.
5. Симптоматическая терапия.
6. Оперативные методы лечения.
7. Реабилитация.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедийная установка, презентация, истории болезни для разбора.

Краткое изложение материала.

Женщины с ВЗОМТ составляют 60–65% всех гинекологических больных, обратившихся в женские консультации, и 30% — всех, направленных на стационарное лечение. Характерной особенностью является увеличение страдающих воспалительными заболеваниями пациенток в возрасте до 30 лет. Особенности воспалительных заболеваний половых органов на современном этапе, эпидемиология. Пути распространения инфекции, факторы, способствующие инфицированию и возникновению воспалительных заболеваний внутренних половых органов. Воспалительные заболевания внутренних женских половых органов. Клиника, диагностика, лечение. Принципы лечения. Реабилитация.

Вопросы для контроля:

1. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний внутренних женских половых органов.
2. Методы диагностики: клинические, лабораторные.
3. Особенности клиники кольпита, цервицита, эндоцервицита, эндометрита, метроэндометрита, сальпингоофорита, периметрита, параметрита, пельвиоперитонита.
4. Этиопатогенетическое лечение. Принципы антибактериальной терапии.
5. Симптоматическая терапия.
6. Оперативные методы лечения.

7.Реабилитация.

Рекомендуемая литература:

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. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
4. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
5. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.
6. 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:

1. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.
2. 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.
3. 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

Код 9.3 Тема Септические заболевания в гинекологии

Цикл: «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях (ТУ)»

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

Цель занятия: Унифицировать знания курсантов по проблеме лечения септических заболеваний в гинекологии

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (135 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	15
2.	Доклад преподавателя	90
3.	Контроль знаний.	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Этиология и патогенез перитонита.
2. Классификация перитонита.
3. Клиническая картина перитонита.
4. Лечение перитонита.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедийная установка, презентация, 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, синегнойная палочка и протей. 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.

Кatabолические 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.

Вопросы для контроля:

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:

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. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
4. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
5. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.
6. 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:

1. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.
2. 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.
3. 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

Код 9.4 Тема Септические заболевания в акушерстве. Лактационные маститы.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: ознакомить слушателей с современными представлениями о диагностике и лечении лактационного мастита.

План лекции

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

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Определение. Диагностика.
2. Факторы риска.
3. Возбудители.
4. Профилактика и лечения.
5. Осложнения.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, оверхед, транспарации, истории болезни для разбора.

Краткое изложение материала.

Распространенность мастита, патогенез, классификация, факторы риска, возбудители, клиника. Микробиологические исследования, УЗИ. Консервативное лечение, оперативное лечение. Реабилитация. Прогноз. Профилактика мастита в условиях женской консультации, родильного дома, детской поликлиники.

Вопросы для контроля:

1. Причины возникновения лактационного мастита.
2. Профилактика лактационного мастита.
3. Лечение лактационного мастита.

Рекомендуемая литература:

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. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
4. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
5. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.
6. 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:

1. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.
2. 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.
3. 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

Код 10.1. Тема Профилактика развития опухолей репродуктивной системы.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: ознакомиться с современными представлениями о диагностике и лечении лактационного мастита.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (135 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	10
2.	Доклад преподавателя.	90
3.	Контрольные задания.	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	15

Вопросы, 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 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.

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:

1. Бохман, Я. В. Руководство по онкогинекологии / Я. В. Бохман. - СПб : ООО Изд-во Фолиант, 2002. – 542 с.

2.Дополнительная литература:

1. Винокуров, В. Л. Рак яичников : закономерности метастазирования и выбор адекватного лечения больных / В. Л. Винокуров. - СПб : Фолиант, 2004. - 336 с.

Код 10.2. Тема Доброкачественные и пограничные опухоли.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: ознакомить слушателей с этиологией, патогенезом, современными методами диагностики и лечения женщин с пограничными опухолями яичников.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Доклад преподавателя	60

3.	Контроль знаний.	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	15

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Этиология. Патогенез. Классификация.
2. Клиника. Диагностика пограничных опухолевидных форм.
3. Принципы лечения.
4. Реабилитация. Диспансерное наблюдение.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, оверхет, видеофильмы, истории болезни, контрольные вопросы.

Краткое изложение материала.

Классификация (МКБ-Х). Международная классификация: опухоли эпителиальные, опухоли стромы полового тяжа, герминогенные, гонадобластомы, неклассифицируемые. Опухолевидные образования: фолликулярные кисты, киста желтого тела, эндометриозные, простые, воспалительные, параовариальные. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика кист и кистом (УЗИ, компьютерная томография, ЯМР, лапароскопия). Лечение опухолей яичника (оперативное), опухолевидных образований и кист (оперативное, консервативное).

Продление диагностики и лечения больных женщин с доброкачественными и пограничными опухолями женских половых органов продолжает оставаться чрезвычайно актуальной в связи с высокой частотой данной патологии. Дифференциальные диагностические методы исследования у женщин с этими заболеваниями включают в себя: УЗИ, МРТ, определение онкомаркеров, лапароскопия. Хирургическое лечение доброкачественных и пограничных опухолей женских половых органов в настоящее время преимущественно лапароскопическое, которое является более экологически выгодным и операцией выбора у больных в репродуктивном возрасте. Реабилитация больных включает в себя: физиотерапевтическое воздействие (лазер, озон, магнитное поле), системной энзимотерапии, иммуномодулирующей. В зависимости от вида патологии - КОК прогестагены, агонисты, ГРГ и другие. Методы вспомогательных репродуктивных технологий.

Контрольные вопросы

1. Современные методы диагностики доброкачественных заболеваний яичников.
2. Алгоритм обследования и лечения с доброкачественными и пограничными опухолями женских половых органов.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература:

1. Бохман, Я. В. Руководство по онкогинекологии / Я. В. Бохман. - СПб : ООО Изд-во Фолиант, 2002. – 542 с.

2.Дополнительная литература:

1. Винокуров, В. Л. Рак яичников : закономерности метастазирования и выбор адекватного лечения больных / В. Л. Винокуров. - СПб : Фолиант, 2004. - 336 с.

Код 10.3. Тема Злокачественные опухоли.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: рассмотреть вопросы и освоить теорию возникновения злокачественных заболеваний женских половых органов, клинику, диагностику, лечение.

План лекции

Этапы занятия	Продолжительность (135 мин.)
---------------	---------------------------------

1.	Вступительное слово преподавателя.	10
2.	Доклад преподавателя.	90
3.	Контрольные задания.	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	15

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Диагностика, клинические проявления:
 - a. Рак наружных половых органов.
 - b. Рак шейки матки. Пути распространения.
 - c. Рак тела матки.
 - d. Саркома матки.
 - e. Трофобластическая болезнь.
 - f. Рак яичников.
 - g. Дисгормональные заболевания молочных желез.
2. Лечение.
3. Профилактика.
4. Прогноз.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, видеофильмы, истории болезни, контрольные вопросы.

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.

Факторы риска рака тела матки. Этиология и патогенетические варианты рака эндометрия. Сравнительные признаки патогенетических вариантов. Патологическая анатомия. Диагностика. Классификация рака эндометрия по системе TNM и стадиям (FIGO). Скрининг рака тела матки. Лечение (абдоминальная гистерэктомия. Комбинированное лечение. Сочетанная лучевая терапия. Гормонотерапия. Химиотерапия.). Прогноз. Лечение атипической гиперплазии. Диагностика и лечение сарком тела матки.

Этиология и патогенез рака яичников. Группы риска. Патологическая анатомия. Гистологическая классификация опухолей яичников. Клиника и диагностика. Дифференциальная диагностика рака яичников и других опухолей и опухолевидных процессов в яичниках. Лечение. Прогноз.

Контрольные вопросы:

1. Современные методы диагностики злокачественных заболеваний яичников.
2. Алгоритм обследования и лечения со злокачественными опухолями женских половых органов.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература:

1. Бохман, Я. В. Руководство по онкогинекологии / Я. В. Бохман. - СПб : ООО Изд-во Фолиант, 2002. – 542 с.

2. Дополнительная литература:

1. Винокуров, В. Л. Рак яичников : закономерности метастазирования и выбор адекватного лечения больных / В. Л. Винокуров. - СПб : Фолиант, 2004. - 336 с.

Код 10.4. Тема Дисгормональные заболевания молочных желез.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений больниц, родильных домов 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 преподавателей.	10
2.	Доклад преподавателя	60
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	20

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, 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.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература:

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

2. Дополнительная литература:

- 1 Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
- 2 Уварова Е.В. Детская и подростковая гинекология. – М., 2012.
- 3 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.
- 4 Кокрановское руководство. - Москва, 2010.

Код 11.1 Тема. Острый живот при кровотечении в брюшную полость.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: ознакомить с дифференциальной диагностикой «острого живота» при кровотечении в брюшную полость, лечебной тактикой и реанимационными мероприятиями.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	5
2.	Лекция преподавателя	60
3.	Контроль знаний	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Этиология. Патогенез.
2. Клиника.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Лечение.
5. Особенности в зависимости от нозологической формы.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедиа, презентация.

Краткое изложение материала.

Внематочная беременность — имплантация оплодотворённого яйца вне полости матки. Эпидемиология, терминология, классификация (МКБ-10). Этиология внематочной беременности (воспалительные заболевания внутренних половых органов, внутриматочная контрацепция, реконструктивно-пластические операции на маточных трубах, индукторы овуляции, нарушения синтеза простагландинов, гормональные контрацептивы и др.). Клиника и диагностика прогрессирующей трубной беременности, прерывания внематочной беременности ("трубный аборт", разрыв маточной трубы). Редкие формы внематочной беременности (яичниковая, шеечная, в роге матки, интралигаментарная, брюшная и др.). Инструментальные методы диагностики внематочной беременности (брюшностеночная и трансвагинальная эхография; определение уровня хорионического гонадотропина (ХГ), β -ХГ с помощью радиоиммунологического анализа (РИА); фактор ранней беременности (ФРБ), который является первым лабораторным признаком наступившей беременности; биопсия эндометрия). Лапароскопия, как заключительный этап диагностического поиска.

Алгоритм обследования при подозрении на эктопическую беременность: клинико-анамнестический, трансвагинальное УЗИ, кульдоцентез, гистероскопия и диагностическое выскабливание матки, определение β -ХГ в плазме крови, диагностическая лапароскопия.

Показания для пельвископии.

Лечение (эндохирургическое и медикаментозное). Оценка кровопотери. Интраоперационная реинфузия крови. Инфузионная терапия. Борьба с геморрагическим шоком. Медикаментозное лечение трубной беременности (метатрексат, RU-486, сульфостон и др.).

Профилактика повторной внематочной беременности.

Апоплексия яичника. Эпидемиология. Профилактика. Скрининг. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Показания к госпитализации. Консервативная терапия. Хирургическое лечение. Дальнейшее ведение.

Перфорация матки. Эпидемиология. Профилактика. Скрининг. Классификация. Полный. Неполный. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Методы лечения. Дальнейшее ведение.

Вопросы для контроля:

1. Какие основные клинические признаки внематочной беременности?

2. Классификация внематочной беременности.
3. Алгоритм обследования при внематочной беременности.
4. Тактика лечения внематочной беременности.

Рекомендуемая литература:

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. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
4. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
5. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.
6. 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:

1. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.
2. 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 11.2 Тема. Острый живот при воспалении половых органов.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: ознакомить с дифференциальной диагностикой «острого живота» при воспалении половых органов, лечебной тактикой и реанимационными мероприятиями.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	5
2.	Лекция преподавателя	60
3.	Контроль знаний	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Задачи, решаемые в процессе лекции:

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.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедиа, презентация.

Краткое изложение 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.

Вопросы для контроля:

1. Какие основные клинические признаки tuboовариального образования?
2. Алгоритм обследования при tuboовариальном образовании.
3. Тактика лечения tuboовариального образования.

Рекомендуемая литература:

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. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
4. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
5. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.
6. 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:

1. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.
2. 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 11.3. Тема. Острый живот при нарушении кровоснабжения органов малого таза и опухолей.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: ознакомиться 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.	5
2.	Лекция преподавателя	60
3.	Контроль знаний	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

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:

1. Этиология и патогенез нарушений кровоснабжения органов малого таза и опухолей.
2. Клиническая картина состояний при нарушении кровоснабжения органов малого таза и опухолей.

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.

Рекомендуемая литература:

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. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
4. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
5. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.
6. 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:

1. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.
2. 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 12.1 Тема Внутренний эндометриоз.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: Дать новые знания о природе эндометриоза. Систематизировать знания по клинике, диагностике и современным методам лечения данной патологии. Уметь использовать теоретические знания по вопросу консервативных методов лечения внутреннего эндометриоза.

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. Клиническая картина внутреннего 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 занятий: учебная аудитория, мультимедиа.

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, интрестрициальные отделы маточных труб. Эндометриоз и бесплодие. Лечение больных эндометриозом. Противовоспалительное и рассасывающее, хирургическое, гормональное лечение эндометриоза. Реабилитация больных эндометриозом. Профилактика эндометриоза.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
2. Дополнительная литература:
3. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
4. Уварова Е.В. Детская и подростковая гинекология. – М., 2012.
5. 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.
6. Кокрановское руководство. - Москва, 2010.

Код 12.2. Тема Наружный эндометриоз.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: Дать новые знания о природе эндометриоза. Систематизировать знания по клинике, диагностике и современным методам лечения наружного эндометриоза. Уметь использовать теоретические знания по вопросу консервативных методов лечения эндометриоза.

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. Клиническая картина наружного 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 занятий: учебная аудитория, мультимедиа, презентация.

Краткое изложение материала.

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.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
2. Дополнительная литература:
3. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
4. Уварова Е.В. Детская и подростковая гинекология. – М., 2012.
5. 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.
6. Кокрановское руководство. - Москва, 2010.

Код 12.3. Тема Экстрагенитальный эндометриоз.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: Дать новые знания о природе эндометриоза. Систематизировать знания по клинике, диагностике и современным методам лечения данной патологии. Уметь использовать теоретические знания по вопросу консервативных методов лечения эндометриоза.

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. Клиническая картина экстрагенитального эндометриоза
2. Диагностика.
3. Лечение.
4. Прогноз.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедиа, презентация.

Краткое изложение материала.

Эндометриоз – доброкачественное заболевание, характеризующееся разрастанием вне полости матки ткани, имеющей морфологическое сходство с эндометрием и подвергающийся циклическим изменениям соответственно менструальному циклу. Эндометриоз наблюдают у 10-50% женщин репродуктивного возраста, диагностируют при лапароскопии у 21% женщин с бесплодием. При сборе анамнеза необходимо обращать внимание на 1) возраст, 2) данные семейного анамнеза, 3) возраст менархе, 4) становление менструальной функции, 5) беременности (аборты, самопроизвольные выкидыши), 6) перенесенные гинекологические (особенно воспалительные) и

экстрагенитальные заболевания, 7) характер и эффективность проводимого ранее лечения. Симптомы эндометриоза при экстрагенитальной локализации эндометриoidных имплантов:

- половые органы – дисменорея, боли в нижней части живота, области таза и пояснично-крестцовой области, бесплодие, нерегулярность менструаций.
- желудочно-кишечный тракт – тенезмы и ректальные кровотечения, связанные с менструальным циклом; диарея, обструкция толстой кишки.
- мочевыделительная система – гематурия и боли, связанные с менструальным циклом; обструкция мочеточника.
- хирургические рубцы, пупок – боли и кровоточивость, связанные с менструальным циклом.
- легкие – кровохарканье, связанное с менструальным циклом.

Лабораторные исследования: УЗИ органов малого таза (предпочтительно ТВС), кольпоскопия, гистероскопия, гистеросальпингография, КТ и/или МРТ, диагностическая лапароскопия. Цели лечения – удаление очагов эндометриоза, купирование клинической симптоматики и восстановление репродуктивной функции, а также профилактика рецидивов. Медикаментозные методы лечения представляют собой гормональную терапию. Выбор ЛС и методика их применения зависят от возраста больной, локализации и степени распространения эндометриоза, переносимости лекарственных средств, наличия сопутствующей гинекологической и соматической патологии. Назначают: КОК (Марвелон, Силест, Фемоден, Регулон, Ярина, Жаннин), Агонисты Гн-РГ (Бусерелин, Гозерелин, Трипторелин), антагонисты гонадотропных гормонов (Даназол, Гестринон), Прогестагены (Медروксипрогестерон, Дидрогестерон). Показания к госпитализации: выраженный болевой синдром, не купирующийся пероральным введением ЛС; разрыв эндометриoidной кисты; плановое хирургическое лечение.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
2. Дополнительная литература:
3. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
4. Уварова Е.В. Детская и подростковая гинекология. – М., 2012.
5. 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.
6. Кокрановское руководство. - Москва, 2010.

Код 13.1. Тема Эндокринное бесплодие.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: ознакомить с диагностикой и лечением эндокринного фактора бесплодия.

План лекции

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

	преподавателя.	
--	----------------	--

Задачи, решаемые в процессе лекции:

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.

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. Иммунологическое бесплодие. Обследование бесплодных пар. Искусственное инсеминация. Экстракорпоральное оплодотворение. Синдром гиперстимуляции яичников.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
2. Дополнительная литература:
3. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
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. Кокрановское руководство. - Москва, 2010.

Код 13.2. Тема Трубный фактор в бесплодии.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: ознакомить с диагностикой и лечением трубного и перитонийного 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. Трубный фактор в бесплодии.
2. Клиника, методы диагностики.
3. Цервикогистосальпингоофария, рентгенотелевизионная.
4. Лапароскопия с хромогидротубацией.

5. Методы лечения.
6. Пороки развития труб. Лапароскопия.
- 7 Функциональное трубное бесплодие.
- 8 Перитониаальный фактор бесплодия.
 - Клиника, диагностика.
 - Цервикогистосальпингоофария, рентгенотелевизионная.
 - Лапароскопия.
 - Методы лечения.

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

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.

Основная литература:

1. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
2. Дополнительная литература:
3. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
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. Кокрановское руководство. - Москва, 2010.

Код 15.3. Тема Маточный фактор в бесплодии.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: ознакомить с диагностикой и лечением маточного 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

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

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.

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

1. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
2. Дополнительная литература:
3. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
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. Кокрановское руководство. - Москва, 2010.

Код 15.1 Тема Методы искусственного прерывания беременности. Преимущества медикаментозного аборта.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: Систематизировать знания курсантов по основным методикам производства аборта. Безопасные технологии.

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1	Вступительное слово преподавателя.	10
2	Доклад преподавателя.	70
4	Заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Определение аборта.
 - 1.Медицинские и социальные показания.
 - 2.Выбор метода.
 - 3.Прерывание беременности до 12 недель.
 - 4.Прерывание беременности после 12 недель.
2. Хирургические методы: вакуум-аспирация, выскабливание полости матки, интравагинальное или интраамниальное введение различных средств, гистеротомия.
3. Медикаментозное прерывание беременности.
4. Осложнения. Лечение осложнений.
5. Контрацепция после аборта.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедийная установка, презентация, истории болезни для разбора.

Краткое изложение материала.

Определение. Репродуктивные права женщины. Абсолютные и относительные медицинские показания. Социальные показания. Выбор метода в зависимости от срока беременности. Прерывание беременности до 12 недель: вакуум-аспирация, выскабливание полости матки. Прерывание беременности после 12 недель: интравагинальное или интраамниальное введение различных средств. Хирургические методы: гистеротомия.

Медикаментозное прерывание беременности, преимущества метода. Осложнения аборта: перфорация, инфекция. Лечение осложнений. Реабилитационные мероприятия. Контрацепция после аборта.

Вопросы для контроля:

1. Виды абортов.
2. Особенности медикаментозного аборта.
3. Профилактика осложнений после аборта.

Рекомендуемая литература:

1.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.
3. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
4. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: 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.
6. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.

2.Дополнительная литература:

- 1.Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
- 2.Руководство по контрацепции / под ред. В.Н. Прилепской. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 456с.

Код 15.2 Тема Гормональная контрацепция. Экстренная контрацепция.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: ознакомить слушателей с современными аспектами гормональной контрацепции. Использование экстренной контрацепции.

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. Фармакокинетика современных гормональных контрацептивов.
2. Фармакодинамика.
3. Классификация.
4. Консультирование.
5. Правила приема.
6. Побочные эффекты и осложнения.

7. Абсолютные и относительные противопоказания. Классы приемлимости ВОЗ.
8. Другие гормональные контрацептивы (инъекционные, норплант, ВМС).
9. Экстренная контрацепция.

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

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.

Вопросы для контроля:

1. Консультирование.
2. Возможные побочные эффекты и осложнения.
3. Классы приемлимости ВОЗ.
4. Виды гормональной контрацепции.
5. Особенности назначения гормональных контрацептивов в различных возрастных группах у женщин.

Рекомендуемая литература:

1. 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.
3. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
4. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: 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.
6. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.

2. Дополнительная литература:

1. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
2. Руководство по контрацепции / под ред. В.Н. Прилепской. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 456с.

Код 15.3. Тема Внутриматочная контрацепция.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: ознакомить слушателей с современными аспектами внутриматочной контрацепции.

План лекции

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

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Определение. Виды.
2. Эффективность. Индекс Перля.
3. Механизм действия медьсодержащих ВМС.
4. Механизм действия гормонсодержащих ВМС. Терапевтическое действия.
5. Осложнения. Воспалительные заболевания органов малого таза.
6. Экспульсия.
7. Перфорация матки.
8. Беременность и ВМС.
9. Подбор ВМК. Консультирование.
10. Введение ВМК.
11. Абсолютные и относительные противопоказания.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, муляж «Зоя», спирали различных типов, муляжи для тренинга ведения и удаления спирали, набор инструментов для введения и удаления спирали.

Краткое изложение материала. Определение. 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.

Вопросы для контроля:

1. Планирование семьи. Демографическая ситуация и особенности использования современных методов контрацепции в мире и России.
2. Виды ВМС.
3. Механизм действия медьсодержащих ВМС.
4. Механизм действия гормонсодержащих ВМС. Терапевтическое действия.
5. Осложнения. Воспалительные заболевания органов малого таза.
6. Беременность и ВМС.
7. Подбор ВМК. Консультирование.
8. Введение ВМК.
9. Абсолютные и относительные противопоказания

Рекомендуемая литература:

1.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.
3. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
4. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: 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.

6. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.

2.Дополнительная литература:

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

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

Код 15.4. Тема Барьерные и прочие методы контрацепции.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: Освоить методику обучения клиентов данному методу контрацепции

План лекции

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Доклад преподавателя.	35
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Механизм действия барьерных методов контрацепции
2. Презервативы
3. Диафрагмы
4. Шеечные колпачки
5. Спермициды
6. Мероприятия по устранению побочных эффектов

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, слайды, транспарации, оверхед, истории болезни для разбора

Краткое изложение материала

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.

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.

Вопросы для контроля:

1. Современные виды барьерных и прочих методов контрацепции.
2. Особенности контрацепции в зависимости от возраста больной.
3. Побочные эффекты методов контрацепции.

Рекомендуемая литература:**1.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.
3. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
4. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: 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.
6. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.

2.Дополнительная литература:

1. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
2. Руководство по контрацепции / под ред. В.Н. Прилепской. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 456с.

Код 15.5 Тема Хирургическая контрацепция.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: Систематизировать знания курсантов по основным методикам производства аборта. Безопасные технологии. Постабортная контрацепция.

План лекции.

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Доклад преподавателя.	35
3.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Задачи, решаемые в процессе лекции:

1. Медицинские и социальные показания.
2. Женская стерилизация.
3. Мужская стерилизация.
4. Консультирование.
5. Время проведения.
6. Юридические аспекты.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, оверхед, транспарации, истории болезни для разбора

Краткое изложение материала.

Определение. Репродуктивные права женщины. Абсолютные и относительные медицинские показания. Социальные показания. Выбор метода в зависимости от срока беременности. Прерывание беременности до 12 недель: вакуум-аспирация, выскабливание полости матки. Прерывание беременности после 12 недель: интравагинальное или интраамниальное введение различных средств. Хирургические методы: гистеротомия.

Медикаментозное прерывание беременности – мифегин. Осложнения аборта: перфорация, инфекция. Лечение осложнений. Реабилитационные мероприятия. Контрацепция после аборта.

Стерилизация по желанию пациентки разрешена в России с 1993 года, а до этого хирургическое вмешательство с целью стерилизации проводилось исключительно по медицинским показаниям.

Женская добровольная хирургическая стерилизация является одним из наиболее распространенных в мире методов контрацепции. В настоящее время этот метод используют более 166 млн. женщин.

Виды стерилизации. Консультирование дородовое. Постплацентарное время. Интервальная стерилизация. Лапароскопия. Мини-доступ. Во время операции кесарево сечение. Осложнения. Мужская стерилизация. Преимущества, недостатки, осложнения. Юридические аспекты.

Вопросы для контроля:

1. Медицинские и социальные показания для стерилизации.
2. Женская стерилизация.
3. Мужская стерилизация.
4. Консультирование перед стерилизацией.

Рекомендуемая литература:

1.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.
3. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
4. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: 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.
6. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.

2.Дополнительная литература:

1. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
2. Руководство по контрацепции / под ред. В.Н. Прилепской. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 456с.

Код 15.6. Тема Выбор метода контрацепции в разных возрастных группах, у женщин с экстрагенитальной патологией. Медицинские критерии приемлемости использования методов контрацепции.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: Унифицировать знания курсантов по современным методам контрацепции с учетом экстрагенитальных заболеваний. Изучить медицинские критерии приемлемости использования методов контрацепции.

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. Контрацепция в раннем и позднем репродуктивном периодах.
2. Современные методы планирования семьи.
3. Абсолютные и относительные противопоказания для гормональной контрацепции. Новые критерии ВОЗ использования гормональной контрацепции.
4. Дифференцированное назначение контрацептивов с учетом соматической и гинекологической патологии.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, оверхед, транспарации, истории болезни для разбора.

Краткое изложение материала.

Наиболее правильным во всех цивилизованных странах мира считается предохранение от беременности с помощью различных контрацептивных средств и методик. Несмотря на их разнообразие, многие из них имеют определенные показания, противопоказания и недостатки. Существуют определенные требования, предъявляемые к противозачаточным средствам: высокая эффективность, достигающая 97-98%, безвредность для здоровья мужчины и женщины и их будущих поколений, быстрое восстановление детородной функции после отмены контрацептива, удобство в употреблении, поддержание комфорта в интимной жизни, доступность и низкая стоимость.

Возрастной аспект назначения различных методов контрацепции. Контрацепция в подростковом и позднем репродуктивном периодах. Особенности контрацепции при некоторых видах соматической патологии (сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, патология печени и почек, экстрагенитальные опухоли, эпилепсия). Применений контрацептивов с учетом гинекологической патологии (миома матки, патология шейки матки, ВЗОТ).

В период выполнения генеративной функции рекомендованы следующие контрацептивные средства и методики предохранения от беременности: физиологический метод, барьерные средства, гормональная оральная контрацепция комбинированными средствами, предпочтительнее 2- и 3-фазными, ВМС; после рождения последнего планируемого ребенка может использоваться помимо других средств контрацепции хирургическая стерилизация; в предменопаузальном периоде предпочтительнее рекомендовать гормональные методы и средства с содержанием только прогестагенов; а в постменопаузальном периоде в связи с редким наступлением беременности по выбору женщины.

Вопросы для контроля:

1. Планирование семьи.
2. Современная контрацепция.
3. Новые критерии ВОЗ использования контрацепции.

Рекомендуемая литература:

1. 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.
3. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
4. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: 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.

6. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.

2.Дополнительная литература:

1. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
2. Руководство по контрацепции / под ред. В.Н. Прилепской. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 456с.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РАЗРАБОТКИ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ

тематического усовершенствования «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: 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.)
4.	Вступительное слово преподавателя.	5
5.	Выступление слушателей.	15
6.	Разбор клинических случаев	15
7.	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, видеоманитофон, 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:

6. Организация акушерско-гинекологической службы в РФ.
7. Показатели: перинатальная смертность, мертворождаемость, ранняя неонатальная смертность, аборт.
8. Структура и динамика показателей материнской смертности.
9. Профилактика материнской смертности.

10. Основные нормативные документы, влияющие на показатели материнской и младенческой смертности.

Рекомендуемая литература:

3. Основная литература:

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

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.

6. 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:

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

5. Бурлев В.А. // Проблемы Репродукции . — 2004. — № 6. —С. 51–57.

6. Концепция охраны репродуктивного здоровья населения России на период 2000-2004 гг. и план мероприятий по ее реализации. Москва, 2000.

3. Законодательные и нормативно-правовые документы.

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

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

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

28. 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 «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: дать знания по правовым вопросам в сфере охраны здоровья и прав матери в РФ.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
8.	Вступительное слово преподавателя.	5
9.	Выступление слушателей.	15
10.	Разбор клинических случаев	15
11.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Вопросы для работы малыми группами:

3. Права беременных женщин в области здравоохранения.
4. Права беременных женщин в области трудового права.
5. Гарантии и льготы, установленные для беременных женщин
6. 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

01. 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:

5. Какие права имеет беременная женщина для получения медицинской помощи и чем они регламентированы.
6. Какие существуют гарантии и льготы, установленные для беременных женщин.
7. Согласно Трудовому Кодексу какие дополнительные отпуска гарантированы беременным женщинам.
8. Особенности отпуска по беременности и родам при осложненных родах, при досрочных родах.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература:

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

2. Дополнительная литература:

3. Глашев А.А. Медицинское право: Практическое руководство для юристов и медиков. — М.: Волтерс Клувер, 2004. — 208 с.
4. Концепция охраны репродуктивного здоровья населения России на период 2000-2004 гг. и план мероприятий по ее реализации. Москва, 2000.

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)".
7. Методическое письмо МЗСР РФ от 13.07.11 №15-4/10/2-6796 «Об организации работы службы родовспоможения в условиях внедрения современных перинатальных технологий».
8. "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.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия:

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) $(\text{число женщин, умерших от осложнений беременности со срока 28 недель})/(\text{число родившихся живыми и мертвыми}) \times 100000$
- 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

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 удастся 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 осмолренных женщин
- б) число гинекологических больных, взятых на диспансерный учет
- в) число женщин, направленных на лечение в санаторий
- г) доля выявленных гинекологических больных из числа осмолренных 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 произошел разрыв матки (в лечебном учреждении или вне его)
- б) разрыв матки произошел 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 «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: 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:

6. Основные законодательные акты, регламентирующие сферу здравоохранения в РФ.
7. Понятия, используемые в 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" 21 ноября 2011 г.
8. Права пациентов, гарантированные ФЗ РФ N 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
9. Ответственность медицинских работников, ЛПУ и иных организаций системы здравоохранения в случае некачественного оказания медицинских услуг.
10. 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 понятия, используемые 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:

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

2.Дополнительная литература:

2. Глашев А.А. Медицинское право: Практическое руководство для юристов и медиков. — М.: Волтерс Клувер, 2004. — 208 с.

3. Законодательные и нормативно-правовые документы.

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

9. Конституция Российской Федерации, от 12 декабря 1993 г.

10. Гражданский кодекс РФ.

11. закон РФ «О защите прав потребителей» от 7 февраля 1992 г. N 2300-I.

12. ФЗ РФ от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

13. ФЗ РФ от 12.04.2010 N 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств".

14. Федеральный закон от 31 мая 2001 г. N 73-ФЗ "О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации".

Код 2.1. Тема Клинические и лабораторные методы исследования (гормональные, биохимические).

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: 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 массы 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

Доклады:

- 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. 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..

2.Дополнительная литература:

5. 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.

6. Невынашивание беременности: патогенез, диагностика, лечения. Клиническое руководство Беременность и роды. / Род ред. А.Н. Стрижакова, Москва, 2011.

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

8. Доброхотова, Ю. Э. Микробиоценоз влагалища. Аспекты гормональной регуляции : учеб.-метод. пособие / Ю. Э. Доброхотова, Н. Г. Затицян ; ГОУ ВПО РГМУ. - М. : [РГМУ], 2010. - 20 с.

Код 2.2 Тема Электрофизиологические методы исследования матери и плода.

Цикл: «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях (ТУ)»

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

Цель занятия: 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 работы малыми группами:

1. Основные электрофизиологические методы обследования в акушерстве и гинекологии.

2. КТГ.

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.

Особенность интранатальной кардиотокографии. Признаки гипоксии плода на КТГ; тахи-брадикардия, снижение variability базального ритма, децелерации.

В результате проведенного занятия курсант:

-должен иметь представление об электрофизиологические методы обследования в акушерстве и гинекологии..

-должен знать признаки гипоксии плода по КТГ.

-уметь Чтение и оценка результатов кардиотокографии:

- о определение базального ритма;
 - о определение variability базального ритма;
 - о определение характера и частоты акцелераций;
 - о определение характера и частоты децелераций;
- подготовка 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: «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях (ГУ)»

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

Цель занятия: 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 работы малыми группами:

5. Анализ УЗ. Значение в гинекологии

6. Оценка данных УЗ исследования в I, II, III триместре беременности
7. Оценка данных доплерографии маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока
8. 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
- • Оценка результатов доплерографического исследования:
 - о маточно-плацентарного кровотока (маточная артерия);
 - о фетоплацентарного кровотока (артерии пуповины);
 - о 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:

- 3. УЗ диагностика в акушерстве.
- 4. 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. 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..

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: «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях (ТУ₆)»

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

Цель занятия: 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 работы малыми группами:

- 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. 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:

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. Физиологические изменения в организме женщины во время беременности.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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 (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	10
2.	Выступление слушателей.	30
3.	Разбор клинических случаев.	35
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	15

Вопросы для работы малыми группами:

1. Оплодотворение. Этапы формирования плода.
2. Формирование органов и систем плода. Эмбрио и плацентогенез.
3. Психофизиология плода. Формирование и развитие ЦНС плода.
4. Повторить анатомию и физиологию 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: 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: 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 формирование 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, простогландинов. 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

Доклады:

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.

6. Физиология оплодотворения, формирование пола плода, развитие плода в течение каждого срока беременности.

7. Формирование фетоплацентарного комплекса. Роль плаценты при физиологической беременности.

8. Критические периоды внутриутробного развития плода. Тератогенные факторы.

9. Развитие ЦНС плода и ее возможности.

10. Физиологические изменения в организме женщины во время беременности. Возможные отклонения и способы их коррекции

11. Особенности наблюдения за беременной в женской консультации.

12. Положительный настрой на исход беременности и родов беременной и ее семьи.

13. 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:

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

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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 (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	10
2.	Выступление слушателей.	30
3.	Разбор клинических случаев.	35
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	15

Вопросы для работы малыми группами:

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 (пуэрпальный) 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 роженицы

- 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

Доклады:

1. Течение раннего послеродового периода.
2. Физиологические и анатомические изменения в организме роженицы.
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 роженицы происходят в ранний послеродовый период?
8. Какие параметры состояния роженицы 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:

- 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.

Тема 3.3. Грудное вскармливание.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Вопросы для работы малыми группами:

9. Анатомия молочной железы. Физиология лактации.
10. Гормоны лактации и их участие в производстве и выделении молока. Лактогенез.
11. Инициация и поддержание лактации. Рефлекс выброса молока (рефлекс окситоцина).
12. Скорость выработки молока. Емкость груди.
13. Преимущества грудного вскармливания.
14. Компонентный состав грудного молока.
15. Защитные, иммунные свойства грудного молока.
16. 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

Доклады:

7. Понятие лактогенеза. Стадии лактогенеза.
8. Рефлекс окситоцина или рефлекс выброса молока.
9. Скорость выработки молока. Емкость груди.
10. Преимущества грудного вскармливания для матери и для ребенка.
11. Лактостаз, механизмы развития, пути преодоления.
12. Гипогалактия, диагностика, лечение, профилактика.

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. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.

4. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.
5. 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 акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
- 2.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 Патологические роды. Аномалии родовой деятельности. (1 часть)

Цикл: «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях (ТУ)»

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

7. Международная классификация аномальной родовой деятельности.
8. Основные причины и патогенез родовой деятельности.
9. Патологическая гипертоническая дисфункция. Клиника, лечение.
10. Гипотоническая дисфункция. Слабость родовой деятельности. Группы риска по возникновению слабости родовой деятельности. Выбор тактики ведения родов при слабости родовой деятельности. Родовозбуждение и родостимуляция.
11. Дискординация родовой деятельности. Причины дискординации родовой деятельности. Патогенез. Клиника. Степени тяжести дискординации родовой деятельности. Лечение.
12. 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 классификация 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:

Контроль знаний. Обсуждение информации, представленной в лекции, ответы на поставленные вопросы, дискуссия.

6. Выделите группы риска среди беременных на гипертоническую и гипотоническую дисфункции.
7. Какие факторы обуславливают возникновение аномалии родовой деятельности (5 групп)?
8. Лечение первичной слабости родовой деятельности. Амниотомия – лечение или ятрогенный фактор?
9. Дискординированная родовая деятельность – эффективно ли лечение в родах? Роль состояния плода при данной патологии?
10. 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. Дискоординация родовой деятельности. Причины дискоординации родовой деятельности. Патогенез. Клиника.

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 4.1. Тема Патологические роды. Узкие тазы.(2 часть).

Цикл: «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях (ТУ)»

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

Цель: ознакомить курсантов с клиникой, диагностикой и тактикой ведения беременности и родов при анатомически узком тазе.

План лекции

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:

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 международной классификация 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:

Задача №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 внутреннем исследовании: раскрытие зева на 5 см, плодный пузырь цел, резко напряжен. Предлежащая часть не определяется.

Ваш диагноз? Тактика ведения.

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.
4. Определение узкого таза.
5. Степени сужения узкого таза.
6. Особенности родоразрешения при первой и второй степени сужения таза.
7. Ведение родов у пациенток с узким тазом.

Рекомендуемая литература:

2. 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:

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

Код 4.2.Тема Оперативное акушерство.

Цикл: «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях (ТУ)»

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

Цель занятия Информирование слушателей о современном кесаревом сечении.

План лекции

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 работы малыми группами:

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.

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

Задача №1.

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?

Доклады:

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:

2. Основная литература:

6. Клинические рекомендации по акушерству и гинекологии/ под ред. В.И. Кулакова.— М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2005.-512с
7. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
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. Клиффорд Р. Уиллис. Атлас оперативной гинекологии.— М.: Медицинская литература, 2007. — 528 с.
10. Фаткуллин И.Ф. Кесарево сечение .Учебное пособие.—М.МЕДпресс-информ 2007 — 160с.,.

2.Дополнительная литература:

4. 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: «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях (ТУ)»

Контингент обучающихся: заведующие и ординаторы акушерско-гинекологических отделений больниц, родильных домов 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) IIА
- в) IIБ
- 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 IIА 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 IIБ-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

031. При пролапсе митрального клапана беременность

- а) можно сохранить
- б) прервать
- в) пролонгировать в зависимости от состояния

Ответ: в

Доклады:

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:

- 7. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.

8. 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.

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

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

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

12. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях – М., 2015.

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: «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях (ТУ)»

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

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. Низкосолевая 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 вазодилататор — 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 й,

-уметь вести беременных с артериальной гипертензией, е.

Контрольно-измерительные материалы

Тесты

01. Для IB 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

Доклады:

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:

7. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.
8. 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.
9. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.
10. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : учеб. пособие для системы послевуз. профес. образования врачей / под ред. Г. М. Савельевой. - : МИА, 2006. - 720 с.
11. 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.
12. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях –М., 2015.

2.Дополнительная литература:

2. Гайсин И. Р. Лечение сердечно-сосудистых заболеваний у беременных женщин : учеб.пособие.- Ижевск: ИГМА, 2005

Код 5.3 Тема Миокардиты. Нарушения ритма сердца при беременности.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: более глубокое изучение гемодинамики во время беременности при нарушениях ритма сердца.

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	10

	преподавателя.	
--	----------------	--

Вопросы для работы малыми группами:

5. Общие принципы ведения беременности и родов при миокардитах.
6. Ведение беременности нарушениях ритма сердца.
7. Виды нарушений сердца при беременности.
8. Диагностика. Лечение. Профилактика.

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

Краткое изложение материала.

Миокардит при беременности чаще всего проявляются по истечению инфекционных заболеваний. В подавляющем большинстве случаев миокардит у будущих мам возникает примерно за 1 месяц до родов, или же через полгода после родов.

Источником воспалительного процесса сердечной мышцы является аутоиммунный процесс, при котором возбудитель инфекции выступает антигеном и вызывает продукцию антител, которые в свою очередь в дальнейшем воздействуют на миокард.

Сердечная мышца воспаляется, возникают инфильтраты и как результат, в воспаленном месте образуется рубец. У беременных зачастую развивается миокардиодистрофический кардиосклероз.

Беременность сопровождается увеличением распространенности нарушений сердечного ритма. Аритмии выявляют, по данным литературы, у 15,7% беременных и рожениц, причем 43% из них — это функциональные аритмии. Но, даже при отсутствии органического заболевания сердца осложнения беременности встречаются у женщин с нарушениями сердечного ритма значительно чаще.

Наиболее часто НСР при гестации представлены наджелудочковой экстрасистолой (28-67%) и/или желудочковой экстрасистолой (16-59%). При обследовании беременных без признаков структурных заболеваний сердца при наличии ощущений перебоев в деятельности сердца и сердцебиений НЖЭС выявлены у 56% обследованных и ЖЭС — у 59 %; частые НЖЭС (больше 100 в час), частые ЖЭС (больше 50 в час) и полиморфные ЖЭС наблюдали соответственно у 7, 22 и 12%.

Значительно реже во время беременности возникают пароксизмальные и устойчивые наджелудочковые и пароксизмальные желудочковые тахикардии. Выявлено, что перечисленные НСР развиваются преимущественно у женщин с заболеваниями сердца, предшествовавшими беременности, нарушениями функции щитовидной железы, электролитными нарушениями.

В результате проведенного занятия курсант:

- должен иметь представление об миокардитах и нарушениях ритма сердца при беременности.
- должен знать виды нарушений сердца при беременности.
- уметь вести беременность и роды при миокардитах и нарушениях ритма сердца.

Контрольно-измерительные материалы

Тесты

01. Острый и подострый миокардит у беременной является основанием
 - а) для сохранения беременности
 - б) для прерывания беременности
 - в) для пролонгирования в зависимости от состояния

Ответ: б

02. При сердечной недостаточности в послеродовом периоде
 - а) лактацию подавляют сразу
 - б) разрешают кормление новорожденного
 - в) вопрос о разрешении кормления грудью решают в зависимости от состояния родильницы

Ответ: а

03. При мерцательной аритмии, диагностированной до 12 недель, беременность нужно
- а) сохранить
 - б) прервать
 - в) пролонгировать в зависимости от состояния беременной

Ответ: б

04. При возникновении беременности у женщин с имплантированным водителем ритма ее необходимо

- а) пролонгировать только в зависимости от состояния женщины
- б) прерывать
- в) сохранять

Ответ: а

Вопросы для контроля:

4. Тактика ведения родов у женщин с миокардитом.

5. Какие основные профилактические мероприятия миокардита проводятся во время беременности?

6. Какие виды нарушений сердца встречаются наиболее часто при беременности?

Рекомендуемая литература:

1.Основная литература:

7. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.

8. 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.

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

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

11. 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.

12. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях –М., 2015.

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 органов дыхания.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: ознакомить курсантов с изменениями дыхательной системы во время беременности, основных заболеваний органов дыхания.

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:

6. Анатомические и физиологические изменения легких во время беременности.
7. Общие принципы ведения беременности и родов при заболеваниях легких.
8. Ведение беременности при отдельных заболеваниях легких.
9. Одышка. Муковисцидоз. Саркоидоз. Инфекционные заболевания: пневмония, бронхит, туберкулез. Неотложные состояния: ТЭЛА, эмболия околоплодными водами, отек легких, респираторный дистресс-синдром взрослых.
10. Диагностика. Лечение. Профилактика.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедийная установка, презентация, истории болезни для разбора.

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

В результате проведенного занятия курсант:

- должен иметь представление об основных изменениях дыхательной системы во время беременности.
- должен знать особенности течения заболеваний дыхательной системы при беременности
- уметь вести беременных с заболеваниями дыхательной системы.

Контрольно-измерительные материалы**Тесты**

01. 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

02. 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

03. Обратилась беременная на 9-10-й неделе. Видимых отклонений в развитии беременности не отмечается. Из анамнеза: в 6-7 недель беременности перенесла ОРВИ с высокой температурой тела (до 38-39С), в это время в течение 6 дней принимала тетрациклин. Тактика врача в отношении беременности

- а) возможно сохранение беременности под контролем, определение количества ХГ в моче (в 10 недель) и УЗИ малого таза
- б) необходимо прервать беременность
- в) вопрос о прерывании беременности решить после биопсии хориона

Ответ: б

04. Обратилась беременная на 10-й неделе беременности. В течение 3 дней отмечаются явления ОРВИ, картина острого бронхита, температура тела -37.5С. Проводит лечение: постельный режим, обильное горячее питье, ампициллин по 0.5 н 4 раза в день, микстура термопсиса. Тактика в отношении беременности

- а) возможно сохранение беременности
- б) необходимо прерывание беременности

Ответ: а

05. Беременность 38-39 недель. Отмечается картина острой очаговой пневмонии. Температура тела -38С. Тактика врача

- а) провести комплексную терапию пневмонии, постараться отсрочить возможное развитие родовой деятельности до излечения
- б) провести родовозбуждение и одновременно комплексную антибактериальную терапию
- в) провести операцию кесарева сечения и одновременно комплексную терапию пневмонии
- г) показана профилактика послеродовой инфекции
- д) правильно а) и г)

Ответ: д

06. Признаками легочной недостаточности являются

- а) диффузный цианоз
- б) одышка
- в) набухание шейных вен
- г) все перечисленное

Ответ: г

Вопросы дляй контроля:

- 6. Планирование беременности у больных заболеваниями органов дыхания.
- 7. Диагностика заболеваний органов дыхания.
- 8. Дородовое наблюдение. Общие рекомендации.
- 9. Особенности течения и ведения беременности и родов при заболеваниях органов дыхания.
- 10. Выбор метода родоразрешения у женщин с заболеваниями органов дыхания.

Рекомендуемая литература:

1.Основная литература:

- 1. . Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.
- 2. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
- 3. 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.
- 4. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях –М., 2015.

Код 5.5 Тема Бронхиальная астма и беременность.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: ознакомить курсантов с особенностями течения бронхиальной астмы во время беременности.

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:

7. Частота бронхиальной астмы среди беременных.
8. Течение бронхиальной астмы у беременных .
9. Бронхиальная астма, впервые диагностированная во время беременности.
10. Лечение бронхиальной астмы у беременных: базисная терапия бронхорасширяющие и противовоспалительные препараты.
11. Астматический статус при беременности.
12. Тактика ведения родов у женщин с бронхиальной астмой.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедийная установка, презентация, истории болезни для разбора.

Краткое изложение материала.

В последнее десятилетие наблюдается рост числа больных с бронхиальной астмой в популяции и у беременных.

Независимо от формы заболевания выделяют 3 стадии: предастма, приступы удушья и астматическое состояние. Течение бронхиальной астмы у беременных определяется влиянием гормональных и иммунных факторов. Предсказать ухудшение состояния больной невозможно: оно может наступить во время беременности, в родах, в раннем и позднем послеродовых периодах и значительно осложняет акушерскую тактику.

По данным некоторых авторов бронхиальная астма впервые может появиться во время беременности. Этому способствует чувствительность к эндогенному простагландину F_{2α}, вызывающему бронхоспазм.

В ранние сроки беременности показана госпитализация в терапевтический стационар для обследования и решения вопроса о сохранении беременности. Последующее наблюдение за беременной осуществляется совместно с терапевтом (пульмонологом).

При ухудшении состояния необходима госпитализация в любые сроки беременности. Обязательна госпитализация в стационар за 2-3 нед до родов для обследования и подготовки к родам. Из-за отсутствия объективных критериев тяжести заболевания прогнозировать исход родов для матери и плода сложно. Бронхиальная астма, возникшая во время беременности, может исчезнуть после родов.

В результате проведенного занятия курсант:

- должен иметь представление об основных изменениях дыхательной системы во время беременности при бронхиальной астме.
- должен знать особенности течения бронхиальной астмы при беременности
- уметь вести беременных с бронхиальной астмой.

Контрольно-измерительные материалы:

Доклады:

6. Прегравидарная подготовка у пациенток с бронхиальной астмой.
7. Ведение беременности по триместрам у женщин с бронхиальной астмой.
8. Тактика родоразрешения беременных с бронхиальной астмой.
9. Купирование астматического статуса при беременности и в родах.
10. Особенности терапии бронхиальной астмы при беременности.

Рекомендуемая литература:

1.Основная литература:

1. . Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.
2. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004

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

4. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях –М., 2015.

Код 5.6 Тема Беременность и заболевания желудочно-кишечного тракта и печени.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: ознакомить с особенностями беременности при заболеваниях желудочно-кишечного тракта и печени, диагностики и лечения.

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:

1. Заболевания органов пищеварения и беременность.
 - 1.1. Эпидемиология.
 - 1.2. Классификация.
 - 1.3. Этиология и патогенез.
 - 1.4. Клиническая картина.
 - 1.5. Лабораторно-инструментальные исследования.
 - 1.6. Дифференциальная диагностика.
 - 1.7. Цели лечения.
 - 1.8. Лечение: немедикаментозное и медикаментозное.
 - 1.9. Лечение в условиях стационара.
 - 1.10. Наблюдение и дальнейшее ведение.
 - 1.11. Прогноз.
2. Заболевания печени и беременность.
 - 2.1. Физиология печени во время беременности.
 - 2.2. Признаки нарушения функции печени.
 - 2.3. Заболевания печени, встречающиеся только во время беременности. Нарушения функции печени при эклампсии. Острая жировая дистрофия печени. Холестаз беременных. Диагностика. Лечение.
 - 2.4. Заболевания печени, встречающиеся и вне беременности. Вирусные гепатиты А, В, ни-А, ни-В, С, Е, F, D. Диагностика. Лечение.
 - 2.5. Цирроз печени. Первичный билиарный цирроз, болезнь Вильсона, синдром Бадда-Киари, лекарственные поражения печени. Диагностика. Лечение.
 - 2.6. Наследственные гипербилирубинемии. Диагностика. Лечение.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедийная установка, презентация, истории болезни для разбора.

Краткое изложение материала.

Во время беременности многочисленные изменения обмена веществ нейроэндокринной и иммунной систем приводят к особенностям функционирования органов пищеварительной системы. Снижаются двигательная и секреторная активность

желудка, кишечника, гепатобилиарной системы. В связи с этим повышаются факторы риска обострения многих хронических процессов в органах пищеварения или возникновения новых заболеваний. Своеобразие клинического течения и само состояние беременности нередко приводит к запоздалой диагностике заболеваний пищеварительной системы и недооценке их негативного влияния на состояние и развитие плода. Диагностика затруднена и по причине ограничений в применении методов исследования у женщин во время беременности. Наибольшую значимость по влиянию на плод, частоте и особенностям клинического течения представляют болезни печени, желудка и кишечника.

Печень осуществляет метаболизма углеводов, липидов и аминокислот, а также обезвреживание токсичных веществ. Во время беременности вследствие физиологического увеличения ОЦК возникает гипоальбуминемия.

Распространенность желтухи среди беременных составляет 1:1500. Причины – повышенное образование билирубина или нарушение его метаболизма в печени.

Заболевания печени, встречающиеся только во время беременности. Распространенность острой жировой дистрофии печени составляет 1 на 10000 беременных. Срок развития 34-36 недель. Предрасполагающие факторы – вирусная инфекция, интоксикация, преэклампсия. Основное осложнение – острая печеночная недостаточность. Проводят коррекцию метаболических нарушений и неотложное родоразрешение.

Холестаз беременных составляет 1 на 500 беременных. Диагностика основана на клинике, лабораторных методах исследования (билирубин, щелочная фосфатаза, АСТ, АЛТ, ПВ, желчные кислоты). Дифференциальная диагностика с паренхиматозными, механическими желтухами, первичным билиарным циррозом, острой жировой дистрофией печени, гемолитической желтухой. Лечение симптоматическое и патогенетическое. Осложнения - гибель плода и преждевременные роды.

Гепатит А. При контакте с больным назначают иммуноглобулин для в/м введения. Гепатит В передается инъекционным путем, при переливании препаратов крови, а также попадании биологических жидкостей, содержащих вирус, на слизистые. Возможна трансплацентарная передача вируса от матери к плоду. Беременным вакцинация не требуется. Если беременная не иммунизирована, в течение 12 часов после контакта с вирусоносителем ей вводят иммуноглобулин против гепатита В. Детям, родившимся от женщин, имеющих положительные пробы на HBsAg, вводят иммуноглобулин против гепатита В и проводят вакцинацию.

Гепатит ни А, ни В: при хронической форме прогноз лучше, чем при острой.

Цирроз печени развивается в исходе гепатитов, токсического поражения печени или метаболических нарушений.

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, 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) гипопроteinемии

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

Задача №1.

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

Из анамнеза. Перенесенные заболевания: ОРЗ, грипп, ветряная оспа, эпидемический паратиф, вираж тубпробы. Гинекологические заболевания: хронический сальпингооофарит. Менструация с 12 лет, по 4-5 дня через 28-30 дней, умеренные безболезненные, установились сразу. 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.- $3,46 \cdot 10^{12}$ /л, Нв.-111г/л, ЦП.-0,98, п-2, с-58, э-1, м-9, л-30, СОЭ-23мм/ч, Тг-247000, Нт-0,303.

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

Сахар крови 5,4 ммоль/л.

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

УЗИ внутренних органов без особенностей.

Ваш диагноз? Тактика ведения.

Доклады:

1. Планирование беременности у больных заболеваниями ЖКТ.
2. Диагностика заболеваний ЖКТ.
3. Дородовое наблюдение. Общие рекомендации.
4. Особенности течения и ведения беременности и родов при заболеваниях ЖКТ.
5. Выбор метода родоразрешения у женщин с заболеваниями ЖКТ и печени.
6. Показания для прерывания беременности при заболеваниях печени.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература:

1. . Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.
2. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
3. 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.

4. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях –М., 2015.

Код 5.7. Тема Панкреатит и беременность.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: ознакомить с особенностями течения беременности при панкреатитах.

План практического занятия

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

Вопросы для работы малыми группами:

12. 1. Острый и хронический панкреатит при беременности.
13. Эпидемиология.
14. Классификация.
15. Этиология и патогенез.
16. Клиническая картина.
17. Лабораторно-инструментальные исследования.
18. Дифференциальная диагностика.
19. Цели лечения.
20. Лечение: немедикаментозное и медикаментозное.
21. Лечение в условиях стационара.
22. Наблюдение и дальнейшее ведение.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедийная установка, презентация, истории болезни для разбора.

Краткое изложение материала.

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. 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

002. 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

Доклады:

1. Планирование беременности у больных с хроническим панкреатитом.
2. Диагностика обострений панкреатита.
3. Дородовое наблюдение. Общие рекомендации.
4. Особенности течения и ведения беременности и родов при панкреатите.
5. Выбор метода родоразрешения у женщин с обострением панкреатита.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература:

1. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.
2. Акушерство от десяти учителей : учеб. пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
3. 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.
4. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях –М., 2015.

Код 5.8. Тема Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и язвенная болезнь при беременности.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: ознакомить с особенностями течения беременности при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и язвенной болезни.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Выступление слушателей.	50
3.	Разбор клинических случаев	30
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Вопросы для работы малыми группами:

12. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, язвенная болезнь и беременность.

13. Эпидемиология.
14. Классификация.
15. Этиология и патогенез.
16. Клиническая картина.
17. Лабораторно-инструментальные исследования.
18. Дифференциальная диагностика.
19. Цели лечения.
20. Лечение: немедикаментозное и медикаментозное.
21. Лечение в условиях стационара.
22. Наблюдение и дальнейшее ведение.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедийная установка, презентация, истории болезни для разбора.

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.

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 ГЭРБ, язвенной болезни.

-должен знать особенности ведения беременности у женщин с ГЭРБ, язвенной болезнью, особенности лечебной тактики при хирургической патологии желудочно-кишечного тракта у беременных.

-уметь проводить профилактику предполагаемых акушерских осложнений, заполнять медицинскую документацию по ведению беременной с ГЭРБ, язвенной болезнью. Провести КЭК по вопросам возможности сохранения беременности у беременных с ГЭРБ, язвенной болезнью. Назначить реабилитационные мероприятия в послеродовом периоде у родильниц.

Контрольно-измерительные материалы:

Тесты:

01. Препаратами, которые можно рекомендовать беременным при лечении язвенной болезни, являются все перечисленные, кроме

- а) амальгеля
- б) фосфалюгеля
- в) но-шпы
- г) викалина

Ответ: г

02. 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

03. Беременность при болезни Крона

- а) всегда противопоказана
- б) допустима только при наличии стойкой ремиссии
- в) вопрос решается по желанию женщины

Ответ: б

Доклады:

1. Планирование беременности у больных с ГЭРБ и гастритом.
2. Диагностика ГЭРБ и гастрита.
3. Дородовое наблюдение. Общие рекомендации.
4. Особенности течения и ведения беременности и родов.
5. Выбор метода родоразрешения у женщин с ГЭРБ и гастритом.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература:

1. . Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.
2. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
3. 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.
4. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях –М., 2015.

Код 5.9 Тема Заболевания нервной системы и беременность: эпилепсия, депрессивные расстройства, опухоли головного мозга, остеохондроз.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: Научить курсантов определению показаний и противопоказаний к вынашиванию беременности при заболеваниях: миастении, заболеваниях центральной и периферической нервной системы.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Выступление слушателей.	60
3.	Разбор клинических случаев	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Вопросы для работы малыми группами:

5. Ведение беременности и родов при эпилепсии.
6. Показания к прерыванию беременности при заболеваниях нервной системы.
7. Особенности течения беременности при остеохондрозе, радикулитах.
8. Показания к прерыванию беременности при опухолях головного мозга.

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

Краткое изложение материала.

Эпилепсия представляет собой хроническое заболевание, характеризующееся припадками. При этом различают как первичную, так вторичную или симптоматическую, которая возникает на фоне различных метаболических нарушений при сосудистой патологии, при отеке головного мозга, при его опухоли, а также после травмы, при гипоксии или интоксикации. Эпилептические припадки следует отличать от таковых при других заболеваниях (энцефалит, сотрясение мозга, опухоли мозга и др.), а также от припадков эклампсии. Эпилепсия может быть не только до начала беременности, но и впервые проявиться во время данной беременности. При данной патологии риск внутриутробной гибели плода или гибели новорожденного выше, чем у здоровых пациенток, что в первую очередь связано с повреждающим действием противосудорожных препаратов, применяемых во время беременности при эпилепсии. В этой связи, при наличии возможности целесообразно снизить дозу принимаемых противосудорожных препаратов, особенно в I триместре. Для уменьшения риска развития врожденных аномалий при использовании противосудорожных лекарственных средств назначают фолиевую кислоту. Однако, если снижение дозы повлечет за собой ухудшение течения заболевания, то дозу противосудорожного препарата следует увеличить до оптимальной с целью предотвращения большого эпилептического припадка, угрожающего жизни беременной и плода. Кроме того, течение беременности при эпилепсии часто осложняется гестозом и фетоплацентарной недостаточностью.

Миастения - это заболевание нервно-мышечной системы вследствие патологии (гиперплазия или опухоль) вилочковой железы, при которой из-за возникающих иммунологических нарушений блокируются нервные импульсы к мышцам. Это заболевание характеризуется слабостью и патологической утомляемостью мышц, которые иннервируются черепными нервами. При этом возникает нарушение функции преимущественно глазодвигательных и мимических мышц, а также мышц, обеспечивающих функцию глотания и жевания. В ряде случаев может нарушаться и дыхание. Проявлением заболевания в основном служит неполное открытие верхних век. В ряде случаев это явление имеет асимметричный характер. Во время беременности возможно как улучшение состояния, так и обострение. При частых обострениях заболевания для решения вопроса о возможности пролонгирования беременности пациентка должна быть госпитализирована в I триместре. Беременность при миастении может быть и сохранена, однако при этом необходимо тщательное наблюдение акушером-гинекологом, терапевтом и невропатологом. При прогрессирующем ухудшении общего состояния беременность целесообразно прервать. Беременная госпитализируется также не позднее, чем за 2 недели до родов для решения вопроса о сроках и способе родоразрешения.

Рассеянный склероз представляет собой хроническое прогрессирующее заболевание нервной системы, которое развивается вследствие ряда иммунологических нарушений и приводит к повреждению ряда структур головного и спинного мозга. Первые симптомы могут быть отмечены также во время беременности или после родов. Многообразие проявления клинических симптомов и течения заболевания существенным образом затрудняют его диагностику. Беременность оказывает отрицательное влияние на течение заболевания. Роды при рассеянном склерозе ведут консервативно, а дети рождаются, как правило, здоровыми. Лечение и наблюдение за беременной осуществляется совместно акушерами и невропатологами. В зависимости от клинического течения рассеянного склероза показано применение преднизолона. В ряде случаев применяют антибиотики. Необходим постоянный прием витаминов группы В и аскорбиновой кислоты. Перед родами обязательной является заблаговременная госпитализация.

Пояснично-крестцовый радикулит образуется вследствие возникновения грыжи межпозвоночного диска и сдавления спинномозговых корешков, что сопровождается острой болью по ходу седалищного нерва.

Пояснично-крестцовый плексит может развиваться из-за сдавления пояснично-крестцового сплетения головкой плода или акушерскими щипцами. Симптомы осложнения, которые появляются после родов, характеризуются односторонним нарушением функции сгибателей и разгибателей стопы с одновременным снижением ее чувствительности.

При опухолях головного мозга, радикулитах вопрос о сохранении беременности решается индивидуально в зависимости от заболевания и состояния женщины на момент установления беременности или при ее планировании.

В результате проведенного занятия курсант:

-должен иметь представление об особенностях дифференциальной диагностики и лечебной тактики при заболеваниях нервной системы у беременных, в частности при эпилепсии, депрессивных расстройствах, опухолях головного мозга, остеохондрозе.

-должен знать особенности ведения беременности у женщин с заболеваниями нервной системы, особенности лечебной тактики.

-уметь проводить профилактику предполагаемых акушерских осложнений, заполнять медицинскую документацию по ведению беременной с заболеваниями нервной системы. Провести КЭК по вопросам возможности сохранения беременности у беременных с заболеваниями нервной системы. Назначить реабилитационные мероприятия в послеродовом периоде у родильниц.

Контрольно-измерительные материалы:

Доклады:

4. Какие особенности ведения беременных с эпилепсией?
5. Тактика ведения беременных с опухолями головного мозга.
6. Показания к прерыванию беременности при опухолях головного мозга.

Рекомендуемая литература:

1.Основная литература:

1. . Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.
2. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
3. 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.
4. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях –М., 2015.

Код 5.10 Тема Беременность и заболевания органов мочевого выделения. Пилонефрит, гломерулонефрит, мочекаменная болезнь, нефроптоз, единственная почка.

Цикл: «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях (ТУ)»

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

Цель: более глубокое изучение основных заболеваний почек и органов мочевого выделения, методов диагностики и лечения во время беременности, причин повышения перинатальной и материнской смертности. Оказание экстренной помощи при развитии ОПН и ХПН.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (180 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	15

2.	Выступление слушателей.	70
3.	Разбор клинических случаев	80
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	15

Вопросы для работы малыми группами:

15. Физиологические изменения. Анатомия почек и мочевых путей.
16. Функция почек.
17. Гемодинамика.
18. Диагностика заболеваний почек и мочевыводящих путей.
19. Инфекция мочевых путей. Бессимптомная бактериурия. Острый пиелонефрит. Лечение. Профилактика.
20. Мочекаменная болезнь. Лечение. Профилактика.
21. Пороки развития почек и мочевых путей. Единственная почка. Лечение. Профилактика.
22. Беременность на фоне болезней почек. Гломерулонефрит.
23. Поражение почек при системных заболеваниях. Системная красная волчанка, сахарный диабет, артериальная гипертензия, серповидноклеточная анемия.
24. Острая почечная недостаточность.
25. Преренальная преэклампсия и эклампсия. Острая жировая дистрофия печени и синдром HELLP. Острый канальцевый некроз. Двусторонний некроз коркового вещества почек. Послеродовая ОПН.
26. Хроническая почечная недостаточность.
27. Беременность на фоне трансплантации почки
28. Профилактика.

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

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 нефролога, 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) уриногенным
- 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 плода
- 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.
5. Диагностика заболеваний почек и мочевыводящих путей.
6. Течение беременности при инфекции мочевых путей.
7. Тактика ведения беременности при единственной почке.
8. Тактика при острой почечной недостаточности.

Рекомендуемая литература:

1.Основная литература:

1. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.
2. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
3. Экстрагенитальная патология у беременных : учеб. пособие / [сост. : Н. Ф. Одинцова, М. В. Дударев] ; под ред. М. В. Дударева ; ГБОУ ВПО ИГМА, каф. поликлинической терапии с курсами клин. фармакологии и профилактич. мед. ФПК и ПП. - Ижевск : ИГМА, 2013. - 92 с.
4. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях –М., 2015.

2.Дополнительная литература:

2. 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.

Код 5.11 Изоиммунизация при беременности по системе АВО, системе резус.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: ознакомить курсантов с изоиммунизацией при беременности, их диагностикой и принципами лечения, тактика ведения беременности при изоиммунизации по системе АВО и системе резус.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Выступление слушателей.	60
3.	Разбор клинических случаев	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Вопросы для работы малыми группами:

15. Изоиммунизация при беременности по системе АВО, системе резус.
16. Этиология, патогенез, клиника.
17. Течение беременности и родов.
18. Особенности в/у развития плода.
19. Перинатальные осложнения
20. Принципы терапии
21. Родоразрешение.
22. Реабилитация матери и ребенка
23. Интранатальный дистресс плода.
24. Диагностика, лечение.
25. Оценка лабораторных методов диагностики.
26. Оценка данных ультразвуковых методов
27. Составление индивидуального плана наблюдения во время беременности

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, слайды, мультимедийная установка, истории болезни для разбора.

Краткое изложение материала

Актуальность проблемы. 95% всех клинически значимых случаев гемолитической болезни плода обусловлены несовместимостью именно по резус-фактору, 5% — по системе АВО. Известна сенсibilизация и по другим эритроцитарным антигенам (описано более 10 изосерологических систем) — Kell, Лютеран, Льюис и др.

При первой беременности ошутимая концентрация резус-антител и цепь последующих нарушений возникает к 20-й неделе и младенец может ещё родиться живым, но в состоянии выраженной гемолитической болезни новорождённых (ГБН), требующей серьёзных мер интенсивной терапии.

По данным многих авторов, гемолитические заболевания плода и новорожденного, составляют не менее 20% перинатальной патологии. В числе причин, которые могут привести к усиленному гемолизу эритроцитов, прежде всего, следует назвать изоиммунологический конфликт между матерью и плодом по резус-фактору и группе крови. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного остается одной из ведущих нозологических единиц в структуре перинатальной заболеваемости и смертности.

Согласно существующим представлениям, сенсibilизация происходит путем поступления через плаценту эритроцитов плода, содержащих чужеродный антиген, причем количество антигена может быть очень незначительным. При этом отмечается нарушения в формировании фетоплацентарного комплекса, дистрофические процессы приводят к изменению проницаемости плацентарного барьера, что создает условия для более легкого перехода клеток плода в кровотоки матери и антител от матери к плоду.

Наличие у женщин с резус-отрицательной принадлежностью крови анемии, способствует возникновению резус-сенсibilизации и усугубляет различные осложнения течения беременности.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-знать основы патогенеза изоиммунизации по АВО и системе резус во время беременности, методы диагностики и лечения во время беременности, причины повышения перинатальной и материнской смертности.

-уметь по результатам клинического течения заболевания поставить диагноз.

-владеть методами оказания помощи при изоммунизации.

Контрольно-измерительные материалы

Доклады:

8. Изоиммунизация и беременность. Тактика ведения, показания к прерыванию беременности.

9. Тактика родоразрешения при изоиммунизации.

10. Состояние новорожденных, родившихся от матерей с изоиммунизацией.

11. Планирование беременности у больных с изоиммунизацией.

12. Дородовое наблюдение. Общие рекомендации.

13. Изоиммунизация по АВО беременность.

14. Выбор метода родоразрешения у женщин с изоиммунизацией.

Рекомендуемая литература:

1.Основная литература:

1. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.

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

3. 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.

4. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях –М., 2015.

Код 5.12 Тема Сахарный диабет и беременность.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: ознакомить курсантов с эндокринной патологией при беременности, их диагностикой и принципами лечения, тактика ведения беременности при сахарном гестационном диабете.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Доклад преподавателя	60
3.	Контроль знаний.	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Вопросы для работы малыми группами:

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, слайды, мультимедийная установка, истории болезни для разбора.

Краткое изложение материала

Актуальность проблемы. По данным экспертов ВОЗ более 100 млн. людей в мире страдает сахарным диабетом и по подсчетам эпидемиологов к 2010г. это число удвоится. Распространенность этого заболевания в нашей стране достигает 1,5-3,5% от всего населения (М.И.Балаболкин, 1994). Массовые обследования показывают, что больных с нарушениями толерантности к глюкозе в 2 раза больше, чем больных с явным сахарным диабетом. Эти цифры говорят об особой важности раннего выявления нарушений в обмене углеводов для предупреждения развития манифестного сахарного диабета.

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.

Распространенность гестационного сахарного диабета (ГСД) во всем мире неуклонно растет. Частота ГСД в общей популяции разных стран варьирует от 1% до 14%, составляя в среднем 7% [1–8]. Указанные вариации обусловлены различиями в способах его диагностики и напрямую связаны с распространенностью сахарного диабета 2 типа (СД2) в отдельных этнических группах.

Исследование НАРО (Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes – Гипергликемии и Неблагоприятных Исходов Беременности), проведенное в 2000–2006 гг. показало, что среди наблюдаемых женщин неблагоприятные исходы беременности прямо пропорционально возрастали, начиная со значительно более низкого уровня гликемии, чем принятый в настоящее время в качестве критерия ГСД..

Классификация сахарного диабета (ВОЗ, 1999)

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.
4. Сахарный диабет и беременность. Тактика ведения, показания к прерыванию беременности.
5. Тактика родоразрешения при СД.
6. Состояние новорожденных, родившихся от матерей с СД.
7. Планирование беременности у больных сахарным диабетом.
8. Диагностика. Сахарный диабет. Диабет беременных.
9. Дородовое наблюдение. Общие рекомендации.
10. Сахарный диабет и беременность. Тактика ведения, показания к прерыванию беременности.
11. Особенности течения и ведения беременности и родов при сахарном диабете.
12. Выбор метода родоразрешения у женщин с сахарным диабетом.

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 супруговОтвет: а
2. Родоразрешение при сахарном диабете производят
 - а) при доношенной беременности, если состояние матери и плода удовлетворительное
 - б) преждевременно при декомпенсированном диабете и угрозе здоровью матери и плода
 - в) всеми перечисленными способамиОтвет: 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 беременныхОтвет: 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:

1. Основная литература:

1. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.

2. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
3. 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 профилакт. мед. ФПК и ПП. - Ижевск : ИГМА, 2013. - 92 с.
4. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях –М., 2015.

Код 5.13 Тема Гипоталамический синдром и беременность.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: ознакомить курсантов с гипоталамическим синдромом при беременности, диагностикой и принципами лечения, тактикой ведения беременности.

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:

10. Гипоталамический синдром и беременность.
11. Этиология, патогенез, клиника.
12. Диагностика, лечение. Оценка лабораторных методов диагностики. Оценка данных ультразвуковых методов
13. Течение беременности и родов. Особенности в/у развития плода.
14. Перинатальные осложнения. Интранатальный дистресс плода.
15. Принципы терапии.
16. Родоразрешение.
17. Реабилитация матери и ребенка.
18. Составление индивидуального плана наблюдения во время беременности

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, слайды, мультимедийная установка, истории болезни для разбора.

Краткое изложение материала

Актуальность проблемы. По современным данным у 25 - 72% женщин с гипоталамическим синдромом имеет место бесплодие. Имеющиеся в организме глубокие-эндокринные изменения, ведущие к сложным метаболическим нарушениям, не могут не повлиять на течение беременности и родов, развитие плода и состояние новорожденного, а в последующем и на детей раннего возраста у таких женщин. В свою очередь, беременность и роды ведут к максимальной мобилизации симпаго-адреналовой системы, предъявляя повышенные требования к конституционально неполноценным системам адаптации, тем самым, приводя к усугублению имеющихся нарушений и утяжелению течения гипоталамического синдрома.

Гипоталамический синдром – это сложный симптомокомплекс, который развивается при поражении гипоталамуса и характеризуется эндокринными, вегетативными, обменными и трофическими расстройствами.

В зависимости от преобладания тех или иных признаков заболевания выделяют следующие формы гипоталамического синдрома:

- вегетативно-сосудистая;

- нарушения терморегуляции;
- гипоталамическая (диэнцефальная) эпилепсия;
- нейротрофическая;
- нервно-мышечная;
- нарушение мотивации и влечений (в том числе расстройства сна и бодрствования);
- нейроэндокринные обменные расстройства;
- псевдоневрастическая или психопатологическая.

В течении гипоталамического синдрома выделяют две фазы. В первой фазе происходит нарушение функции яичников, изменяется синтез половых гормонов и факторов роста, нарушается менструальный цикл. Как правило, после снижения массы тела на фоне диеты и/или медикаментозной терапии у женщины восстанавливаются менструальная функция и фертильность. Во второй фазе начинаются морфологические изменения тканей яичника, нарушается процесс овуляции. В дальнейшем хроническая ановуляция приводит к кистозной атрезии фолликулов, гиперплазии клеток теки и стромы, формируется вторичный поликистоз яичников. Поликистозные яичники при гипоталамическом синдроме (по данным ультразвукового исследования) увеличены в размерах, имеют гладкую поверхность, утолщенную капсулу, через которую просвечивают множественные мелкие фолликулы диаметром 2-4 мм.

Беременность и роды у больных с гипоталамическим синдромом протекают с высокой частотой осложнений. Осложненное течение беременности и родов оказывают неблагоприятное влияние на состояние плода и последующее развитие детей у таких пациенток. Эндокринная патология матери также представляет серьезную угрозу для соматического, психического, репродуктивного здоровья детей. Еще внутриутробно плод у больных гипоталамическим синдромом подвергается эндогенному метаболическому стрессу, обусловленному нейроэндокринными нарушениями. Несбалансированность адаптивных реакций обуславливает уязвимость этих детей при родоразрешении. Девочки, рожденные женщинами с гипоталамическим синдромом, достоверно чаще имеют патологию репродуктивной системы.

В результате проведенного занятия курсант должен:

- знать течение гипоталамического синдрома при беременности, диагностику и принципы терапии,
- уметь по результатам клинического течения заболевания поставить диагноз.
- владеть методами ведения беременности и родоразрешения.

Контрольно-измерительные материалы:

Доклады:

7. Гипоталамический синдром и беременность. Тактика ведения, показания к прерыванию беременности.
 8. Тактика родоразрешения при гипоталамическом синдроме.
 9. Состояние новорожденных, родившихся от матерей с гипоталамическим синдромом.
 10. Планирование беременности у больных с гипоталамическим синдромом.
 11. Выбор метода родоразрешения у женщин с гипоталамическим синдромом.
- Дородовое наблюдение. Общие рекомендации.

Рекомендуемая литература:

1.Основная литература:

1. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.
2. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
3. 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 профилактич. мед. ФПК и ПП. - Ижевск : ИГМА, 2013. - 92 с.
4. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях –М., 2015.

Код 5.14 Тема Заболевания щитовидной железы и беременность.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: изучение вопросов патологии щитовидной железы и беременности.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	10
2.	Доклад преподавателя.	60
3.	Контроль знаний.	15
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Вопросы для работы малыми группами:

19. Эпидемиологические данные.
20. Классификация заболеваний щитовидной железы.
21. Скрининг и первичная профилактика.
22. Диагностика.
23. Клиническая картина.
 - Гипотиреоз.
 - Гипертиреоз.
 - Тиреоидиты.
24. Лабораторно-инструментальные исследования.
25. Лечение.

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

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:**Доклады:**

- 1.Классификация заболеваний щитовидной железы.

- 2.Скрининг и первичная профилактика.
- 3.Диагностика заболеваний щитовидной железы во время беременности.
- 4.Клиническая картина.
- 5.Лечение во время беременности.

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 истонченности 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

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература:

1. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.
2. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
3. 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.
4. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях –М., 2015.

Код 5.15 Тема Беременность и и заболевания крови. Анемия беременных (железодефицитная).

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: Овладеть необходимыми знаниями по диагностике, лечению и профилактике анемии у беременных.

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:

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, слайды, контрольные вопросы, мультимедия.

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.
4. 1. Ведение беременности при заболевании анемией.
5. 2. Показания к досрочному прерыванию беременности
6. 3. Тактика ведения беременных с анемиями
7. 4. Ведение послеродового периода

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература:

4. Кулаков В.И., Прилепская В.Н., Радзинский В.Е. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. — М.: ГЭОТАРМедиа, 2006.
5. Савельева Г.М. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии. [±] М.: МИА, 2006.
6. Шехтман, М.М. Руководство по перинатальной патологии у беременных / М.М. Шехтман. — Москва, 2008. — 816с.

Код 5.16 Тема Вирусные заболевания, гепатиты, вирус простого герпеса, вирус папилломы человека, цитомегаловирус и беременность.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: ознакомить слушателей с понятием, этиологией и патогенезом вирусных заболеваний у беременных женщин. Изучить основные пути распространения внутриутробной инфекции. Обозначить алгоритм обследования беременных женщин для выявления инфицирования, выделить пациенток группы риска по внутриутробному инфицированию плода. Лабораторные методы обследования беременных: вирусологический, цитологический, сероиммунологический метод, метод определения вирусного генома, метод выделения культуры возбудителя. Ознакомить с основными возбудителями внутриутробного инфицирования. Принципы лечения и профилактики внутриутробного инфицирования.

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. Понятие, этиология и патогенез вирусных инфекционных заболеваний у беременных женщин.

8. Основные пути распространения внутриутробной инфекции.

9. Алгоритм обследования беременных женщин для выявления инфицирования, выделить пациенток группы риска по внутриутробному инфицированию плода.

10. Лабораторные методы обследования беременных: вирусологический, цитологический, сероиммунологический метод, метод определения вирусного генома, метод выделения культуры возбудителя.

11. Основные виды возбудителей внутриутробного инфицирования: цитомегаловирусная инфекция, герпес, грипп, вирусные гепатиты, вирус Эпштейн-Барр, папилломавирусная инфекция.

12. Принципы лечения и профилактики внутриутробного инфицирования.

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

Краткое изложение материала.

Вирусные инфекционные заболевания у беременных женщин, их понятие, этиология и патогенез. Основные пути распространения внутриутробной инфекции. Алгоритм обследования беременных женщин для выявления инфицирования, выделить пациенток группы риска по внутриутробному инфицированию плода. Основные методы обследования беременных и диагностики инфицирования. Основные вирусные возбудители, вызывающие внутриутробное инфицирование: цитомегаловирусная инфекция, герпес, грипп, вирусные гепатиты, вирус Эпштейн-Барр, ветряная оспа, папилломавирусная инфекция. Принципы лечения и профилактики внутриутробного инфицирования.

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

07. 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

Ответ: в

08. 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

09. 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. 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:

7. Кисина В. И., Забирова К. И. Урогенитальные инфекции у женщин: клиника, диагностика, лечение — М.: МИА, 2005. — С. 280.
8. Кулаков В. И., Прилепская В. Н., Радзинский В. Е. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. — М.: ГЭОТАРМедиа, 2006.
9. Савельева Г. М. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии. [±] М.: МИА, 2006.

Код 5.17 Тема Токсоплазмоз, бруцеллез, лептоспироз, листериоз и беременность.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: ознакомить слушателей с понятием, этиологией и патогенезом токсоплазмоза, бруцеллеза, лептоспироза, листериоза у беременных женщин. Изучить основные пути распространения внутриутробной инфекции. Обозначить алгоритм обследования беременных женщин для выявления инфицирования, выделить пациенток группы риска по внутриутробному инфицированию плода. Лабораторные методы обследования беременных: вирусологический, цитологический, сероиммунологический метод, метод определения вирусного генома, метод выделения культуры возбудителя. Принципы лечения и профилактики токсоплазмоза, бруцеллеза, лептоспироза, листериоза.

План практического занятия

Этапы занятия	Продолжительность (180 мин.)
---------------	------------------------------

5.	Вступительное слово преподавателя.	20
6.	Выступление слушателей.	60
7.	Разбор клинических случаев	80
8.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	20

Вопросы для работы малыми группами:

6. Понятие, этиология и патогенез токсоплазмоза, бруцеллеза, лептоспироза, листериоза у беременных женщин.
7. Основные пути распространения внутриутробной инфекции.
8. Алгоритм обследования беременных женщин для выявления токсоплазмоза, бруцеллеза, лептоспироза, листериоза, выделение пациенток группы риска по внутриутробному инфицированию плода.
9. Лабораторные методы обследования беременных: вирусологический, цитологический, сероиммунологический метод, метод определения вирусного генома, метод выделения культуры возбудителя.
10. Принципы лечения и профилактики внутриутробного инфицирования.

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

Краткое изложение материала.

Токсоплазмоз — широко распространенная зоонозная паразитарная инфекция, характеризующаяся полиморфизмом клинических проявлений и значительной вариабельностью течения процесса: от здорового, бессимптомного носительства до тяжелых, летальных форм болезни.

При беременности, в условиях сниженного иммунитета, наряду с первичным заражением токсоплазмами, опасным является и реактивация паразита (при инфицировании до беременности), что в значительной степени определяет течение и исход беременности.

При выходе токсоплазм из цист происходит диссеминация возбудителей. Их концентрация в тканях ассоциирована со способностью токсоплазм проникать трансплацентарно, что приводит к развитию внутриутробной патологии на любом сроке беременности.

Заражение плода наблюдается у беременных как с первичным инфицированием токсоплазмами, так и реактивацией возбудителя во время беременности у серопозитивных женщин. Поражение плода может возникать на любом сроке гестации, но особую опасность представляет его инфицирование в первом и втором триместрах. При заражении в третьем триместре беременности преобладают бессимптомные формы течения заболевания, а поздние клинические признаки проявляются через месяцы и годы.

Заражение на ранних сроках эмбрио-генеза заканчивается спонтанным выкидышем, мертворождением, вызывает тяжелые нарушения развития — анэнцефалию, анофтальмию, гидроцефалию, гепатоспленомегалию.

Бруцеллез крайне неблагоприятно влияет на течение беременности и на внутриутробный плод (преждевременные роды более чем у 15% больных, самопроизвольный аборт у 10—12%. Внутриутробное заражение плода (о чем свидетельствует выделение культуры бруцелл из его органов) и как следствие аномалии развития (7—8%) и гибель плода (до 15%).

Чем меньше срок от момента заболевания женщины до наступления беременности, тем чаще самопроизвольные аборт и гибель плода (30—40%). У нелеченых имеют место привычные аборт. Бруцеллезная инфекция ведет к гипохромной анемии и нарушению гормонального баланса, снижению количества прогестерона, вызывает глубокие изменения в децидуальной и ворсинчатой оболочках воспалительного и дегенеративного характера, нарушения кровообращения, глубокие изменения в капиллярах, множественные кровоизлияния и дегенеративные изменения в плаценте, что вызывает

преждевременную отслойку последней. Аборту иногда предшествуют скудные кровянистые выделения из матки, в первые дни прерывания беременности головные боли, боли в суставах и мышцах, субфебрильная, а иногда высокая температура. Диагноз устанавливается на основании хорошо собранного анамнеза (контакт с животными, отягощенный акушерский анамнез), клинической картины заболевания.

Лептоспироз – группа инфекционных заболеваний, в том числе синдром Вейла, инфекционная (спирохетозная) желтуха и «собачья» лихорадка, которые вызываются бактериями лептоспирами (*Leptospira bacteria*).

Лептоспироз имеет инкубационный период, который длится от 2 до 20 дней (обычно 7-13). Выделяют две фазы заболевания. Септицемическая фаза начинается внезапным ознобом, лихорадкой, головной болью, сильными мышечными болями. После снижения температуры, на 6-12-й день заболевания, начинается вторая, или иммунная, фаза, совпадающая с появлением в крови специфических антител. Если инфицирование произошло во время беременности, лептоспироз может стать причиной аборта, даже на этапе выздоровления.

Возбудитель листериоза – листерия – аэробная грамположительная палочка, устойчивая во внешней среде, длительно сохраняется в лимфоидной ткани, вызывая рецидивирующие ангины и лимфадениты, почках и мочевыводящих путях, вызывая хронические вялотекущие воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ). Очень часто единственными проявлениями листериоза могут быть «банальные» кольпит и эндоцервит, клинически не отличающиеся от других неспецифических вялотекущих инфекций. При этом пациентки, чаще всего, жалоб не предъявляют. Возможна и бессимптомная форма течения листериоза.

Основная опасность этой распространенной инфекции – трансплацентарное инфицирование плода, следствием чего могут быть:

- тяжелые пороки развития;
- спонтанные аборт;
- привычное невынашивание беременности;
- задержка внутриутробного развития плода;
- преждевременные роды;
- мертворождения;
- тяжелое течение неонатального листериоза у новорожденных.

Высока частота патологического течения беременности даже при бессимптомном течении листериоза или носительстве. При заражении плода рождается мертвый или недоношенный ребенок, который нередко погибает в течение первых 2 недель жизни. При заражении от матери во время родов инкубационный период составляет обычно 1-2 недели. Неонатальный листериоз – тяжелое заболевание с высокой летальностью. Однако и после выздоровления у 15-20% детей сохраняются остаточные явления со стороны нервной системы.

В результате проведенного занятия курсант должен:

- знать течение беременности на фоне токсоплазмоза, бруцеллеза, лептоспироза, листериоза, их диагностику и принципы терапии,
- уметь по результатам клинического течения заболевания поставить диагноз.
- владеть методами ведения беременности и родоразрешения.

Контрольно-измерительные материалы:

Доклады:

1. Ведение беременности при токсоплазмозе, бруцеллезе, лептоспирозе, листериозе.
2. Основные пути распространения внутриутробной инфекции.
3. Алгоритм обследования беременных женщин.
4. Тактика ведения беременных с ВУИ плода.
5. Прогноз для плода при ВУИ.

Тесты:

001. Токсоплазмы при беременности попадают к плоду

- а) трансплацентарно
- б) восходящим путем
- в) верно и то, и другое
- г) ни то, ни другое

Ответ: а

002. 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)

Код 5.18 Тема Аллергические состояния у беременных и гинекологических больных.

Цикл: «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях (ТУ)»

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

Цель: Систематизировать знания по клинике, диагностике и современным методам лечения данной патологии.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Выступление слушателей.	60
3.	Разбор клинических случаев	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Вопросы для работы малыми группами:

- 9. Анафилактический шок. Этиология.
- 10. Диагностика. Клиническая картина.
- 11. Лабораторные и инструментальные исследования.
- 12. Оценка центральной гемодинамики.
- 13. Принципы лечения. Общие противошоковые мероприятия.
- 14. Отдельные методы лечения шока.
- 15. Последствия и осложнения шока.
- 16. Другие виды аллергических реакций.

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

Краткое изложение материала.

Этиология, диагностика и клиническая картина анафилактического шока. Патогенез, стадии. Лабораторные и инструментальные исследования. Оценка центральной гемодинамики. Принципы лечения анафилактического шока. Общие противошоковые мероприятия при развитии анафилактического шока. Отдельные методы лечения анафилактического шока. Последствия и осложнения шока. Другие виды аллергических реакций.

Аллергия – собирательное обозначение различных заболеваний, этиологией которых являются лекарственные препараты, а патогенез — аллергический.

Аллергией называют приобретенную, специфически измененную (извращенную) способность (готовность) организма к реакции, основанную на взаимодействии антигенов (гаптенов) с антителами, но не на фармакологическом действии субстанций. Под последним подразумевается то, что многие лекарственные препараты являются

литераторами эндогенного гистамина и могут вызывать сходные по клинической картине аллергические реакции, не имеющие, однако, иммунного механизма.

Лекарственная аллергия является частным разделом клинической аллергологии, поэтому иммунологические принципы классификации всех аллергических заболеваний приемлемы и к классификации лекарственной аллергии. Хотя и в несколько измененной степени, методы диагностики и терапии лекарственной аллергии едины.

Классификация лекарственной аллергии.

В результате проведенного занятия курсант должен:

- знать течение беременности на фоне токсоплазмоза, бруцеллеза, лептоспироза, листериоза, их диагностику и принципы терапии,
- уметь по результатам клинического течения заболевания поставить диагноз.
- владеть методами ведения беременности и родоразрешения.

Контрольно-измерительные материалы:

Доклады:

3. Какие основные аллергические состояния встречаются при беременности?
4. Тактика при анафилактическом шоке во время беременности.

Рекомендуемая литература:

1.Основная литература:

1. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.
2. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
3. 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.
4. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях –М., 2015.

Код 5.19. Тема. Венерические и урогенитальные заболевания и беременность.

Цикл: «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях (ТУ)»

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

Цель: Информирование слушателей о венерических и урогенитальных заболеваниях у беременных.

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:

9.Понятие, этиология и патогенез венерических и урогенитальных 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, герпес, папилломавирусная инфекция,.
14. Клинические проявления.
15. Принципы лечения и профилактики внутриутробного инфицирования.
16. 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, герпес, папилломавирусная инфекция. Принципы лечения и профилактики внутриутробного инфицирования.

В результате проведенного занятия курсант:

- должен иметь представление об основных венерических и урогенитальных заболеваний у беременных женщин.
- 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

03. 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

04. 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. Ведение беременности при венерических и урогенитальных заболеваниях.
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

10. 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.
11. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.
12. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
13. 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.
14. 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.
15. Полякова, В. А. Современная гинекология / В. А. Полякова. - Тюмень : Изд-во ФГУИПП, 2004. – 608 с.
16. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
17. 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.
18. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.

2. Дополнительная литература

5. 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.
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.
8. 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 5.20. Тема. Экстрагенитальная патология у гинекологических больных.

Цикл: «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях (ТУ)»

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

Цель: Информирование слушателей об экстрагенитальной патологии у гинекологических больных.

План практического занятия

Этапы занятия	Продолжительность
---------------	-------------------

		(90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	10
2.	Выступление слушателей.	30
3.	Разбор клинических случаев	40
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Вопросы для работы малыми группами:

5. Понятие, этиология и патогенез экстрагенитальной патологии у гинекологических больных.
6. Влияние экстрагенитальной патологии на репродуктивную функцию пациенток.
7. Клинические проявления.
8. Принципы лечения и профилактики.

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

Краткое изложение материала.

Успех вмешательства при гинекологических заболеваниях во многом зависит от предоперационной подготовки. Последняя включает обследование больных, клинические, лабораторные, функциональные исследования, коррекцию нарушенных функций организма, улучшение клинического течения сопутствующих заболеваний, определение степени операционного риска, выбор метода премедикации и анестезии.

При наличии хронических экстрагенитальных заболеваний (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, ревматизм, заболевания печени) вопрос о времени операции после проведенного лечения решается вместе с соответствующим специалистом. Выясняют аллергологический анамнез с обязательным уточнением лекарственных средств и продуктов, на которые у больной возникала реакция.

У больных с миомой матки часто развивается железодефицитная анемия, поэтому в качестве предоперационной подготовки назначают оральные препараты железа в течение 1-2 мес до восстановления уровня гемоглобина. При показаниях к срочной операции и наличии выраженной анемии (даже без нарушения гемодинамики), необходимо проведение гемотрансфузии.

При наличии воспалительных заболеваний вен (флебит, тромбофлебит) в пред- и послеоперационном периоде показано применение антикоагулянтов прямого действия (гепарин, фраксипарин, фрагмин, кальципарин). За 2-3 дня до операции антикоагулянтную терапию прекращают. В случаях варикозного расширения вен нижних конечностей показана их компрессия эластичными чулками или бинтами.

Плановую операцию назначают, а уже предназначенную откладывают при острых воспалительных процессах верхних дыхательных путей, внутренних органов, инфекционных поражениях кожи, повышении температуры тела, измененных показателях крови или мочи.

При послеоперационном ведении больных следует учитывать их возраст, соматические заболевания, объем оперативного вмешательства, осложнения во время операции. Критическими являются первые 48-72 ч после операции.

Контрольно-измерительные материалы:

Доклады:

4. Тактика предоперационной подготовки у пациенток с экстрагенитальной патологией при гинекологических операциях.
5. Послеоперационное ведение пациенток с экстрагенитальной патологией.
6. Возможность назначения гормональных препаратов у пациенток с экстрагенитальной патологией.

Рекомендуемая литература

1. Основная литература

9. Акушерство и гинекология : 2006 / гл. ред. В. И. Кулаков. - : Изд-кая группа ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 512 с.
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. 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.
13. Полякова, В. А. Современная гинекология / В. А. Полякова. - Тюмень : Изд-во ФГУИПП, 2004. – 608 с.
14. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
15. 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.
16. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 2012.

2. 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.
6. 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 6.1 Тема Кровотечения во время беременности.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: ознакомить курсантов с диагностикой, тактикой ведения и лечения при кровотечениях во время беременности.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Выступление слушателей.	60
3.	Разбор клинических случаев	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Вопросы для работы малыми группами:

7. Структура акушерских кровотечений на современном этапе.
8. Предлежание плаценты. Миграция плаценты.
9. Группы риска предлежания плаценты.
10. Клиника, диагностика, лечение.
11. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Клиника. Лечение.
12. Дифференциальная диагностика кровотечений при предлежании плаценты, преждевременной ее отслойке и при полипах, эрозиях и злокачественных новообразованиях.

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

Краткое изложение материала.

Основными причинами кровотечений при беременности является предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Кровотечения из половых путей в III триместре беременности наблюдается примерно у 4% беременных. С предлежанием и преждевременной отслойкой плаценты связано 50% кровотечений в III триместре беременности. Прогноз во многом зависит от своевременной диагностики этих осложнений.

Преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты называют частичное или полное отделение нормально расположенной плаценты от стенки матки, произошедшее до рождения плода – во время беременности. Выделяют по степени тяжести легкую, среднюю и тяжелую. Этиология преждевременной отслойки плаценты неизвестна. Считается, что важную роль в патогенезе заболевания играет патология сосудов плаценты. Диагностика: клиническая картина, лабораторные исследования, УЗИ. Тактика ведения при различных степенях тяжести. Сроки и методы родоразрешения. Осложнения. Прогноз: относят к тяжелым акушерским осложнениям. Перинатальная смертность достигает 30%.

Предлежанием плаценты называют ее прикрепление в нижнем маточном сегменте, то есть на пути рождающегося плода. Предлежание плаценты повышает риск тяжелого кровотечения, часто угрожающего жизни беременной. Различают три вида предлежания плаценты: низкое, частичное и полное. Распространенность 1 случай на 200 беременностей. Этиология предлежания плаценты неизвестна. Считается, что основную роль в патогенезе играют изменения эндометрия, связанные с предшествующими родами и абортами, а также нарушение кровоснабжения децидуальной оболочки. Факторы риска. Клиническая картина. Диагностика. Тактика ведения.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-иметь представление об особенностях дифференциальной диагностики и лечебной тактики при кровотечениях во время беременности, в частности при предлежании плаценты, низкой плацентации, преждевременной отслойке плаценты.

-знать особенности лечебной тактики при кровотечениях во время беременности, в частности при предлежании плаценты, низкой плацентации, преждевременной отслойке 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 аборт, 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 аборт 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?

Доклады:

1. Причины кровотечений во время беременности.
2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
3. Современные принципы возмещения кровопотери в акушерстве.
4. Лечение геморрагического шока.
5. Структура акушерских кровотечений во время беременности..
6. Предлежание плаценты. Миграция плаценты.
7. Группы риска на предлежания плаценты.
8. Клиника, диагностика, лечение кровотечения во время беременности..
9. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

Рекомендуемая литература:

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

2.Дополнительная литература:

3. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.
4. 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 6.2 Тема Кровотечение во время родов.

Цикл: «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях (ТУ)»

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

Цель: ознакомить курсантов с диагностикой, тактикой ведения и лечения при кровотечениях во время родов.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	5
2.	Выступление слушателей.	60
3.	Разбор клинических случаев	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Вопросы для работы малыми группами:

6. Причины кровотечений во время родов.
7. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты в I, II периодах родов.
8. Кровотечение в последовом периоде.
9. Нарушения механизма отделения и выделения последа. Клиника, диагностика, лечение.
10. Плотное прикрепление и приращение плаценты. Клиника, диагностика, лечение.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедиа, оверхед, слайды, транспарация.

Краткое изложение материала.

Основными причинами кровотечений в родах является преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, нарушение отделения плаценты и выделения последа. Другие причины акушерских кровотечений: предлежание сосудов, кровотечения из шейки матки, полипы шейки матки, кровянистые выделения из половых путей в первом периоде родов, травма наружных половых органов или влагалища.

Преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты называют частичное или полное отделение нормально расположенной плаценты от стенки матки,

произошедшее до рождения плода – в первом или втором периоде родов. Встречается приблизительно в 1 случае на 100 родов. Выделяют по степени тяжести легкую, среднюю и тяжелую. Этиология преждевременной отслойки плаценты неизвестна. Считается, что важную роль в патогенезе заболевания играет патология сосудов плаценты. Диагностика: клиническая картина, лабораторные исследования, УЗИ. Тактика ведения при различных степенях тяжести. Сроки и методы родоразрешения. Осложнения. Прогноз: относят к тяжелым акушерским осложнениям. Перинатальная смертность достигает 30%.

Нарушение отделения плаценты возможно при патологическом прикреплении плаценты, гипотонии матки и аномалиях, особенностях строения и прикреплении плаценты к стенке матки. К патологическому прикреплению плаценты относят: плотное приращение плаценты, приращение плаценты к мышечному слою, врастание плаценты в мышечный слой и прорастание плаценты. Диагностика приращения плаценты возможна при УЗИ. При плотном приращении плаценты возможно ручное отделение плаценты, а при врастании ворсин хориона невозможно ее отделение от стенок матки и приходится удалять матку вместе с врастшей плацентой.

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

Доклады:

1. Врачебная тактика при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты в I, II периодах родов.
2. Причины и патогенез массивных кровотечений. Методы лечения (перевязка магистральных сосудов и др.).
3. Реабилитация женщин, перенесших массивную кровопотерю в родах.
4. Группы риска на кровотечение в послеродовом периоде.
5. Клиника, диагностика, лечение.
6. Плотное прикрепление и приращение плаценты. Клиника, диагностика, лечение.

Рекомендуемая литература:

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

2.Дополнительная литература:

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

4. 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 6.3 Тема Кровотечение в раннем и позднем послеродовых периодах.

Цикл: «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях (ТУ)»

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

Цель: ознакомить курсантов с диагностикой, тактикой ведения и лечения при кровотечениях в раннем и позднем послеродовых периодах.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (135 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	15
2.	Выступление слушателей.	35
3.	Разбор клинических случаев	70
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	15

Вопросы для работы малыми группами:

8. Кровотечения в раннем послеродовом периоде.
9. Причины возникновения кровотечений в раннем послеродовом периоде.
10. Задержка частей последа в полости матки.
11. Гипо- и атоническое кровотечение - клиника, диагностика, лечение (консервативное, оперативное). Группы риска. Профилактика.
12. Поздние послеродовые кровотечения. Диагностика, лечение.
13. Современные принципы возмещения кровопотери в акушерстве.
14. Лечение геморрагического шока.

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

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.

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).

В результате проведенного занятия курсант должен:

-иметь представление об особенностях дифференциальной диагностики и лечебной тактики при кровотечениях в послеродовом и раннем послеродовом периодах.

-знать особенности лечебной тактики при кровотечениях в послеродовом 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

1. Причины кровотечений в раннем и позднем послеродовом периодах.

2. Особенности клинической картины.
3. Тактика врача при кровотечениях в раннем и позднем послеродовом периодах.
4. Группы риска на кровотечение в послеродовом периодах.
5. Гипо- и атоническое кровотечение- клиника, диагностика, лечение (консервативное, оперативное). Группы риска. Профилактика.
6. Поздние послеродовые кровотечения. Диагностика

Рекомендуемая литература:

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

2.Дополнительная литература:

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 6.4 Тема Шоки и терминальные состояния в акушерстве и гинекологии.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: Систематизировать знания курсантов по основным теоретическим вопросам патогенеза, клиники, диагностики, лечения терминальных состояний в акушерстве и гинекологии. Шоки.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (225 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	20
2.	Выступление слушателей.	95
3.	Разбор клинических случаев	90
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	20

Вопросы для работы малыми группами:

14. Этиология.
15. Геморрагический шок.
16. Септический шок.
17. Диагностика. Клиническая картина.
18. Лабораторные и инструментальные исследования.
19. Оценка центральной гемодинамики.
20. Принципы лечения. Общие противошоковые мероприятия.
21. Катетеризация подключичных вен.

22. Вопросы переливания препаратов крови.
23. Отдельные методы лечения шока. Геморрагический шок: гипертонический солевой раствор, пневматический противошоковый костюм, кровезаменители.
24. Послеродовые кровотечения: консервативное лечение, хирургическое лечение: перевязка магистральных артерий, перевязка внутренних подвздошных артерий, экстирпация матки, селективная эмболизация артерий малого таза.
25. Септический шок – нормализация ОЦК и АД, выявление очага инфекции, эмпирическая антимикробная терапия, лечение осложнений.
26. Последствия шока.

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

Краткое изложение материала.

Геморрагический шок. Патогенез, стадии. Способы определения величины кровопотери. Интенсивная терапия кровопотери в постреанимационном периоде в зависимости от стадии. Характеристика нового класса плазмозаменителей препаратов оксиэтилированного крахмала и трониксамовой кислоты, использующих при лечении кровопотери. Предоперационная подготовка компонентов крови. Показания к аутодонорству. Интраоперационная реинфузия крови. Противопоказания. Терминальные состояния, обусловленные эмболиями в системе легочной артерии: тромбоэмболия, эмболия околоплодными водами, воздушная эмболия. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика. Анафилактический шок. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика.

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 свежеситратную 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.
4. Геморрагический шок Диагностика. Клиническая картина
5. Группы риска на кровотечение в родах и послеродовом периодах.

Рекомендуемая литература:

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

2.Дополнительная литература:

7. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.
8. 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 7.1. Тема Рвота беременных.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: ознакомить слушателей с ранним токсикозом (рвотой беременных).

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 для работы малыми группами:

6. Основные клинические формы рвоты беременных.
7. Этиология, теории развития раннего токсикоза.
8. Клиническая картина и степени тяжести рвоты беременных.
9. Диагностика и дифференциальная диагностика рвоты беременных.
10. Лечение рвоты беременных. Показания для госпитализации в стационар. Показания для прерывания беременности.

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

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.

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 гестозов.
3. Особенности течения и ведения беременности у женщин с ранним гестозом.
4. Лечение ранних гестозов.
5. Немедикаментозные методы лечения рвоты беременных.

Рекомендуемая литература:

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

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.

Код 7.2. Тема Преэклампсия. Эклампсия.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: Освоить современные принципы диагностики, лечения, профилактики преэклампсии, эклампсии.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (180 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	20
2.	Выступление слушателей.	70
3	Разбор клинических случаев	75
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	15

Вопросы для работы малыми группами:

12. Этиопатогенез преэклампсии. Понятие о преэклампсии как синдроме полиорганной недостаточности.
13. Классификация преэклампсии по МКБ 10.
14. Клинические формы преэклампсии: преэклампсия средней, тяжелой степени, эклампсия и атипические формы - HELLP синдром, острый жировой гепатоз.
15. Клинические критерии преэклампсии различной степени тяжести и эклампсии.
16. Критерии оценки степени тяжести преэклампсии. Показания к госпитализации.
17. Комплексная терапия.
18. Группы гипотензивных препаратов, применяемых при лечении гестозов.
19. Терапия каждой клинической формы.
20. Акушерская тактика.
21. Влияние преэклампсии на исходы для матери и плода.
22. Эклампсия. Неотложная помощь, акушерская тактика.

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

Краткое изложение материала.

Патогенез преэклампсии. Понятие о преэклампсии как синдроме полиорганной недостаточности. Классификация преэклампсии по МКБ 10. Клинические формы преэклампсии: преэклампсия средней, тяжелой степени, эклампсия и атипические формы - HELLP синдром, острый жировой гепатоз. Клинические критерии преэклампсии различной степени тяжести и эклампсии. Критерии оценки степени тяжести преэклампсии. Показания к госпитализации. Комплексная терапия. Группы гипотензивных препаратов, применяемых при лечении преэклампсии. Терапия каждой клинической формы. Акушерская тактика. Влияние преэклампсии на исходы для матери и плода. Профилактика. Эклампсия, критерии диагностики, неотложная помощь, акушерская тактика.

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) тромбосана

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 голеней. 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

Доклады:

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:

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

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

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

17. 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.

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

19. 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.

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

21. 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.

22. Гайсин И. Р. Лечение сердечно-сосудистых заболеваний у беременных женщин : учеб. пособие.- Ижевск: ИГМА, 2005.

23. 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.

24. Фирулёв Л. В. Протокол интенсивной терапии эклампсии и эклампсической комы : метод. рек. – Ижевск, 2005.

Код 8.1. Тема Нейрогуморальная регуляция репродуктивной системы.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: ознакомить курсантов с особенностями строения органов репродуктивной системы, а так же с функционированием нейроэндокринной системы гипоталамус–гипофиз–яичники–матка, диагностикой нарушений уровней регуляции.

План практического занятия

Этапы семинарского занятия	Продолжительность (90 мин)
1. Вступительное слово преподавателя.	20
2. Выступление слушателей.	30
3. Разбор клинических случаев	30
4. Подведение итогов и заключительное слово	10

Вопросы для работы малыми группами:

5. Морфофункциональная нейроэндокринная система гипоталамус–гипофиз–яичники–матка в регуляции репродуктивной функции женщины.
6. Менструальный цикл.
7. Шеечный и влагалищный циклы.
8. Диагностика нарушений уровней регуляции

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

Краткое изложение материала

Иерархический принцип организации. Уровни регуляции РС. Стероидпродуцирующие ткани женского организма. Механизм действия половых гормонов. Аденогипофиз. Механизм действия гонадотропных гормонов. Гипофизотропная зона гипоталамуса. Цирхоральный принцип регуляции. Экстрагипоталамические структуры. Понятие нейротрансмиттера. Взаимодействие РС с тиреоидной и адреналовой системами. Формирование ГГЯ системы. Особенности функционирования ГГЯ системы в детстве, подростковом периоде и периоде половой зрелости. Три фазы пубертата. Особенности формирования вторичных половых признаков. Циклические изменения в органах РС.

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) антепонирующим
- 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. 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:

12. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
13. 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.
14. Гинекология : новейший справочник / авт. Н. А. Татарова и др.; под общ. ред. Л. А. Сулопарова. - : Эксмо, 2007. - 688 с.
15. Гинекология по Эмилю Новаку : пер. с англ. / Под ред.: Дж. Берека, И. Адаши, П. Хиллард ; - М.: Практика, 2002. - 896 с.
16. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
17. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
18. Сметник, В. П. Неоперативная гинекология : рук. для врачей / В. П. Сметник, Л. Г. Тумилович. - 3-е изд., перераб. и доп. - : МИА, 2005. - 632 с.
19. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.

20. Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.

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

22. Полякова, В. А. Современная гинекология / В. А. Полякова. - Тюмень : Изд-во ФГУИПП, 2004. – 608 с.

Код 8.2. Тема Расстройство менструальной функции.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: освоить методы диагностики лечения и профилактики ювенильных маточных кровотечений. Систематизировать знания курсантов по основным теоретическим вопросам патогенеза, клиники, диагностики, лечения маточных кровотечений с учетом возраста больной.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	20
2.	Выступление слушателей.	30
3.	Разбор клинических случаев	30
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Вопросы для работы малыми группами:

13. Этиология и патогенез ЮМК.
14. Клинические формы ЮМК.
15. Дифференциальный диагноз, методы обследования.
16. Принципы лечения ЮМК.
17. Неотложная помощь.
18. Этиология, патогенез маточных кровотечений репродуктивного возраста.
19. Клинические формы маточных кровотечений репродуктивного возраста.
20. Диагностика и дифференциальная диагностика маточных кровотечений репродуктивного возраста и перименопаузального периода.
21. Медикаментозная терапия маточных кровотечений репродуктивного возраста.
22. Гормональная гемостатическая терапия.
23. Неотложная помощь при маточных кровотечениях репродуктивного возраста.
24. Показания к оперативному лечению.

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

Краткое изложение материала.

Определение понятия. Частота. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Дифференциальная диагностика. Этиопатогенетическая терапия. Реабилитация. Прогноз. «Ювенильные кровотечения являются дисфункциональными маточными кровотечениями, возникающими в период становления менструальной функции. В последние годы прослеживается четкая тенденция к увеличению числа больных с нарушением менструальной функции. Рассматриваются основные этиологические факторы заболевания, патогенез, клинические формы ювенильного кровотечения, дифференциальный диагноз, а также лечение. В лечении выделяют два этапа оказания помощи. Первый этап – мероприятия направленные на лечение в период кровотечения. Второй этап – профилактика рецидивов кровотечения, нормализация функции

гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. Выделены вопросы гормональной гемостатической терапии хирургического лечения. Рассматриваются основные принципы подбора терапии для каждой клинической формы больных».

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:

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

Задача №1.

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

Личный анамнез: девочка родилась от первой беременности, возраст матери 23года. 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 14лет 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 гомогенная, эндометрий толщиной 0,4см. Правый яичник – положение типичное, размеры 3,5×1,9см; V = 7,3см³ (N). Эхоструктура –

мультифолликулярная. Левый яичник – положение типичное. Размеры $3,6 \times 1,9 \text{ см}$; $V = 7,7 \text{ см}^3$ (N).

Мочевой пузырь без особенностей.

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

30/X – 02г. ФСГ – $6,9 \text{ мМЕ/мл}$

ЛГ – $3,52 \text{ мМЕ/мл}$

на 8 й день менструального цикла.

13/XI – 02г. – пролактин $382,0 \text{ мМЕ/мл}$

прогестерон $5,36 \text{ мМЕ/мл}$

на 20 й день менструального цикла

Общий осмотр: пропорционального телосложения, удовлетворительного питания.

Рост – 153 см .

Рост мамы – 168 см .

Вес – 48 кг .

отца – 172 см .

Окружность груди – 68 см . Ширина плеч – $34,5 \text{ см}$.

Ширина бедер – $30,0 \text{ см}$. Длина ног – 81 см .

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

Морфограмма соответствует возрасту девочки 14 лет.

ИМТ = 20.

Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Волосы по женскому типу.

Половая формула $Ax_2 Ma_2 P_{v3} Me_2 = 8,3$ – соответствие 14 годам.

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

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

Задачи:

5. Предварительный диагноз.
6. Определить уровень поражения.
7. Дополнительные методы обследования.
8. Лечение и прогноз.

Задача № 2.

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: Амбула прямой кишки свободна. Матка $1,5 \times 1,3 \times 0,7 \text{ см}$., цилиндрической формы. Эндометрий не визуализируется. М-эхо отсутствует. Левый яичник $1,3 \times 0,9 \times 1,2$. Соединительная ткань определяются единичные премордиальные фолликулы.

Правый яичник $1,6 \times 1,0 \times 1,3$ 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 – $7,1 \text{ МЕ/л}$; E_2 – 68 моль/л . ЛГ – $6,6 \text{ МЕ/л}$.

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:

5. Предварительный диагноз.
6. Какие еще методы исследования можно провести.
7. Лечение.
8. Прогноз репродуктивного здоровья.

Задача №3.

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 метроррагический синдром.

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

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

Ваш диагноз? Тактика ведения.

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.
7. Этиология, патогенез ювенильных маточных кровотечений.
8. Клинические проявления ювенильных маточных кровотечений.
9. Дифференциальная диагностика ювенильных маточных кровотечений.
10. Алгоритм обследования при ювенильных маточных кровотечениях.
11. Неотложная помощь при ювенильных маточных кровотечениях.
12. Этиология, патогенез маточных кровотечений репродуктивного возраста.

Рекомендуемая литература:

12. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
13. 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.
14. Гинекология : новейший справочник / авт. Н. А. Татарова и др.; под общ. ред. Л. А. Суслопарова. - : Эксмо, 2007. - 688 с.
15. Гинекология по Эмилю Новаку : пер. с англ. / Под ред.: Дж. Берека, И. Адаши, П. Хиллард ; - М.: Практика, 2002. - 896 с.
16. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.

17. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
18. Сметник, В. П. Неоперативная гинекология : рук. для врачей / В. П. Сметник, Л. Г. Тумилович. - 3-е изд., перераб. и доп. - : МИА, 2005. - 632 с.
19. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.
20. Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.
21. Гилязутдинов, И. А. Нейроэндо-кринная патология в гинекологии и акушерстве : рук. для врачей / И. А. Гилязутдинов, З. Ш. Гилязутдинова. –М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 416 с.
22. Полякова, В. А. Современная гинекология / В. А. Полякова. - Тюмень : Изд-во ФГУИПП, 2004. – 608 с.

Код 8.3. Тема Нейроэндокринные гинекологические синдромы.

Цикл: «Эндокринология в акушерстве и гинекологии» с курсом "бесплодия».

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

Цель: обучить слушателей знаниям по этиологии, клинике, диагностике и лечению нейроэндокринных гинекологических синдромов.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (180 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	20
2.	Выступление слушателей.	30
3.	Разбор клинических случаев	30
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Вопросы для работы малыми группами:

10. Первичная гиперпролактинемия. Вторичная гиперпролактинемия.
11. Формы синдрома гиперпролактинемии.
12. Классификация гиперандрогении.
13. Группы влияния андрогенов на организм девушки-подростка.
14. Гиперандрогения надпочечникового генеза.
15. Нарушение биосинтеза ферментов в надпочечнике на всех этапах выработки гормонов. Аденогенитальный синдром.
16. Первичные поликистозные яичники.
17. Вторичные поликистозные яичники.
18. Этиология, патогенез СПКЯ.

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

Проблема гиперпролактинемии стала интереснейшим направлением в гинекологической эндокринологии и в эндокринологии человека в целом. Причинами

патологической гиперпролактинемии является избыточный синтез пролактина при гиперфункции гипофиза, гипоталамо-гипофизарная недостаточность по типу синдрома Шиена, нарушение функции гипоталамуса, аденомы гипофиза, гормонально-неактивные опухоли гипоталамуса, воспалительные заболевания гипоталамо-гипофизарной системы, акромегалия и синдром Иценко-Кушинга. Вторичная гиперпролактинемия наблюдается при различных эндокринных заболеваниях, применении КОК и ВМС, различных лекарственных средств, гормонов, а также при патологии печени, почек, поджелудочной железы.

Гиперандрогения надпочечникового происхождения. Определение понятия. Частота. Патогенез. Клиника. Диагностика. Методика ведения больных с гиперандрогенией надпочечникового происхождения. Проблемы лечения. Восстановление репродуктивной функции.

Определение понятия. Частота. Патогенез. Клиника. Диагностика. Методика ведения больных с СПКЯ. Проблемы лечения. Восстановление репродуктивной функции. Синдром поликистозных яичников встречается у 7,5% девушек. Данный синдром рационально подразделять на два типа. Первому типу относятся девушки с нормальной массой тела, отсутствием резистентности к инсулину, высоким уровнем ЛГ, повышенным содержанием андрогенов. Второму типу свойственны: ожирение, резистентность к инсулину, повышение ЛГ, значительная гиперандрогения.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-иметь представление об этиологии, патогенезе, клинической картине и врачебной тактики при нейроэндокринных гинекологических синдромах.

-знать алгоритм обследования при нейроэндокринных гинекологических синдромах; алгоритм диагностики различных видов гиперандрогении,

-уметь вести беременность при нейроэндокринных гинекологических синдромах, диагностировать и назначить лечение; проводить реабилитацию и профилактику.

Контрольно-измерительные материалы:

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, строме, 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 гипофункции коры надпочечников характерно

- 1) повышение либидо
 - 2) гирсутизм
 - 3) гипертрихоз
 - 4) гипертензия
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 1, 2
 - в) все перечисленное
 - г) верно 4
 - д) ничего из перечисленного

Ответ: д

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

Задача №1.

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:

3. Ваш предварительный диагноз
4. Каковы дальнейшие методы обследования и лечения.

Задача №2.

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.

Ma₀ Ax₂ P₂ Me₀.

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 эндцермального синуса, неклассифицируемой опухоли полового тяжа и стромы, хорионкарциномы.

После операции проведено 3 курса химиотерапии.

Вопросы:

3. Тактика дальнейшего ведения больной.
4. Адаптация к социальной жизни.

Задача №3.

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 28лет). Беременность по словам матери была без особенностей. Роды IV срочные в переднем виде затылочного предлежания. Масса тела при рождении 3350г., рост 51см. 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: Денсиметрия. 11.01.2001г. Заключение: Костный возраст 8 лет (паспортный 10 лет 10мес.)

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

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

Анализ тонкослойной хронотогаммы.

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

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

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

Гинеколог. При осмотре девочки обнаружено отсутствие развития вторичных половых признаков. Половая формула Ma₀ Ax₀ P_{в0} Me₀.

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

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 19.09.02г.

Матка визуализируется в виде тяжа размерами 20 × 9 × 13мм. 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 × 9мм и 14 × 9мм. Фолликулярный аппарат не визуализируется. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Заключение: Генитальный инфантилизм.

Мазок влагалищного содержимого 19.09.02г.:

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

Кровь на гормоны 24.09.02г.

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

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

Заключение: Гипоплазия турецкого седла.

Задача №4.

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 Ma₁. Оволосение отсутствует. Менархе отсутствует Ma₁ Ax₀ Pв₀ Me₀.

Была консультирована следующими специалистами:

1. Эндокринолог: диагноз: Иценко-Кушнга? 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:

4. Диагноз?
5. Дополнительные методы обследования?
6. Прогноз в отношении репродуктивной функции?

Вопросы:

4. Каков предварительный диагноз?
5. Какие исследования еще можно провести?
6. Какой прогноз в отношении репродуктивной функции?

Доклады:

1. Клиника гиперандрогении
2. Диагностика гиперандрогении.
3. Принципы терапии гиперандрогении.
4. Особенности течения и ведения беременности при гиперандрогении.
5. Определение транзиторного юношеского дизэнцефального синдрома.
6. Этиопатогенез нейроэндокринного юношеского синдрома.
7. Гиперпролактинемия и нарушения репродуктивной функции.
8. Первичная гиперпролактинемия.
9. Вторичная гиперпролактинемия.
10. Дифференциальная диагностика гиперандрогений.
11. Общие принципы и основные направления лечения заболеваний, проявляющихся гиперандрогенией.
12. Этиопатогенез СПКЯ.
13. Клинические проявления СПКЯ.
14. Дифференциальная диагностика гиперандрогений.
15. Общие принципы и основные направления лечения заболеваний, проявляющихся гиперандрогенией.

Список литературы:

12. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
13. 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.
14. Гинекология : новейший справочник / авт. Н. А. Татарова и др.; под общ. ред. Л. А. Сулопарова. - : Эксмо, 2007. - 688 с.
15. Гинекология по Эмилю Новаку : пер. с англ. / Под ред.: Дж. Берека, И. Адаши, П. Хиллард ; - М.: Практика, 2002. - 896 с.
16. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
17. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
18. Сметник, В. П. Неоперативная гинекология : рук. для врачей / В. П. Сметник, Л. Г. Тумилович. - 3-е изд., перераб. и доп. - : МИА, 2005. - 632 с.
19. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.
20. Тумилович, Л. Г. Справочник гинеколога-эндокринолога / Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - Изд. 2-е доп. и перераб.. - М. : Практ. мед., 2010. - 206 с.
21. Гилязутдинов, И. А. Нейроэндо-кринная патология в гинекологии и акушерстве : рук. для врачей / И. А. Гилязутдинов, З. Ш. Гилязутдинова. –М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 416 с.
22. Полякова, В. А. Современная гинекология / В. А. Полякова. - Тюмень : Изд-во ФГУИПП, 2004. – 608 с.

Код 9.1 Тема Септические заболевания в акушерстве. Перитонит после кесарева сечения. Акушерский сепсис. Раневая инфекция.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: Унифицировать знания курсантов по проблеме лечения послеродовых септических заболеваний

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	10
2.	Выступление слушателей.	30
3.	Разбор клинических случаев	45
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Вопросы для работы малыми группами:

14. Исторический экскурс проблемы.
15. Изменение этиологии послеродовых инфекционных заболеваний в современном акушерстве.
16. Классификация.
17. Клиника, диагностика, причины проникновения, лечение и профилактика инфекционных осложнений первого этапа.
18. Послеродовый эндометрит (группы риска, причины, клиника, диагностика, лечение).
19. Акушерский перитонит(этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение).
20. Бактериальный шок (стадии бактериального шока, клиника, акушерская тактика и организация неотложных мероприятий, принципы антибактериальной терапии, объем оперативных вмешательств. Инфузионно-трансфузионная терапия.
21. Инфекционные осложнения после операции кесарева сечения.
22. Эндометрит после кесарева сечения.
23. Перитонит после кесарева сечения.
24. Несостоятельность швов на матке.
25. Нагноение послеоперационной раны.
26. Лактационный мастит (этиология, клиника, диагностика, профилактика, показания к оперативному и консервативному лечению).

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

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.

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 родильницы

- 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

Доклады:

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.
5. Клиника, диагностика, причины инфекционных осложнений первого этапа.
6. Послеродовый эндометрит (группы риска, причины, клиника, диагностика, лечение).

Рекомендуемая литература:

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. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
4. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
5. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.
6. 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:

1. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.
2. 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.
3. 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

Код 9.2 Тема Воспалительные заболевания половых органов.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: ознакомить курсантов с особенностями воспалительных заболеваний наружных женских половых органов, тактикой лечения.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (135 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	15
2.	Выступление слушателей.	50
3.	Разбор клинических случаев	60
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Вопросы для работы малыми группами:

8. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний наружных женских половых органов.

9. Методы диагностики: клинические, лабораторные.
10. Особенности клиники вульвита, бартолинита.
11. Этиопатогенетическое лечение. Принципы антибактериальной терапии.
12. Симптоматическая терапия.
13. Оперативные методы лечения.
14. Реабилитация.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедийная установка, презентация, истории болезни для разбора.

Краткое изложение материала.

Женщины с ВЗОМТ составляют 60–65% всех гинекологических больных, обратившихся в женские консультации, и 30% — всех, направленных на стационарное лечение. Характерной особенностью является увеличение страдающих воспалительными заболеваниями пациенток в возрасте до 30 лет. Особенности воспалительных заболеваний половых органов на современном этапе, эпидемиология. Пути распространения инфекции, факторы, способствующие инфицированию и возникновению воспалительных заболеваний внутренних половых органов. Воспалительные заболевания внутренних женских половых органов. Клиника, диагностика, лечение. Принципы лечения. 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

Доклады:

1. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний внутренних женских половых органов.

2. Методы диагностики: клинические, лабораторные.

3. Этиопатогенетическое лечение. Принципы антибактериальной терапии.

4. Симптоматическая терапия. Реабилитация. 1.

5. Оперативные методы лечения.

6. Реабилитация.

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 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 полубморочное состояние. Температура тела 36,8°C. 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.**

4. Больная Х. 25 лет (27.04.1977г.)

Жалобы: обратилась по поводу возможности наступления беременности.

Анамнез жизни: 25 лет, вес – 48,5кг. Родилась 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 10половых 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 Х – 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/Х – 89г. – Пиовариум. Множественные фолликулярные кисты. Симптом Штейна – Левенталья.

Проведенное обследование:

- 7) 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.
- 8) УЗИ ЖКТ: Желчекаменная болезнь.
- 9) РЭГ: Сосудистый тонус без выраженных изменений.
- 10) ЭЭГ: Биоэлектрическая активность головного мозга без существенной патологии. Параксизмов, очаговости и эпилепсических комплексов нет.
- 11) 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).
- 12) Rg – рафия брюшной полости без патологии.

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

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

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

Вредные привычки отрицает.

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

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

Общий осмотр:

Рост – 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.

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

Половая формула:

$$\text{Ma} + \text{P} + \text{Ax} + \text{Me} = 1,2 \times 4 + 0,3 \times 3 + 0,4 \times 3 + 2,1 \times 3 = 4,8 + 0,9 + 1,2 + 6,3 = 13,2$$
 – 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 молочно-белого 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:

- 7) Полный анализ крови – в пределах норма.
- 8) Мазок на б/с от 14.11.02 – лейкоциты – 10 – 15, эпителий 5 – 8, флора – кокковая обильная, trich. – не обнаружены, gp – не обнаружены.
- 9) ПИФ мазок на хламидии – не найдена от 3.11.02.
- 10) ПИФ мазок на микоплазмы – получен рост уреаплазм в титре $< 10^4$ от 4.12.02.
- 11) 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.
- 12) 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:

3. Дальнейшая тактика.

4. Оценить врачебную тактику до момента обращения больной.

Рекомендуемая литература:

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. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
4. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
5. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.
6. 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:

1. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.
2. 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.
3. 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

Код 9.3 Тема Септические заболевания в гинекологии

Цикл: «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях (ТУ)»

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

Цель занятия: Унифицировать знания курсантов по проблеме лечения септических заболеваний в гинекологии

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (135 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	15
2.	Выступление слушателей.	50
3.	Разбор клинических случаев	60
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	10

Вопросы для работы малыми группами:

5. Этиология и патогенез перитонита.
6. Классификация перитонита.
7. Клиническая картина перитонита.
8. Лечение перитонита.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедийная установка, презентация, 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, снeгнойная палочка и протей. 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) цефопорина
- 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

Доклады:

1. Перитонит в гинекологии.
2. Осложнения после операций в гинекологии.
3. Сепсис.
4. Этиология и патогенез септических заболеваний в гинекологии.
5. Классификация. Клиническая картина септических заболеваний в гинекологии.
6. Лечение септических заболеваний в гинекологии.

Рекомендуемая литература:

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. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
4. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
5. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.

6. 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:

1. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.
2. 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.
3. 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

Код 9.4 Тема Септические заболевания в акушерстве. Лактационные маститы.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: ознакомить слушателей с современными представлениями о диагностике и лечении лактационного мастита.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (45 мин.)
4.	Вступительное слово преподавателя.	5
5.	Выступление слушателей.	15
6.	Разбор клинических случаев	20
7.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	5

Вопросы для работы малыми группами:

6. Определение. Диагностика.
7. Факторы риска.
8. Возбудители.
9. Профилактика и лечения.
10. Осложнения.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, оверхед, транспарации, истории болезни для разбора.

Краткое изложение материала.

Распространенность мастита, патогенез, классификация, факторы риска, возбудители, клиника. Микробиологические исследования, УЗИ. Консервативное лечение, оперативное лечение. Реабилитация. Прогноз. Профилактика мастита в условиях женской консультации, родильного дома, детской поликлиники.

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.

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) ниже-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

Доклады:

4. Причины возникновения лактационного мастита.

5. Профилактика лактационного мастита.

6. Лечение лактационного мастита.

Рекомендуемая литература:

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

4. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб. пособие / под ред. В. Е. Радзинского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
5. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практик. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.
6. 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:

1. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.
2. 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.
3. 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

Код 10.1. Тема Профилактика развития опухолей репродуктивной системы.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: ознакомиться с современными представлениями о диагностике и лечении лактационного мастита.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	5
2.	Выступление слушателей.	60
3.	Разбор клинических случаев.	20
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	15

Вопросы для работы малыми группами:

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 целевые группы населения, назначать вакцины против папилломавируса — вакцины против цервикального рака: терапевтические и профилактические вакцины

Контрольно-измерительные материалы:

Доклады:

3. Современные методы диагностики фоновых заболеваний шейки матки.

4. Алгоритм обследования и лечения патологии шейки матки в зависимости от возраста.

Рекомендуемая литература:

1. Основная литература:

2. Бохман, Я. В. Руководство по онкогинекологии / Я. В. Бохман. - СПб : ООО Изд-во Фолиант, 2002. – 542 с.

2.Дополнительная литература:

2. Винокуров, В. Л. Рак яичников : закономерности метастазирования и выбор адекватного лечения больных / В. Л. Винокуров. - СПб : Фолиант, 2004. - 336 с.

Код 10.2. Тема Доброкачественные и пограничные опухоли.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: ознакомить слушателей с этиологией, патогенезом, современными методами диагностики и лечения женщин с пограничными опухолями яичников.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (135 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	15
2.	Выступление слушателей.	60
3.	Разбор клинических случаев.	45

4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	15
----	---	----

Вопросы для работы малыми группами:

5. Этиология. Патогенез. Классификация.
6. Клиника. Диагностика пограничных опухолевидных форм.
7. Принципы лечения.
8. Реабилитация. Диспансерное наблюдение.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, overhead, видеофильмы, истории болезни, контрольные вопросы.

Краткое изложение материала.

Классификация (МКБ-Х). Международная классификация: опухоли эпителиальные, опухоли стромы полового тяжа, герминогенные, гонадобластомы, неклассифицируемые. Опухолевидные образования: фолликулярные кисты, киста желтого тела, эндометриозидные, простые, воспалительные, параовариальные. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика кист и кистом (УЗИ, компьютерная томография, ЯМР, лапароскопия). Лечение опухолей яичника (оперативное), опухолевидных образований и кист (оперативное, консервативное).

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

Продление диагностики и лечения больных женщин с доброкачественными и пограничными опухолями женских половых органов продолжает оставаться чрезвычайно актуальной в связи с высокой частотой данной патологии. Дифференциальные диагностические методы исследования у женщин с этими заболеваниями включают в себя: УЗИ, МРТ, определение онкомаркеров, лапароскопия. Хирургическое лечение доброкачественных и пограничных опухолей женских половых органов в настоящее время преимущественно лапароскопическое, которое является более экологически выгодным и операцией выбора у больных в репродуктивном возрасте. Реабилитация больных включает в себя: физиотерапевтическое воздействие (лазер, озон, магнитное поле), системной энзимотерапии, иммуномодулирующей. В зависимости от вида патологии - КОК прогестагены, агонисты, ГРГ и другие. Методы вспомогательных репродуктивных технологий.

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

- В. Снижение числа сексуальных партнеров
 - С. Барьерные методы контрацепции
 - Д. Отказ от вредных привычек
4. Возраст начала скрининга согласно рекомендациям для проведения профилактических программ в России:
 - А. 18 лет
 - В. 21 год
 - С. 25 лет
 - Д. 30 лет
 5. Возраст, в котором нецелесообразно продолжать скрининг согласно рекомендациям для проведения профилактических программ в России:
 - А. 60 лет
 - В. 65 лет
 - С. 70 лет
 - Д. 75 лет
 6. Интервалы при проведении скрининга
 - А. Каждые 3-5 лет
 - В. Не реже 1 раза в 3 года
 - С. Каждые 3 года у женщин моложе 50 лет и каждые 5 лет у женщин в возрасте 50-65 лет
 - Д. Не рекомендуется в любом возрасте
 7. Где выявляется ВПЧ?
 - А. В биоптате эпителия
 - В. В соскобе эпителия
 - С. В крови
 - Д. В нервных ганглиях
 8. Назовите гены ВПЧ, обладающие непосредственным трансформирующим потенциалом?
 - А. E1, E2
 - В. E4
 - С. E5, E6, E7
 - Д. L1, L2
 9. Назовите наиболее онкогенные типы ВПЧ
 - А. 6,11,42,43,44
 - В. 31,33,35,51,52,58
 - С. 16,18
 10. ВПЧ инфицирует клетки
 - А. Базального слоя
 - В. Парабазального слоя
 - С. Промежуточного слоя
 - Д. Поверхностного слоя
 11. Клинически малозначимая вирусная нагрузка (ВПЧ)
 - А. Вирусная нагрузка менее 1 lg на 10^5 клеток
 - В. Вирусная нагрузка менее 3 lg на 10^5 клеток
 - С. Вирусная нагрузка более 3 lg на 10^5 клеток
 - Д. Вирусная нагрузка более 5 lg на 10^5 клеток
 12. Повышенное количество вируса (ВПЧ)
 - А. Вирусная нагрузка менее 1 lg на 10^5 клеток
 - В. Вирусная нагрузка менее 3 lg на 10^5 клеток
 - С. Вирусная нагрузка более 3 lg на 10^5 клеток
 - Д. Вирусная нагрузка более 5 lg на 10^5 клеток

13. Какое снижение вирусной нагрузки является динамическим маркером транзиторной 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. Псориазические 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
 - 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
 - E. Атипичные клетки занимают верхние 2/3 толщины эпителия
- 26. Гистологическая картина CIN III
 - 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
 - E. Атипичные клетки занимают верхние 2/3 толщины эпителия
- 27. Назовите нормальные кольпоскопические картины
 - A. Пунктация
 - B. Цилиндрический эпителий
 - C. Нормальная зона трансформации
 - D. Ороговевшие железы
 - E. Многослойный плоский эпителий
- 28. Назовите аномальные (атипические) кольпоскопические картины
 - A. Ороговевшие железы
 - B. Атипические сосуды
 - C. Ацетобелый эпителий
 - D. Пунктация
 - E. Мозаика
- 29. Перечислите достоинства кольпоскопии.
 - A. Неспецифичность метода
 - B. 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 атипичически 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 лубрикантов, 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, желательна 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 атипичически измененного эпителия
 - В. Цитотоксические препараты
 - С. Иммунокорректирующие средства
 - Д. Фотодинамическую терапию
 - Е. Препараты, действующие на репликацию, транскрипцию и трансформацию ДНК ВПЧ
33. Назовите деструктивные методы лечения
- А. Электротерапия
 - В. Криодеструкция
 - С. Лазероапоризация
 - 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:
- 6,11
 - 16,18
 - 31,35
 - 42,43
38. Показания для назначения вакцины Гардасил
- Дети и подростки в возрасте от 9 до 17 лет
 - Девочки до начала половой жизни
 - Молодые женщины в возрасте от 18 до 26 лет
 - Юноши и девушки в возрасте от 9 до 26 лет
39. Рекомендуемый курс вакцинации состоит из:
- 1 дозы
 - 2 доз и проводится по схеме (0-2 мес)
 - 3 доз и проводится по схеме (0-2-6 мес)
 - 4 доз и проводится по схеме (0-2-4-6 мес)
40. Перспективы развития проблемы папилломавирусной инфекции
- Дальнейшее изучение, улучшение и внедрение в практику профилактических и терапевтических вакцин
 - Изучение роли молекулярных биомаркеров
 - Изобретение и внедрение в практику противовирусных препаратов
 - 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

Задача №1.

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 R= 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 №2.

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

Анамнез: наследственность неотягощена

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 №3.

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, аборт-3, менструальный цикл не нарушен, менструации регулярные.

Объективные данные: наружные половые органы развиты правильно. Уретра и бартолиниевые 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.

Доклады:

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 – аблацию 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:

2. Бохман, Я. В. Руководство по онкогинекологии / Я. В. Бохман. - СПб : ООО Изд-во Фолиант, 2002. – 542 с.

2.Дополнительная литература:

2. Винокуров, В. Л. Рак яичников : закономерности метастазирования и выбор адекватного лечения больных / В. Л. Винокуров. - СПб : Фолиант, 2004. - 336 с.

Код 10.3. Тема Злокачественные опухоли.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: рассмотреть вопросы и освоить теорию возникновения злокачественных заболеваний женских половых органов, клинику, диагностику, лечение.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (135 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателя.	15
2.	Выступление слушателей.	60
3.	Разбор клинических случаев.	45
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	15

Вопросы для работы малыми группами:

5. Диагностика, клинические проявления:
 - a. Рак наружных половых органов.
 - b. Рак шейки матки. Пути распространения.
 - c. Рак тела матки.
 - d. Саркома матки.
 - e. Трофобластическая болезнь.
 - f. Рак яичников.
 - g. Дисгормональные заболевания молочных желез.
6. Лечение.
7. Профилактика.
8. Прогноз.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, видеофильмы, истории болезни, контрольные вопросы.

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. Ag — 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. 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.

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

Задача №1.

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, рвоту 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°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. вя полость матки заполнена эхомассой. Соева гигантская многокамерная киста с разрастаниями на перегородках. В правом подреберье свободная жидкость.

Ваш диагноз? Тактика ведения.

Доклады:

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:

2. Бохман, Я. В. Руководство по онкогинекологии / Я. В. Бохман. - СПб : ООО Изд-во Фолиант, 2002. – 542 с.

2.Дополнительная литература:

2. Винокуров, В. Л. Рак яичников : закономерности метастазирования и выбор адекватного лечения больных / В. Л. Винокуров. - СПб : Фолиант, 2004. - 336 с.

Код 10.4. Тема Дисгормональные заболевания молочных желез.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: ознакомить курсантов с клиникой, диагностикой и лечением гиперпластических процессов молочной железы.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	5
2.	Выступление слушателей.	40
3.	Разбор клинических случаев.	30
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	15

Вопросы для работы малыми группами:

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.
15. Факторы, определяющие частоту рака молочной железы.
16. Фоновые заболевания молочной железы и группы риска.
17. Клинические формы рака молочной железы.
18. Пути своевременного и раннего выявления рака молочной железы.

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 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.

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

Доклады:

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:

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

2. Дополнительная литература:

- 5 Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
- 6 Уварова Е.В. Детская и подростковая гинекология. – М., 2012.
- 7 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.
- 8 Кокрановское руководство. - Москва, 2010.

Код 11.1 Тема. Острый живот при кровотечении в брюшную полость.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: ознакомить с дифференциальной диагностикой «острого живота» при кровотечении в брюшную полость, лечебной тактикой и реанимационными мероприятиями.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	5
2.	Выступление слушателей.	40
3.	Разбор клинических случаев.	30
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	15

Вопросы для работы малыми группами:

1. Этиология. Патогенез.
2. Клиника.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Лечение.
5. Особенности в зависимости от нозологической формы.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедиа, презентация.

Краткое изложение материала.

Внематочная беременность — имплантация оплодотворённого яйца вне полости матки. Эпидемиология, терминология, классификация (МКБ-10). Этиология внематочной

беременности (воспалительные заболевания внутренних половых органов, внутриматочная контрацепция, реконструктивно-пластические операции на маточных трубах, индукторы овуляции, нарушения синтеза простагландинов, гормональные контрацептивы и др.). Клиника и диагностика прогрессирующей трубной беременности, прерывания внематочной беременности ("трубный аборт", разрыв маточной трубы). Редкие формы внематочной беременности (яичниковая, шеечная, в роге матки, интралигаментарная, брюшная и др.). Инструментальные методы диагностики внематочной беременности (брюшностеночная и трансвагинальная эхография; определение уровня хорионического гонадотропина (ХГ), β -ХГ с помощью радиоиммунологического анализа (РИА); фактор ранней беременности (ФРБ), который является первым лабораторным признаком наступившей беременности; биопсия эндометрия). Лапароскопия, как заключительный этап диагностического поиска.

Алгоритм обследования при подозрении на эктопическую беременность: клиничко-анамнестический, трансвагинальное УЗИ, кульдоцентез, гистероскопия и диагностическое выскабливание матки, определение β -ХГ в плазме крови, диагностическая лапароскопия.

Показания для пельвископии.

Лечение (эндохирургическое и медикаментозное). Оценка кровопотери. Интраоперационная реинфузия крови. Инфузионная терапия. Борьба с геморрагическим шоком. Медикаментозное лечение трубной беременности (метатрексат, RU-486, сульпростон и др.).

Профилактика повторной внематочной беременности.

Апоплексия яичника. Эпидемиология. Профилактика. Скрининг. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Показания к госпитализации. Консервативная терапия. Хирургическое лечение. Дальнейшее ведение.

Перфорация матки. Эпидемиология. Профилактика. Скрининг. Классификация. Полный. Неполный. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Методы лечения. Дальнейшее ведение.

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

Задача №1.

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 дополнился 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 Т 37°C

Женщина вновь на скорой помощи была направлена в дежурную гинекологию.

Задача №2.

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?

Ваш диагноз? Тактика ведения.

Доклады:

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.

Вопросы для контроля:

1. Какие основные клинические признаки внематочной беременности?
2. Классификация внематочной беременности.
3. Алгоритм обследования при внематочной беременности.
4. Тактика лечения внематочной беременности.

Рекомендуемая литература:

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. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
4. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
5. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.
6. 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:

1. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.
2. 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 11.2 Тема. Острый живот при воспалении половых органов.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: ознакомить с дифференциальной диагностикой «острого живота» при воспалении половых органов, лечебной тактикой и реанимационными мероприятиями.

План практического занятия

Этапы занятия		Продолжительность (90 мин.)
1.	Вступительное слово преподавателей.	5
2.	Выступление слушателей.	40
3.	Разбор клинических случаев.	30
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	15

Вопросы для работы малыми группами:

5. Основные причины острого живота при воспалении половых органов: пиосальпинкс, пиовар, tuboовариальные образования; пельвиоперитонит; перитонит.
6. Определение tuboовариальной гнойной опухоли. Этиология, патогенез. клиника. Диагностика. Ультразвуковые методы исследования. Дифференциальная диагностика. Особенности лечения. Показания к хирургическому лечению. Реабилитация.
7. Общие сведения о пельвиоперитоните, определение, классификация. Клиника пельвиоперитонита. Диагностика пельвиоперитонита. Лечение пельвиоперитонита
8. Понятие гинекологического перитонита. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика с хирургической патологией. Лечение. Реабилитация.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедиа, презентация.

Краткое изложение 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. Дренаж 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

Доклады:

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

Задача №1.

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.

Вопросы для контроля:

4. Какие основные клинические признаки tuboовариального образования?
5. Алгоритм обследования при tuboовариальном образовании.
6. Тактика лечения tuboовариального образования.

Рекомендуемая литература:

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. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
4. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
5. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.
6. 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:

1. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.
2. 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 11.3. Тема. Острый живот при нарушении кровоснабжения органов малого таза и опухолей.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: 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.	5
2.	Выступление слушателей.	40
3.	Разбор клинических случаев.	30
4.	Подведение итогов и заключительное слово преподавателя.	15

Вопросы для работы малыми группами:

- 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, телевизов, видеоманитофон, 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.**

Доклады:

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:

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. Акушерство от десяти учителей : учеб.пособие: Пер. с англ. /под В. Н. Серова.- М.: МИА, 2004
4. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб.пособие /под ред. В. Е. Радзинского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
5. Цвелев, Ю. В. Ургентная гинекология : Практ. руководство для врачей / Авт.: Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. - СПб : Фолиант, 2004. - 384 с.
6. 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:

1. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия: М.: издательство журнала Status Praesens, 2012. — 688с.
2. 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 12.1 Тема Внутренний эндометриоз.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: Дать новые знания о природе эндометриоза. Систематизировать знания по клинике, диагностике и современным методам лечения данной патологии. Уметь использовать теоретические знания по вопросу консервативных методов лечения внутреннего эндометриоза.

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 для работы малыми группами:

7. Клиническая картина внутреннего 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 занятий: учебная аудитория, мультимедиа.

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.

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:

Основная литература:

7. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
8. Дополнительная литература:
9. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН,

- 2011.
10. Уварова Е.В. Детская и подростковая гинекология. – М., 2012.
 11. 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.
 12. Кокрановское руководство. - Москва, 2010.

Код 12.2. Тема Наружный эндометриоз.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: Дать новые знания о природе эндометриоза. Систематизировать знания по клинике, диагностике и современным методам лечения наружного эндметриоза. Уметь использовать теоретические знания по вопросу консервативных методов лечения эндометриоза.

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 для работы малыми группами:

7. Клиническая картина наружного 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 занятий: учебная аудитория, мультимедиа, презентация.

Краткое изложение материала.

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 наружном эндометриозе. Систематизировать знания по клинике, диагностике и современным методам лечения данной патологии.
- уметь** по результатам клинического течения заболевания, лабораторной диагностике поставить диагноз.
- владеть** методами лечения наружного эндометриоза.

Контрольно-измерительные материалы

Контрольные вопросы:

1. Назовите факторы риска наружного эндометриоза?
2. Назовите наиболее информативный УЗ-признак ?
3. Что характерно для клинической картины наружного эндометриоза?

4. Назовите «золотой стандарт» диагностики эндометриоза.
5. Какой метод лечения эндометриоза наиболее эффективен?

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

7. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
8. Дополнительная литература:
9. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
10. Уварова Е.В. Детская и подростковая гинекология. – М., 2012.
11. 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.
12. Кокрановское руководство. - Москва, 2010.

Код 12.3. Тема Экстрагенитальный эндометриоз.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: Дать новые знания о природе эндометриоза. Систематизировать знания по клинике, диагностике и современным методам лечения данной патологии. Уметь использовать теоретические знания по вопросу консервативных методов лечения эндометриоза.

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 для работы малыми группами:

5. Клиническая картина экстрагенитального эндометриоза
6. Диагностика.
7. Лечение.
8. Прогноз.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедиа, презентация.

Краткое изложение материала.

Эндометриоз – доброкачественное заболевание, характеризующееся разрастанием вне полости матки ткани, имеющей морфологическое сходство с эндометрием и подвергающийся циклическим изменениям соответственно менструальному циклу. Эндометриоз наблюдают у 10-50% женщин репродуктивного возраста, диагностируют при лапароскопии у 21% женщин с бесплодием. При сборе анамнеза необходимо обращать внимание на 1) возраст, 2) данные семейного анамнеза, 3) возраст менархе, 4) становление менструальной функции, 5) беременности (аборты, самопроизвольные выкидыши), 6) перенесенные гинекологические (особенно воспалительные) и экстрагенитальные заболевания, 7) характер и эффективность проводимого ранее лечения. Симптомы эндометриоза при экстрагенитальной локализации эндометриоидных имплантов:

- половые органы – дисменорея, боли в нижней части живота, области таза и пояснично-крестцовой области, бесплодие, нерегулярность менструаций.
- желудочно-кишечный тракт – тенезмы и ректальные кровотечения, связанные с менструальным циклом; диарея, обструкция толстой кишки.
- мочевыделительная система – гематурия и боли, связанные с менструальным циклом; обструкция мочеточника.
- хирургические рубцы, пупок – боли и кровоточивость, связанные с менструальным циклом.
- легкие – кровохарканье, связанное с менструальным циклом.

Лабораторные исследования: УЗИ органов малого таза (предпочтительно ТВС), кольпоскопия, гистероскопия, гистеросальпингография, КТ и/или МРТ, диагностическая лапароскопия. Цели лечения – удаление очагов эндометриоза, купирование клинической симптоматики и восстановление репродуктивной функции, а также профилактика рецидивов. Медикаментозные методы лечения представляют собой гормональную терапию. Выбор ЛС и методика их применения зависят от возраста больной, локализации и степени распространения эндометриоза, переносимости лекарственных средств, наличия сопутствующей гинекологической и соматической патологии. Назначают: КОК (Марвелон, Силест, Фемоден, Регулон, Ярина, Жаннин), Агонисты Гн-РГ (Бусерелин, Гозерелин, Трипторелин), антагонисты гонадотропных гормонов (Даназол, Гестринон), Прогестагены (Медروксипрогестерон, Дидрогестерон). Показания к госпитализации: выраженный болевой синдром, не купирующийся пероральным введением ЛС; разрыв эндометриоидной кисты; плановое хирургическое лечение.

В результате проведенного занятия курсант должен:

- знать новые данные о наружном эндометриозе. Систематизировать знания по клинике, диагностике и современным методам лечения данной патологии.
- уметь по результатам клинического течения заболевания, лабораторной диагностике поставить диагноз.
- владеть методами лечения наружного эндометриоза.

Контрольно-измерительные материалы:

Контрольные вопросы:

1. Назовите факторы риска экстрагенитального эндометриоза?
2. Назовите наиболее информативный УЗ-признак ?
3. Что характерно для клинической картины экстрагенитального эндометриоза?
4. Какой метод лечения эндометриоза наиболее эффективен?

Доклады:

1. Диагностика экстрагенитального эндометриоза.
2. Принципы лечения экстрагенитального эндометриоза

Рекомендуемая литература:

Основная литература:

7. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
8. Дополнительная литература:
9. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
10. Уварова Е.В. Детская и подростковая гинекология. – М., 2012.
11. 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.
12. Кокрановское руководство. - Москва, 2010.

Код 13.1. Тема Эндокринное бесплодие.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: ознакомить с диагностикой и лечением эндокринного фактора бесплодия.

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 для работы малыми группами:

1. Бесплодие гипоталамо-гипофизарного генеза.
Гиперпролактинемия.
Клиника, диагностика, лечение.
Аменорея (гипоталамная, гипофизарная).
2. Бесплодие яичникового генеза.
6. Синдром склеро-поликистозных яичников (клиника, диагностика, лечение).
3. Дисгинезия гонад.
4. Синдром гиперстимуляции яичников. Эндоскопические методы лечения.

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. Иммунологическое бесплодие. Обследование бесплодных пар. Искусственное инсеминация. Экстракорпоральное оплодотворение. Синдром гиперстимуляции яичников.

В результате проведенного занятия курсант должен:

-знать диагностику и лечение эндокринного, трубного и перитонийного 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 XO

д) уровня эстрадиола, соответствующего таковому в пролиферативной фазе нормального менструального цикла

Ответ: г

Задача №1.

Больная Т. 1.09.1968г.

Жалобы: на отсутствие менструации в течение 10 лет 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 60 лет – заболевание легких. Старшие сестры здоровы.

Возраст 34 года, рост 150 см, вес – 40 кг. 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:

$Ma\ 1,2 + Pв \times 0,3 + Ax \times 0,4 + Me \times 2,1$

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

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:

5. Ваш диагноз.
6. Этиология.
7. Врачебная тактика.
8. Прогноз репродуктивной функции.

Задача №2.

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

Анамнез жизни: Родилась от 1 беременности, 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 эупараунии. Функция соседних органов в норме.

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

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

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

Дополнительные методы исследования:

УЗИ – матка 2,0 × 1,2 × 2,0см, миометрий не изменен, расположен обычно. Эндометрий не определяется. Левый яичник 1,3 × 0,8см, объем 0,43см³, правый яичник 1,6 × 0,8см, объем 0,56см³.

Заключение: выраженная гипоплазия гениталий (III ст.),

УЗИ щитовидной железы – без патологии.

МРТ головного мозга и шейного отдела позвоночника – снижена высота дисков С₄–6.

Заключение: начальные признаки остеохондроза.

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

Гипоталамический синдром. Остеопороз.

РЭГ – гипертонический тип. РЭГ с достаточным полушарным и 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:

5. Уровень поражения репродуктивной системы.
6. Диагноз.
7. Тактика ведения.
8. Лечение.

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:

Основная литература:

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

7. Дополнительная литература:

8.

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

9. 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.

10. Кокрановское руководство. - Москва, 2010.

Код 13.2. Тема Трубный фактор в бесплодии.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: ознакомить с диагностикой и лечением трубного и перитонеального фактора бесплодия.

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 для работы малыми группами:

1. Трубный фактор в бесплодии.
 7. Клиника, методы диагностики.
 8. Цервикогистосальпингоофария, рентгенотелевизионная.
 9. Лапароскопия с хромогидротубацией.
 10. Методы лечения.
6. Пороки развития труб. Лапароскопия.
- 7 Функциональное трубное бесплодие.
- 8 Перитонеальный фактор бесплодия.
 - Клиника, диагностика.
 - Цервикогистосальпингоофария, рентгенотелевизионная.
 - Лапароскопия.
 - Методы лечения.

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

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.

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 шеечного 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.

Основная литература:

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

7. Дополнительная литература:

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

9. 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.

10. Кокрановское руководство. - Москва, 2010.

Код 13.3. Тема Маточный фактор в бесплодии.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: ознакомить с диагностикой и лечением маточного фактора бесплодия.

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 для работы малыми группами:

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

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.

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:

Основная литература:

6. Гинекология: учебник / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000с.
7. Дополнительная литература:
8. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
9. 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.
10. Кокрановское руководство. - Москва, 2010.

Код 15.1 Тема Методы искусственного прерывания беременности. Преимущества медикаментозного аборта.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: Систематизировать знания курсантов по основным методикам производства аборта. Безопасные технологии.

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 для работы малыми группами:

6. Определение аборта.
 1. Медицинские и социальные показания.
 2. Выбор метода.
 3. Прерывание беременности до 12 недель.
 4. Прерывание беременности после 12 недель.
7. Хирургические методы: вакуум-аспирация, выскабливание полости матки, интравагинальное или интраамниальное введение различных средств, гистеротомия.
8. Медикаментозное прерывание беременности.
9. Осложнения. Лечение осложнений.
10. Контрацепция после аборта.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, мультимедийная установка, презентация, истории болезни для разбора.

Краткое изложение материала.

Определение. Репродуктивные права женщины. Абсолютные и относительные медицинские показания. Социальные показания. Выбор метода в зависимости от срока беременности. Прерывание беременности до 12 недель: вакуум-аспирация, выскабливание полости матки. Прерывание беременности после 12 недель: интравагинальное или интраамниальное введение различных средств. Хирургические методы: гистеротомия.

Медикаментозное прерывание беременности, преимущества метода. Осложнения аборта: перфорация, инфекция. Лечение осложнений. Реабилитационные мероприятия. Контрацепция после аборта.

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.

Доклады:

4. Виды абортов.
5. Особенности медикаментозного аборта.

6. Профилактика осложнений после аборта.

Рекомендуемая литература:

1.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.
3. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
4. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: 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.
6. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.

2.Дополнительная литература:

- 3.Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
- 4.Руководство по контрацепции / под ред. В.Н. Прилепской. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 456с.

Код 15.2 Тема Гормональная контрацепция. Экстренная контрацепция.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель занятия: ознакомить слушателей с современными аспектами гормональной контрацепции. Использование экстренной контрацепции.

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 для работы малыми группами:

Вопросы для работы малыми группами

10. Фармакокинетика современных гормональных контрацептивов.
11. Фармакодинамика.
12. Классификация.
13. Консультирование.
14. Правила приема.
15. Побочные эффекты и осложнения.
16. Абсолютные и относительные противопоказания. Классы приемлимости ВОЗ.
17. Другие гормональные контрацептивы (инъекционные, норплант, ВМС).
18. Экстренная контрацепция.

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

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?

Доклады:

5. Консультирование.

6. Возможные побочные эффекты и осложнения.
 7. Классы приемлимости ВОЗ.
 8. Виды гормональной контрацепции.
5. Особенности назначения гормональных контрацептивов в различных возрастных группах у женщин.

Рекомендуемая литература:

1. 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.
3. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
4. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: 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.
6. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.

2. Дополнительная литература:

1. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
2. Руководство по контрацепции / под ред. В.Н. Прилепской. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 456с.

Код 15.6. Тема Выбор метода контрацепции в разных возрастных группах, у женщин с экстрагенитальной патологией. Медицинские критерии приемлемости использования методов контрацепции.

Цикл «Экстрагенитальная патология при беременности и гинекологических заболеваниях».

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

Цель: Унифицировать знания курсантов по современным методам контрацепции с учетом экстрагенитальных заболеваний. Изучить медицинские критерии приемлемости использования методов контрацепции.

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 для работы малыми группами:

5. Контрацепция в раннем и позднем репродуктивном периодах.
6. Современные методы планирования семьи.
7. Абсолютные и относительные противопоказания для гормональной контрацепции. Новые критерии ВОЗ использования гормональной контрацепции.
8. Дифференцированное назначение контрацептивов с учетом соматической и гинекологической патологии.

Перечень оборудования и методического оснащения занятий: учебная аудитория, оверхед, транспарации, истории болезни для разбора.

Краткое изложение материала.

Наиболее правильным во всех цивилизованных странах мира считается предохранение от беременности с помощью различных контрацептивных средств и методик. Несмотря на их разнообразие, многие из них имеют определенные показания, противопоказания и недостатки. Существуют определенные требования, предъявляемые к противозачаточным средствам: высокая эффективность, достигающая 97-98%, безвредность для здоровья мужчины и женщины и их будущих поколений, быстрое восстановление детородной функции после отмены контрацептива, удобство в употреблении, поддержание комфорта в интимной жизни, доступность и низкая стоимость.

Возрастной аспект назначения различных методов контрацепции. Контрацепция в подростковом и позднем репродуктивном периодах. Особенности контрацепции при некоторых видах соматической патологии (сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, патология печени и почек, экстрагенитальные опухоли, эпилепсия). Применений контрацептивов с учетом гинекологической патологии (миома матки, патология шейки матки, ВЗОТ).

В период выполнения генеративной функции рекомендованы следующие контрацептивные средства и методики предохранения от беременности: физиологический метод, барьерные средства, гормональная оральная контрацепция комбинированными средствами, предпочтительнее 2- и 3-фазными, ВМС; после рождения последнего планируемого ребенка может использоваться помимо других средств контрацепции хирургическая стерилизация; в предменопаузальном периоде предпочтительнее рекомендовать гормональные методы и средства с содержанием только прогестагенов; а в постменопаузальном периоде в связи с редким наступлением беременности по выбору женщины.

Овладение умениями и практическими навыками:

Врач должен знать и уметь:

Показания и противопоказания для назначения различных видов контрацепции,

Возрастные особенности женщин для назначения различных видов контрацепции,

Владеть методами контрацепции у женщин с различным экстрагенитальными заболеваниями.

Контрольно-измерительные материалы:

Вопросы к обсуждению:

1. Современная контрацепция.
2. Новые критерии ВОЗ использования контрацепции.
3. Современные виды барьерных и прочих методов контрацепции.
4. Особенности контрацепции в зависимости от возраста больной.
5. Побочные эффекты методов контрацепции.
6. 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:

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.
3. Практическая гинекология : (клинич. лекции) / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. - 3-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 736 с.
4. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: 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.

6. Тихомиров, А. Л. Практическая гинекология : рук. для врачей / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. - М. : МИА, 2009. - 430 с.

2.Дополнительная литература:

1. Репродуктивное здоровье / Под редакцией В.Е. Радзинского. - М., Изд. РУДН, 2011.
2. Руководство по контрацепции / под ред. В.Н. Прилепской. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 456с.