

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет: лечебный

Кафедра акушерства и гинекологии, медицинской генетики



УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе д. м. н, проф.

И.Е. Мишина

« 5 » июня 2020 г.

Рабочая программа производственной практики

**Клиническая практика
«Акушерско-гинекологическая»**

Уровень высшего образования: специалитет

Квалификация выпускника – врач-лечебник

Направление подготовки (специальность) 31.05.01 «Лечебное дело»

Тип образовательной программы: программа специалитета

Направленность (специализация): Лечебное дело

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 6 лет

Иваново, 2020 г.

I. ТИП ПРАКТИКИ, СПОСОБ И ФОРМА ЕЕ ПРОВЕДЕНИЯ

Производственная практика: Клиническая практика «Акушерско-гинекологическая».

Способ проведения практики – стационарная, выездная

Форма проведения - дискретная

ЦЕЛИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

Цель клинической производственной практики (ПП) «Клиническая практика «Акушерско-гинекологическая»:

- получение первичных профессиональных умений и навыков диагностики и ведения физиологической беременности, лечения и профилактики наиболее распространенных осложнений беременности, родов и послеродового периода;
- получение первичных профессиональных умений и навыков диагностики, лечения и профилактики наиболее распространенных гинекологических заболеваний;
- формирование целостного представления об организации работы врача акушерско-гинекологического стационара;

ЗАДАЧИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

К основным задачам обучения относятся:

- формирование и совершенствование умений, практических навыков клинического и лабораторно-инструментального обследования беременных, рожениц, родильниц и гинекологических больных;
- формирование у студентов основ клинического мышления (комплекса методических приемов и умственных операций, используемых врачом для выполнения его профессиональной деятельности), навыков правильного формулирования клинического диагноза;
- формирование умений по определению тактики ведения беременных, рожениц и родильниц, лечению основных осложнений беременности, родов и послеродового периода;
- формирование умений по определению тактики ведения гинекологических больных и лечению основных гинекологических заболеваний;
- формирование умений по диагностике и оказанию врачебной помощи при неотложных состояниях при беременности, в родах, послеродовом периоде и гинекологических заболеваниях;
- формирование приверженности к соблюдению профессиональной врачебной этики и деонтологии;
- формирование умений проведения профилактической и санитарно-просветительной работы

2. ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

Компетенции обучающегося, формируемые в результате прохождения практики:

1. **ОПК – 6** – готовность к ведению медицинской документации;
2. **ПК – 5** – готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-

анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания;

3. **ПК – 6** – способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра;
4. **ПК – 8** – способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами;
5. **ПК – 9** – готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара;
6. **ПК – 11** – готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
7. **ПК – 12** – готовность к ведению физиологической беременности, приему родов;
8. **ПК – 20** – готовность к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины.

ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

№ п/п	Осваиваемые компетенции	Перечень практических навыков в рамках умений, владений	Число повторений
1	ОПК 6	<p>Уметь: заполнять основные разделы диспансерной карты беременной, истории родов, истории болезни гинекологической больной: жалобы, данные анамнеза заболевания, анамнеза жизни, физикального обследования пациента, дневниковые записи, эпикриз;</p> <p>выделять группы риска на возникновение осложнений во время беременности, родов и послеродовом периоде</p> <p>Владеть: алгоритмом оформления диспансерной карты беременной, истории родов, истории болезни гинекологической больной – оформить академическую историю болезни или родов в соответствии с планом написания истории болезни или родов</p>	10-12 10-12 10-12
2	ПК 5	<p>Уметь: собрать и оценить анамнез: социальный; биологический; генеалогический, акушерско-гинекологический, выявить факторы риска;</p>	12-16

	провести наружное акушерское исследование (4 приёма Леопольда-Левицкого, фетометрия, пельвиометрия, аускультация сердцебиения плода);	12-16
	провести клиническое обследование гинекологической больной;	12-16
	провести на фантоме гинекологическое исследование пациентки	6-8
	осмотреть на фантоме шейку матки при помощи зеркал.	6-8
	взять на фантоме мазки из уретры и половых путей для проведения бактериологического исследования.	6-8
	взять на фантоме мазки с шейки матки для проведения цитологического исследования.	6-8
	провести на фантоме диагностику и лечение гинекологических заболеваний у девочек	4-6
	провести осмотр молочных желез;	12-16
	оценить выявленные изменения со стороны органов репродуктивной системы;	12-16
	составить план параклинического обследования беременных и гинекологических больных с учетом выявленных изменений;	12-16
	оценить результаты лабораторных методов исследования:	
	1) общих анализов крови и мочи;	12-16
	2) биохимического анализа крови:	10-12
	- общий белок и С-реактивный белок;	10-12
	- печеночный комплекс (общий белок, холестерин, общий билирубин и его фракции, тимоловая проба, АЛТ, АСТ, ЩФ);	5-6
	- почечный комплекс (общий белок, мочевины, креатинин, электролиты- калий, кальций, натрий, хлор);	2-3
	3) пуринового обмена (мочевая кислота), содержания сахара, сывороточного железа,	2-3
	4) мочи на желчные пигменты, уробилин, диастазу,	12-16
	5) гемостазиограмму (время свертывания крови, АЧТВ, МНО, протромбиновый индекс, длительность кровотечения),	6-8
	6) тесты функциональной диагностики гинекологической больной;	6-8
	7) гормональные исследования (хорионический гонадотропин, эстрогены, прогестерон, ФСГ, ЛГ);	6-8
	8) обследование на внутриутробные инфекции;	4-6
	оценить результаты инструментальных методов диагностики:	
	- УЗИ;	15-20
	- КТГ;	12-16
	- вагиноскопии, кольпоскопии, гистеросальпингографии, гистероскопии, лапароскопии;	5-6
	- гистологического исследования биопсии шейки матки и соскобов эндометрия;	5-6

		<p>Владеть: алгоритмом физикального обследования беременной и гинекологической больной;</p> <p>методами оценки выявленных изменений со стороны органов репродуктивной системы;</p> <p>алгоритмом параклинического обследования больной при основных заболеваниях в акушерстве и гинекологии;</p> <p>оценкой результатов дополнительных (лабораторных и инструментальных) методов обследования при работе с больной.</p>	<p>12-16</p> <p>12-16</p> <p>12-16</p> <p>12-16</p>
3	ПК 6	<p>Уметь: выделить основные симптомы и синдромы клинической картины гинекологических заболеваний и акушерской патологии при решении ситуационных задач, разборе клинических ситуаций;</p> <p>сформулировать предварительный диагноз и клинический диагноз при наиболее распространенных гинекологических заболеваниях и акушерской патологии в ходе разбора клинических ситуаций</p> <p>Владеть: оценкой симптомов и синдромов клинической картины основных гинекологических заболеваний и акушерской патологии при работе с пациенткой;</p> <p>алгоритмом постановки предварительного и клинического диагнозов при основных гинекологических заболеваниях и акушерской патологии при работе с больной</p>	<p>12-16</p> <p>12-16</p> <p>12-16</p> <p>12-16</p>
4	ПК 8	<p>Уметь диагностировать клиническую картину и выявлять особенности течения беременности и возможные осложнения на фоне наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп;</p> <p>диагностировать различные гинекологические заболевания, используя методы непосредственного исследования беременных и гинекологических больных, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования женщин (включая эндоскопические, рентгенологические методы, ультразвуковую диагностику);</p> <p>Владеть алгоритмом ведения беременности при нормальном и осложненном ее течении; тактикой ведения женщин с различными гинекологическими заболеваниями</p>	<p>12-16</p> <p>12-16</p> <p>12-16</p>
5	ПК 9	<p>Уметь назначить этиологическую, патогенетическую и посиндромную терапию при воспалительных и невоспалительных заболеваниях женских половых органов;</p> <p>назначить медикаментозную терапию при беременности (гипертензивные расстройства, ФПН, невынашивание, гипоксия плода, задержка роста плода);</p> <p>подобрать метод контрацепции</p>	<p>12-16</p> <p>12-16</p> <p>6-8</p>

		определить показания для плановой госпитализации пациенток Владеть основными принципами ведения и лечения пациенток с различными нозологическими формами акушерской патологии и гинекологических заболеваний в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	4-6 12-16
6	ПК 11	Уметь: выявлять симптомы и синдромы состояний, требующих экстренного медицинского вмешательства (при разборе клинических ситуаций и решении ситуационных задач); назначать и оценивать результаты лабораторных и инструментальных методов, необходимых для диагностики неотложных состояний в акушерстве и гинекологии; оказать неотложную помощь в акушерстве и гинекологии (при решении ситуационных задач и разборе клинических ситуаций): - маточном кровотечении; - тяжелых формах гипертензивных расстройств; - аномалиях родовой деятельности; - внематочной беременности, - острых воспалительных заболеваниях; - сформулировать показания к операции кесарева сечения Владеть: методами экстренной диагностики неотложных состояний в акушерстве и гинекологии; алгоритмом оказания неотложной помощи неотложных состояний в акушерстве и гинекологии	8-10 8-10 4-5 4-5 4-5 4-5 4-5 4-5 8-10 8-10
7	ПК 12	Уметь определить на фантоме признаки беременности определить срок беременности, родов и предоставления декретного отпуска назначить обследование беременной при взятии на учет в женской консультации составить плана и провести санпросвет работу (психопрофилактика) провести на фантоме влагищное исследование при беременности и в родах, оценить степень «зрелости» шейки матки провести на фантоме взятие мазков из влагища на степень чистоты, флору и цитологию, на околоплодные воды и оценить результаты принять роды на фантоме в головном предлежании плода (мониторное наблюдение в родах, акушерское пособие). провести на фантоме профилактику кровотечения в III периоде родов. оценить на фантоме признаки отделения плаценты, целостности последа и кровопотерю в родах. оценить на фантоме состояние новорожденного по шкале Апгар и Downes.	12-16 12-16 12-16 12-16 6-8 6-8 6-8 2-3 6-8 6-8

		провести на фантоме первичную реанимацию новорожденных	6-8
		провести на фантоме первичный туалет новорожденного	6-8
		провести на фантоме осмотр при помощи зеркал шейки матки влагалища, промежности после родов,	6-8
		ушивание на фантоме разрыва шейки матки, влагалища и промежности.	6-8
		снятие швов на фантоме с промежности после родов	6-8
		осуществить ведение послеродового периода	6-8
		Владеть методами ведения физиологической беременности;	6-8
		алгоритмом оказания помощи при приеме родов.	6-8
8	ПК-20	Уметь: анализировать данные источников медицинской информации, основанной на доказательной медицине. Владеть: публичным представлением медицинской информации на основе доказательной медицины.	10 2

3. МЕСТО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ В СТРУКТУРЕ ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Клиническая практика «Акушерско-гинекологическая» относится к разделу блока 2 «Практики, в том числе научно-исследовательская работа», базовой части, производственной практике

Практика является базовой для формирования и совершенствования студентами практических умений по клинической и лабораторно-инструментальной диагностике, лечению основных осложнений беременности, родов и послеродового периода, а также для развития навыков клинического мышления, врачебной этики и деонтологии. Знания и умения, приобретенные студентами во время прохождения производственной практики, имеют большое значение для подготовки врача общей практики.

Успешное прохождение производственной практики обеспечивается, прежде всего, «входными» знаниями и умениями, полученными при изучении следующих дисциплин:

- Анатомия;
- Биология;
- Оперативная хирургия и Топографическая анатомия
- Гистология, эмбриология, цитология;
- Фармакология
- Нормальная физиология;
- Патологическая анатомия, клиническая патологическая анатомия;
- Патофизиология, клиническая патофизиология;
- Общественное здоровье и здравоохранение;
- Иммунология;
- Гигиена;
- Основы формирования здоровья детей;
- Общая хирургия, лучевая диагностика;
- Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия;
- Дерматовенерология;

- Госпитальная терапия;
- Эпидемиология.
- а также навыками и умениями, освоенными во время учебной практики «Сестринская».

Умения и практические навыки, сформированные на ПП в качестве помощника врача акушерско-гинекологического стационара, необходимы для освоения последующих дисциплин терапевтического и хирургического профиля, а также прохождения общеврачебной производственной практики.

4. ОБЪЕМ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

Общая трудоемкость производственной практики составляет **3 зачетные единицы, 108 часов.**

Основной базой проведения производственной практики являются акушерский и гинекологический стационары ФГУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

5. СОДЕРЖАНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

Полный курс производственной практики состоит из 108 часов (3 зачетных единиц), которые складываются из практической работы помощником врача акушерского стационара и помощником врача гинекологического стационара.

За время прохождения производственной практики студент должен овладеть всем объёмом практических навыков, представленных в «Перечне практических навыков».

При прохождении производственной практики студент прикрепляется к врачу отделения акушерского и гинекологического стационара, помощником которого и работает весь период практики. Заведующий отделением, куда прикреплен студент, является базовым руководителем практики. Он заверяет своей подписью график работы на отделении, и характеристику студента, которая пишется на него по окончании прохождения практики.

Содержание производственной практики:

- инструктаж по технике безопасности,
- курация беременных, участие в обходах,
- участие в ведении родов, присутствие в родовом зале и операционной,
- оформление медицинской документации, оценка данных лабораторных и инструментальных методов,
- участие в клинических и патологоанатомических конференциях,
- участие в проведении лабораторных и инструментальных методов обследования,
- дежурство,
- сан-просвет. работа,
- подготовка отчета по практике,
- написание клинического разбора акушерской пациентки,
- зачет.

6. ФОРМЫ ОТЧЕТА ПО ПРАКТИКЕ

За время прохождения производственной практики студент оформляет «Дневник производственной практики», в который ежедневно вносит записи о выполненной работе в качестве помощника врача и выполненных практических умениях.

В дневнике дается подробная характеристика отделения акушерского и гинекологического стационара, где осуществляется производственная практика.

Студент пишет клинический разбор одной из пациенток, находящейся в его курируемой палате. Клинический разбор сдаётся куратору практики по кафедре или ассистенту, непосредственно ведущего цикл производственной практики у данной группы студентов в конце 1-ой недели прохождения практики.

7. ФОРМЫ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ. ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ (ФОС)

По итогам III студенты проходят аттестацию по расписанию, подготовленному учебно-методическим управлением совместно с деканатом. Во время аттестации проверяется документация («Дневник производственной практики», УИРС) и проводится собеседование с использованием ситуационных задач, данных лабораторных исследований. В ходе зачета студент комментирует записи, сделанные в «Дневнике производственной практики», при этом оценивается правильность интерпретации результатов клинического обследования больных, умение составить план дополнительных исследований, сформулировать клинический диагноз, назначить лечение, также оценивается умение студента диагностировать и оказывать помощь при неотложных состояниях. Оценка по данному разделу производственной практики выставляется в соответствии со 100 – балльной оценочной системой.

Характеристика ФОС представлена в Приложении 1.

8. ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ И РЕСУРСОВ СЕТИ ИНТЕРНЕТ

Перечень основной литературы. АКУШЕРСТВО

1. Акушерство : учебник / Г. М. Савельева, Р. И. Шалина, Л. Г. Сичинава, О. Б. Панина, М. А. Курцер. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. <http://www.studmedlib.ru>
2. Акушерство [Текст] : учебник : для студентов медицинских вузов : [гриф] УМО / Г. М. Савельева [и др.].-М., 2011.
3. Практические навыки по дисциплине "Акушерство и гинекология" [Электронный ресурс] : учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности "Лечебное дело" / сост. А. И. Малышкина [и др.] ; рец. Н. В. Керимкулова. - Иваново : [б. и.], 2016. <http://libisma.ru>
4. Производственная практика "Помощник врача стационара (акушерского)" [Электронный ресурс] : методические рекомендации / сост. С. Н. Сеницын ; рец. А. В. Бурсиков. - Иваново : [б. и.], 2009. <http://libisma.ru>
5. Гинекология [Текст] : учебник : для студентов учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по специальностям 060101.65 "Лечебное дело" и 060103.65 "Педиатрия" по дисциплине "Акушерство и гинекология" : [гриф] / М-во образования и науки РФ ; под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012.
6. Гинекология: учебник/ Б.И. Баисова и др.; под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. 4-е изд., перераб. и доп.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. <http://www.studmedlib.ru>
7. Женская консультация / Радзинский В.Е., Ордянец И.М., Оразмурадов А.А. и др. / Под ред. В.Е. Радзинского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. <http://www.studmedlib.ru>

9. ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСЫ:

I. Лицензионное программное обеспечение

1. Операционная система Windows,
2. Операционная система "Альт Образование" 8

3. MicrosoftOffice,
4. LibreOffice в составе ОС “Альт Образование” 8
5. STATISTICA 6 Ru,
6. 1С: Университет ПРОФ,,
7. Многофункциональная система «Информо»,
8. Антиплагиат.Эксперт

II. Профессиональные базы данных, информационные справочные системы.

	Название ресурса	Адрес ресурса
Электронные ресурсы в локальной сети библиотеки		
1	Электронная библиотека ИвГМА Электронный каталог	Акт ввода в эксплуатацию 26.11.2012. http://libisma.ru на платформе АБИС ИРБИС Договор № су-6/10-06-08/265 от 10.06.2008.
2	БД «MedArt»	Проблемно-ориентированная реферативная база данных, содержащая аналитическую роспись медицинских журналов центральной и региональной печати
3	СПС Консультант Плюс	Справочно-правовая система, содержащая информационные ресурсы в области законодательства
Электронно-библиотечные системы (ЭБС)		
4	ЭБС «Консультант студента»	http://www.studmedlib.ru Полнотекстовый ресурс, представляющий учебную и научную литературу, в том числе периодику, а также дополнительные материалы –аудио, видео, анимацию, интерактивные материалы, тестовые задания и др.
5	БД «Консультант врача» Электронная медицинская библиотека»	http://www.rosmedlib.ru Ресурс для широкого спектра врачебных специальностей в виде периодических изданий, книг, новостной информации и электронных обучающих модулей для непрерывного медицинского образования (НМО).
6	ЭБС «Лань»	http://e.lanbook.com Электронные версии книг издательства «Лань» и других ведущих издательств учебной литературы, электронные версии периодических изданий по естественным, техническим и гуманитарным наукам
Зарубежные ресурсы		
7	БД «Web of Science»	http://apps.webofknowledge.com Ведущая международная реферативная база данных научных публикаций.
8	БД научного цитирования Scopus	www.scopus.com Крупнейшая единая база аннотаций и цитируемости рецензируемой научной литературы со встроенными инструментами мониторинга, анализа и визуализации научно-исследовательских данных.
Ресурсы открытого доступа		
9	Федеральная электронная медицинская	www.feml.scsml.rssi.ru Входит в состав единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения в качестве справочной системы.

	библиотека (ФЭМБ)	
10	Центральная Научная Медицинская Библиотека (ЦНМБ)	http://www.scsml.rssi.ru Является головной отраслевой медицинской библиотекой, предназначенная для обслуживания научных и практических работников здравоохранения.
11	Polpred.com Med.polpred.com	http://polpred.com Самый крупный в рунете сайт новостей и аналитики СМИ по медицине.
12	Научная электронная библиотека elibrary.ru	http://elibrary.ru Крупнейший российский информационный портал в области науки, технологии, медицины и образования, содержащий рефераты и полные тексты более 18 млн научных статей и публикаций.
13	Научная электронная библиотека «КИБЕРЛЕНИНКА»	http://cyberleninka.ru Научные статьи, публикуемые в журналах России и ближнего зарубежья.
14	Национальная электронная библиотека НЭБ	http://нэб.рф Объединяет фонды публичных библиотек России федерального, регионального, муниципального уровней, библиотек научных и образовательных учреждений, а также правообладателей.
15	Российская Государственная Библиотека (РГБ)	http://www.rsl.ru Главная федеральная библиотека страны. Открыт полнотекстовый доступ (чтение и скачивание) к части документов, в частности, книгам и авторефератам диссертаций по медицине.
16	Consilium Medicum	http://con-med.ru Электронные версии ряда ведущих медицинских периодических изданий России, видеозаписи лекций и докладов конференций, информацию о фармацевтических фирмах и лекарственных препаратах.
Зарубежные ресурсы открытого доступа		
17	MEDLINE	www.pubmed.gov База медицинской информации, включающая рефераты статей из медицинских периодических изданий со всего мира начиная с 1949 года
18	BioMed Central (ВМС)	www.biomedcentral.com Свободный доступ к полным текстам статей более чем из 190 журналов по медицине, генетике, биологии и смежным отраслям
Информационные порталы		
19	Министерство здравоохранения Российской Федерации	https://www.rosminzdrav.ru
20	Министерство образования Российской Федерации	http://минобрнауки.рф
21	Федеральный портал «Российское образование»	http://www.edu.ru Ежедневно публикуются самые актуальные новости, анонсы событий, информационные материалы для широкого круга читателей: учащихся и их родителей, абитуриентов, студентов и преподавателей. Размещаются эксклюзивные материалы, интервью с ведущими специалистами – педагогами, психологами,

		учеными, репортажи и аналитические статьи.
22	Единое окно доступа	http://window.edu.ru
23	Федеральный центр информационно-образовательных ресурсов	http://fcior.edu.ru Распространение электронных образовательных ресурсов и сервисов для всех уровней и ступеней образования. Обеспечивает каталогизацию электронных образовательных ресурсов различного типа за счет использования единой информационной модели метаданных, основанной на стандарте LOM.
Зарубежные информационные порталы		
24	Всемирная организация здравоохранения	http://www.who.int/en Информация о современной картине здравоохранения в мире, актуальных международных проектах, данные Глобальной обсерватории здравоохранения, клинические руководства. Сайт адресован в первую очередь практическим врачам. Прямая ссылка на страницу с публикациями: http://www.who.int/publications/ru

10. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

Клиническая практика «Акушерско-гинекологическая» проходят на кафедре акушерства и гинекологии, медицинской генетики, которая располагается на базе консультативной поликлиники и гинекологического корпуса ФГБУ "Ив НИИ М и Д им. В.Н. Городкова" Минздрава России, 4 этаж, г. Иваново, ул. Победы, д.20

Имеются:

- учебные аудитории - 7 на 85 посадочных мест
- кабинет заведующего кафедрой – 1
- ассистентская – 1
- лаборантская - 1
- лекционные аудитории ИвГМА (4)
- учебные аудитории Центра НППО ИвГМА: блок хирургических манипуляций - 2, блок неотложной помощи - 2

Учебные помещения укомплектованы специализированной мебелью и техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации. В учебном процессе используются компьютерные классы ИвГМА.

Для обеспечения учебного процесса имеются:

№ п/п	Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы
2	Учебные аудитории (7)	Столы, стулья, доска аудиторная, мобильный ПК ASUS Монитор ж/к 17" Acer, СБ DEPO Race X320N, принтер лазерный Xerox (2), проектор NEC Profector симулятор родов CBS-1000, телевизор, наглядные пособия (таблицы, атласы, муляжи, фантомы, слайды, наборы слайдов, презентации по темам
3	Учебные аудитории	Стулья, стол манипуляционный на колесиках, манекен

	Центра НППО ИвГМА блок хирургических манипуляций (2)	акушерский светлый , манекен полноростовой отработки навыков по уходу, стол операционный высокий на металлических ножках (6).
	блок неотложной помощи (2)	Симуляционная система родов электронная виртуэль и плод, акушерский манекен, фантом гинекологический , муляж накладной молочных желез
4.	Помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования (лаборантская1)	Шкафы для хранения, стеллаж для таблиц, мультимедийные презентации, таблицы,
5.	Учебные аудитории для проведения самостоятельной работы (читальный зал библиотеки ИвГМА, компьютерный класс центра информатизации)	Стол, стулья, компьютерная техника с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду академии. Читальный зал: компьютер в комплекте (4), принтеры (3) Комната 44 (совет СНО): компьютер ДЕРО в комплекте (3) Центр информатизации: ноутбук lenovo в комплекте (9)

*Специальные помещения - учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа (лекционные аудитории), занятий семинарского типа (практические занятия, лабораторные занятия) (учебные аудитории), групповых и индивидуальных консультаций (учебные аудитории), текущего контроля и промежуточной аттестации (учебные аудитории).

Разработчики рабочей программы практики: к.м.н., доцент Назарова А.О., к.м.н., доцент Андреев К.П., д.м.н., профессор Малышкина А.И.

Рабочая программа практики обсуждена на заседании кафедры, утверждена на заседании центрального координационно-методического совета 5.06.2020 г., протокол № 6

Министерство здравоохранения России
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»

Кафедра акушерства и гинекологии, медицинской генетики

Приложение
к рабочей программе

Фонд оценочных средств
для проведения промежуточной аттестации производственной практики
Клиническая практика «Акушерско-гинекологическая»

Уровень высшего образования:	специалитет
Квалификация выпускника:	Врач-лечебник
Направление подготовки:	31.05.01 «Лечебное дело»
Тип образовательной программы:	Программа специалитета
Направленность (специализация):	Лечебное дело
Форма обучения:	<i>Очная</i>
Срок освоения образовательной программы:	6 года

2020 г.

1. Паспорт ФОС Производственной практики: Клиническая практика «Акушерско-гинекологическая».

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
ОПК 6	готовность к ведению медицинской документации	10 семестр
ПК 5	готовность к сбору и анализу жалоб пациентки, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания	10 семестр
ПК 6	способность к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра	10 семестр
ПК 8	способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами	10 семестр
ПК 9	готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	10 семестр
ПК 11	готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	10 семестр
ПК12	готовность к ведению физиологической беременности, приему родов	10 семестр
ПК 20	готовность к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины	10 семестр

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Атестационные испытания, время и способы проведения
ОПК 6	Знать: правила оформления диспансерной карты беременной,	Аттестация по	Промежуточн

		<p>истории родов, истории болезни гинекологической больной.</p> <p>Уметь: заполнять основные разделы диспансерной карты беременной, истории родов, истории болезни гинекологической больной: жалобы, данные анамнеза заболевания, анамнеза жизни, физикального обследования пациентки, дневниковые записи, эпикриз;</p> <p>выделять группы риска на возникновение осложнений во время беременности, родов и послеродовом периоде.</p> <p>Владеть: алгоритмом оформления диспансерной карты беременной, истории родов, истории болезни гинекологической больной – оформить академическую историю болезни или родов в соответствии с планом написания истории болезни или родов.</p>	практически м навыкам	ая аттестация 10 семестр (зачет)
	ПК 5	<p>Знать: этиологию, патогенез наиболее часто встречающихся заболеваний в акушерстве и гинекологии; клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний в акушерстве и гинекологии;</p> <p>методы физикального, лабораторного и инструментального обследования беременных и гинекологических больных.</p> <p>Уметь: собрать и оценить анамнез: социальный; биологический; генеалогический, акушерско-гинекологический, выявить факторы риска;</p> <p>провести наружное акушерское исследование (4 приёма Леопольда-Левицкого, фетометрия, пельвиометрия, аускультация сердцебиения плода);</p> <p>провести клиническое обследование гинекологической больной;</p> <p>провести на фантоме гинекологическое исследование пациентки;</p> <p>осмотреть на фантоме шейку матки при помощи зеркал;</p> <p>взять на фантоме мазки из уретры и половых путей для проведения бактериологического исследования;</p> <p>взять на фантоме мазки с шейки</p>		

		<p>матки для проведения цитологического исследования;</p> <p>провести на фантоме диагностику и лечение гинекологических заболеваний у девочек;</p> <p>провести осмотр молочных желез;</p> <p>оценить выявленные изменения со стороны органов репродуктивной системы;</p> <p>составить план параклинического обследования беременных и гинекологических больных с учетом выявленных изменений;</p> <p>оценить результаты лабораторных методов исследования:</p> <p>2) общих анализов крови и мочи;</p> <p>2) биохимического анализа крови:</p> <ul style="list-style-type: none"> - общий белок и С-реактивный белок; - печеночный комплекс (общий белок, холестерин, общий билирубин и его фракции, тимоловая проба, АЛТ, АСТ, ЩФ); - почечный комплекс (общий белок, мочевины, креатинин, электролиты-калий, кальций, натрий, хлор); <p>3) пуринового обмена (мочевая кислота), содержания сахара, сывороточного железа,</p> <p>4) мочи на желчные пигменты, уробилин, диастазу,</p> <p>5) гемостазиограмму (время свертывания крови, АЧТВ, МНО, протромбиновый индекс, длительность кровотечения),</p> <p>6) тесты функциональной диагностики гинекологической больной,</p> <p>7) гормональные исследования (хорионический гонадотропин, эстрогены, прогестерон, ФСГ, ЛГ),</p> <p>8) обследование на внутриутробные инфекции;</p> <p>оценить результаты инструментальных методов диагностики:</p> <ul style="list-style-type: none"> - УЗИ; - КТГ; - вагиноскопии, кольпоскопии, гистеросальпингографии, гистероскопии, лапароскопии; - гистологического исследования биопсии шейки матки и соскобов 		
--	--	---	--	--

		<p>эндометрия.</p> <p>Владеть: алгоритмом физикального обследования беременной и гинекологической больной;</p> <p>методами оценки выявленных изменений со стороны органов репродуктивной системы;</p> <p>алгоритмом параклинического обследования больной при основных заболеваниях в акушерстве и гинекологии;</p> <p>оценкой результатов дополнительных (лабораторных и инструментальных) методов обследования при работе с больной.</p>		
	ПК 6	<p>Знать: основные симптомы и синдромы заболеваний в акушерстве и гинекологии и их комбинации при различных нозологических формах;</p> <p>современные классификации гинекологических заболеваний и акушерской патологии;</p> <p>критерии диагностики гинекологических заболеваний и акушерской патологии;</p> <p>правила оформления предварительного и клинического диагнозов гинекологических заболеваний и акушерской патологии.</p> <p>Уметь: выделить основные симптомы и синдромы клинической картины гинекологических заболеваний и акушерской патологии при решении ситуационных задач, разборе клинических ситуаций;</p> <p>сформулировать предварительный диагноз и клинический диагноз при наиболее распространенных гинекологических заболеваниях и акушерской патологии в ходе разбора клинических ситуаций.</p> <p>Владеть: оценкой симптомов и синдромов клинической картины основных гинекологических заболеваний и акушерской патологии при работе с пациенткой;</p> <p>алгоритмом постановки предварительного и клинического диагнозов при основных гинекологических заболеваниях и акушерской патологии при работе с больной.</p>		

	ПК 8	<p>Знать тактику ведения беременных с различными нозологическими формами акушерской патологии;</p> <p>тактику ведения пациенток с гинекологическими заболеваниями.</p> <p>Уметь диагностировать клиническую картину и выявлять особенности течения беременности и возможные осложнения на фоне наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп; также диагностировать различные гинекологические заболевания, используя методы непосредственного исследования беременных и гинекологических больных, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования женщин (включая эндоскопические, рентгенологические методы, ультразвуковую диагностику).</p> <p>Владеть алгоритмом ведения беременности при нормальном и осложненном ее течении; тактикой ведения женщин с различными гинекологическими заболеваниями.</p>		
	ПК 9	<p>Знать ведение и лечение пациенток с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.</p> <p>Уметь назначить этиологическую, патогенетическую и посиндромную терапию при воспалительных и невоспалительных заболеваниях женских половых органов;</p> <p>назначить медикаментозную терапию при беременности (гипертензивные расстройства, ФПН, невынашивание, гипоксия плода, задержка роста плода);</p> <p>подобрать метод контрацепции;</p> <p>определить показания для плановой госпитализации пациенток.</p> <p>Владеть основными принципами ведения и лечения пациенток с различными нозологическими формами акушерской патологии и гинекологических заболеваний в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.</p>		
	ПК 11	Знать: принципы и методы		

		<p>диагностики неотложных состояний в акушерстве и гинекологии:</p> <ul style="list-style-type: none"> - маточном кровотечении; - тяжелых формах гипертензивных расстройств; - аномалиях родовой деятельности; - внематочной беременности, - острых воспалительных заболеваниях; - показания к операции кесарева сечения. <p>Уметь: выявлять симптомы и синдромы состояний, требующих экстренного медицинского вмешательства (при разборе клинических ситуаций и решении ситуационных задач);</p> <p>назначать и оценивать результаты лабораторных и инструментальных методов, необходимых для диагностики неотложных состояний в акушерстве и гинекологии;</p> <p>оказать неотложную помощь в акушерстве и гинекологии (при решении ситуационных задач и разборе клинических ситуаций):</p> <ul style="list-style-type: none"> - маточном кровотечении; - тяжелых формах гипертензивных расстройств; - аномалиях родовой деятельности; - внематочной беременности; - острых воспалительных заболеваниях; - сформулировать показания к операции кесарева сечения. <p>Владеть: методами экстренной диагностики неотложных состояний в акушерстве и гинекологии;</p> <p>алгоритмом оказания неотложной помощи неотложных состояний в акушерстве и гинекологии.</p>		
	ПК 12	<p>Знать принципы и методы ведения физиологической беременности, приема родов</p> <p>Уметь определить на фантоме признаки беременности;</p> <p>определить срок беременности, родов и предоставления декретного отпуска;</p> <p>назначить обследование беременной при взятии на учет в женской консультации;</p>		

		<p>составить плана и провести санпросвет работу (психопрофилактика);</p> <p>провести на фантоме влагалищное исследование при беременности и в родах, оценить степень «зрелости» шейки матки;</p> <p>провести на фантоме взятие мазков из влагалища на степень чистоты, флору и цитологию, на околоплодные воды и оценить результаты;</p> <p>принять роды на фантоме в головном предлежании плода (мониторное наблюдение в родах, акушерское пособие);</p> <p>провести на фантоме профилактику кровотечения в III периоде родов;</p> <p>оценить на фантоме признаки отделения плаценты, целостности последа и кровопотерю в родах;</p> <p>оценить на фантоме состояние новорожденного по шкале Апгар и Downes;</p> <p>провести на фантоме первичную реанимацию новорожденных;</p> <p>провести на фантоме первичный туалет новорожденного;</p> <p>провести на фантоме осмотр при помощи зеркал шейки матки влагалища, промежности после родов;</p> <p>ушивание на фантоме разрыва шейки матки, влагалища и промежности;</p> <p>снятие швов на фантоме с промежности после родов;</p> <p>осуществить ведение послеродового периода;</p> <p>владеть методами ведения физиологической беременности;</p> <p>алгоритмом оказания помощи при приеме родов.</p>		
	ПК 20	<p>Знать: принципы поиска медицинской информации на основе доказательной медицины.</p> <p>Уметь: анализировать данные источников медицинской информации, основанной на доказательной медицине.</p> <p>Владеть: публичным представлением медицинской информации на основе доказательной медицины.</p>		

2. Оценочные средства

2.1. Написание УИРСА

2.1.1. Содержание

Студенту предлагаются темы написания УИРСА. Написание УИРСА используется для проверки теоретических знаний в рамках формируемых компетенций (ОПК 6, ПК 5, ПК 6, ПК 8, ПК 9, ПК 11, ПК 12, ПК 20).

Темы УИРС по ГИНЕКОЛОГИИ:

1. Роль хламидийной инфекции в этиологии ВЗОМТ
2. Нарушения полового развития у девочек.
3. Иммунологические аспекты эндометриоза
4. Сравнительная оценка методов лечения предраковых заболеваний шейки матки
5. Синдром психоэмоционального напряжения в развитии миомы матки.
6. Современные методы диагностики и лечения внематочной беременности.
7. Консервативное лечение миомы матки.
8. Влияние курения на развитие рака шейки матки.
9. СПИД в акушерстве и гинекологии.
10. Значение вирусных инфекций в развитии ЗППП,
11. Сравнительная эффективность методов лечения при бесплодии.
12. Опухолевые маркёры в диагностике рака яичников.
13. Синдром поликистозных яичников
14. Гипоталамический синдром.

Темы УИРС по акушерству:

1. Гипертоническая болезнь и беременность.
2. Сахарный диабет и беременность.
3. Хориоамнионит.
4. Внутриутробная гипоксия плода.
5. Истмико - цервикальная недостаточность как причина невынашивания.
6. Заболевания почек и беременность.
7. Переношенная беременность.
8. Тактика ведения родов у юных первородящих.
9. Тактика ведения преждевременных родов.
10. Многоплодная беременность.
11. Тактика ведения родов при крупном плоде.
12. Осложнения родов при несвоевременном излитии околоплодных вод.
13. Рациональное питание при беременности.
14. Наблюдение за беременными групп риска в женской консультации.
15. Тактика ведения родов у первородящих старшего возраста.
16. Ожирение и беременность.
17. Геморрагический шок.
18. Септический шок.
19. Лактационный мастит.
20. Ведение беременных группы риска на возникновение позднего гестоза в женской консультации.

2.1.2 Критерии и шкала оценки

Критерии оценки УИРСА:

Оценка «зачтено» (86 – 100 баллов) выставляется в случае грамотного и полного изложения этиологии, патогенеза патологического процесса, клинической картины заболевания, лабораторной и инструментальной диагностики, принципов лечения, реабилитации и путей профилактики.

Оценка «зачтено» (71 – 84 балла) выставляется в случае грамотного, но не полного изложения этиологии, патогенеза патологического процесса, клинической картины заболевания, лабораторной и инструментальной диагностики, принципов лечения, реабилитации и путей профилактики.

Оценка «зачтено» (56-70 баллов) выставляется в случае не достаточно грамотного и не полного изложения этиологии, патогенеза патологического процесса, клинической картины заболевания, лабораторной и инструментальной диагностики, принципов лечения, реабилитации и путей профилактики.

Оценка «незачтено» (ниже 56 баллов) выставляется при полном несоответствии темы УИРСА и изложенного материала.

Написание УИРСА считается выполненным при получении студентом оценки 56 баллов и выше. Итоговая оценка по написанию УИРСА учитывается при суммировании следующих этапов зачета.

2.1.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания

Студентам предлагают темы написания УИРСА. На выполнение задания отводится первая неделя прохождения производственной практики в 8 семестре.

2.2. Аттестация по практическим навыкам

2.2.1. Содержание

Аттестация по практическим навыкам включает в себя два основных раздела:

Критерии оценки обследования гинекологической больной, беременной, роженицы, родильницы (на фантоме).

Оценка «зачтено» (86 – 100 баллов) выставляется в случае грамотного выполнения методик обследования больной, последовательного выполнения алгоритма обследования гинекологической больной, беременной, роженицы, родильницы (на фантоме).

Оценка «зачтено» (71 – 84 балла) выставляется в случае выполнения методик обследования больной с несущественными ошибками, нарушении последовательности выполнения алгоритма обследования гинекологической больной, беременной, роженицы, родильницы (на фантоме).

Оценка «зачтено» (56-70 баллов) выставляется в случае нарушения методик обследования гинекологической больной, беременной, роженицы, родильницы; выполнении методик без учета алгоритма обследования (на фантоме).

Оценка «не зачтено» (ниже 56 баллов) выставляется при полном несоблюдении алгоритма обследования гинекологической больной, беременной, роженицы, родильницы; грубых ошибках при проведении методов обследования на фантоме.

Критерии оценки навыков клинического мышления

Оценка «зачтено» (86 – 100 баллов) выставляется в случае грамотного анализа выявленных симптомов и синдромов, формулирования предварительного диагноза, составления адекватного и обоснованного плана обследования пациентки, грамотной оценки результатов дополнительных методов обследования, правильной формулировки клинического диагноза в соответствии с современными классификациями, обоснованного и адекватного назначения средств медикаментозной и немедикаментозной терапии с правильным оформлением рецептов на назначаемые препараты.

Оценка «зачтено» (71 – 85 балла) выставляется в случае проведения анализа основных симптомов и синдромов, формулирования предварительного диагноза основного заболевания, составления адекватного плана обследования пациентки, проведения оценки результатов дополнительных методов обследования, правильной формулировки клинического диагноза без полной детализации, адекватного назначения

средств медикаментозной и немедикаментозной терапии с правильным оформлением рецептов на назначаемые препараты.

Оценка «зачтено» (56-70 баллов) выставляется в случае простого перечисления выявленных симптомов и синдромов, определения основной нозологической формы, перечисления методов обследования пациентки и их оценки, краткой формулировки клинического диагноза, перечисления средств медикаментозной и немедикаментозной терапии с оформлением рецептов на назначаемые препараты.

Оценка «не зачтено» (ниже 56 баллов) выставляется в случае отсутствия формулировок симптомов и синдромов, неадекватного определения нозологической формы, невозможности составить план обследования и оценить полученные результаты дополнительных методов обследования, отсутствии правильной формулировки клинического диагноза, неправильного выбора средств медикаментозной и немедикаментозной терапии.

2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания

Оценка методов обследования и навыков клинического мышления проводится при работе с гинекологической больной или беременной, роженицы, родильницы в течение цикла по выбору 8 и 12 семестров. Каждый студент курирует пациентку с гинекологическим заболеванием или беременную (при наличии информированного согласия пациентки на проведение осмотра и обследование), под контролем преподавателя проводит сбор анамнеза и физикальный осмотр больной, затем проводится собеседование по результатам курации и клинической истории болезни с формулировкой диагноза и назначением лечения пациентке. На работу с пациентом и анализ клинической ситуации выделяется 30-40 минут.

Формирование итоговой оценки за этап:

Формируемая компетенция	Практические умения (навыки)	Максимальный балл	Оценка
ПК 5, ПК 12	Выполнение алгоритма обследования гинекологической больной или беременной	100	
Клиническое мышление			
ПК5, ПК6, ПК 8	Выделение симптомов и синдромов, формулирование предварительного диагноза	20	
ПК 5, ПК 8	План обследования пациентки	20	
ПК 5, ПК 8	Трактовка полученных результатов обследования	20	
ПК 6	Формулирование клинического диагноза	20	
ПК 9	Назначение лечения	20	
Итоговый балл		100	

Итоговый балл 2 этап = (1+2)/ 2

2.3. Собеседование по ситуационным задачам.

2.3.1. Содержание

Собеседование проводится по клиническим ситуационным задачам в ходе зачета по дисциплине в 8 и 12 семестрах. Студенту предлагаются 2 клинические задачи – по диагностике и лечению нозологической формы по репродуктивной медицине (ОПК 6, ПК 5, ПК 6, ПК 8, ПК 9, ПК 20). Комплект ситуационных задач включает 33 задачи по

гинекологии и 31 задачу по акушерству. К каждой задаче прилагается конверт с данными дополнительных методов обследования.

Экзаменационная задача (ПРИМЕР)

Больная 36 лет, обратилась на амбулаторный приём по поводу задержки менструации на неделю.

Менструации с 13 лет, установились регулярные сразу, через 30 дней по 4-5- дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь вне брака, регулярная, от беременности предохранялась прерванным половым актом. В анамнезе 4 аборта без осложнений.

При осмотре при помощи зеркал: наружные половые органы развиты правильно, без воспалительных явлений, влагалище нерожавшей, слизистая верхней трети влагалища и шейки матки слегка цианотичная, шейка конической формы, наружный зев сомкнут. При влагалищном исследовании шейка матки коническая, 3 см длиной, наружный зев закрыт, матка в anteflexio-anteversio размягчена, немного больше нормы, при осмотре области правых придатков внезапно появились боли внизу живота, потеряла сознание. Пациентка бледная, вялая, пульс 120 ударов в минуту, АД 80/40 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах, выражен симптом Щёткина. Имеется притупление перкуторного звука в отлогах местах.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Укажите факторы риска возникновения данного осложнения.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Определите тактику врача женской консультации.
5. Укажите показания для госпитализации.
6. Составьте план дополнительного обследования.
7. Проведите интерпретацию данных обследования.
8. Сформулируйте клинический диагноз.
9. Составьте план лечения.
10. Сформулируйте показания к оперативному лечению, укажите предполагаемый объём операции.

Вопросы и ответы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.

Правосторонняя внематочная беременность прервавшаяся по типу разрыва трубы.

Беременность, при которой оплодотворенное яйцо имплантируется вне полости матки, называют внематочной (эктопической).

КОДЫ ПО МКБ-10

- O00.0 Абдоминальная (брюшная) беременность.
- O00.1 Трубная беременность:
 - ◆ беременность в маточной трубе;
 - ◆ разрыв маточной трубы вследствие беременности.
- O00.2 Яичниковая беременность.
- O00.8 Другие формы внематочной беременности: ◆ шеечная; ◆ в роге матки; ◆ интралигаментарная.
 - O00.9 Неуточненная.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

В последние 20 лет отмечают увеличение частоты внематочной беременности (ВБ), что обусловлено увеличением числа абортов, воспалительных заболеваний женских

половых органов, применением ВМК, нейроэндокринных нарушений, психоэмоционального напряжения. Воспалительные заболевания в этиологии внематочной беременности составляют от 42 до 80%.

По данным центра по контролю заболеваемости в США, за последние 20 лет отмечено значительное (в 5 раз) повышение распространенности ВБ. Частота ВБ составляет 16 на 1000 беременностей. В Великобритании отмечают 11,5 эктопических беременностей на 1000 беременных, материнская смертность — 0,4 на 1000 эктопических беременностей.

В нашей стране прослеживается отчетливая тенденция к увеличению случаев ВБ более чем в 2 раза по сравнению с данными исследований 70-х годов прошлого века, нередко с атипичным клиническим течением.

По данным 2019 г., в Российской Федерации диагностировано 48 344 случая ВБ. Материнская смертность от ВБ в 2019 г. составила 13 случаев, это 3,4% всех ее причин.

В 2019 г. в РФ 51 045 случаев ВБ, из них доставлено позже 24 ч — 28,7%. Послеоперационная летальность составила 0,018% (после 24 ч — 0,03%).

ВБ стабильно занимает 3—4 место в структуре причин материнской смертности в индустриально развитых странах мира, 5-е — в РФ. Объяснений этому много, включая обсуждение проблемы на Всемирном конгрессе акушеров-гинекологов, но по-прежнему диагностика, выбор метода лечения, определение объема хирургического вмешательства не позволяют добиться удовлетворительных результатов.

До настоящего времени ВБ занимает 2-е место в структуре острых гинекологических заболеваний и первое — среди нозологических форм, сопровождающихся внутрибрюшным кровотечением.

Среди срочных гинекологических операций оперативные вмешательства по поводу ВБ занимают одно из первых мест и составляют около 50%.

ВБ наблюдают чаще с правой стороны у женщин детородного возраста от 23 до 40 лет. Она может быть как при 1-й беременности, так и при повторной, после нормальной и повторной внематочной беременности. Повторную эктопическую беременность обнаруживают у 7,5—22% женщин. У 36-80% она служит фактором, способствующим развитию вторичного бесплодия.

КЛАССИФИКАЦИЯ

В разделе МКБ-10 «Беременности с абортным исходом» зарегистрированы два термина, не исключающие друг друга, — «внематочная» и «эктопическая» беременность. В классификации ВОЗ, основанной на локализации плодного яйца, выделяют следующие формы эктопической беременности.

Самая частая форма эктопической беременности — трубная (96,5— 98,5%). Удельная частота остальных (редких) форм распределяется следующим образом:

- яичниковая — 0,4—1,3%;
- брюшная-0.1-0,9%;
- беременность в роге матки (рудиментарный рог) — 0,2—0,9%;
- шеечная — 0,1-0,4%;
- интралигаментарная — 0,1%.

Брюшную беременность подразделяют:

- на первичную (имплантация в брюшной полости происходит первоначально);
- вторичную.

Различают две формы яичниковой беременности: интрафолликулярную и эпиофоральную. При первой оплодотворение и имплантация происходят в фолликуле, при второй — на поверхности яичника.

Риск шеечной беременности повышают предшествующий аборт или КС, синдром Ашермана, прием матерью во время беременности диэтилэстрола, миома матки и ЭКО.

В зависимости от места внедрения оплодотворенной яйцеклетки трубную беременность подразделяют на беременность:

- в ампулярном;
- истмическом;
- интерстициальном отделах трубы.

Интерстициальная трубная беременность составляет чуть меньше 1% внематочной беременности. Больные с интерстициальной трубной беременностью в большинстве случаев обращаются к врачу позже, чем с ампулярной или истмической. Частота беременности в маточном углу возрастает до 27% у пациенток, имеющих в анамнезе сальпингэктомию, ЭКО и перенос эмбриона. С интерстициальной трубной беременностью связана большая часть смертей, обусловленных внематочной беременностью вообще, поскольку она часто осложняется разрывом матки.

2. Укажите факторы риска возникновения данного осложнения.

Половая жизнь вне брака, регулярная, от беременности предохранялась прерванным половым актом. В анамнезе 4 аборта без осложнений.

3. Проведите дифференциальную диагностику.

ДИАГНОСТИКА Жалобы

Основные жалобы больных с эктопической беременностью:

- задержка менструации (73%);
- кровянистые выделения из половых путей (71%);
- боли различного характера и интенсивности (68%);
- тошнота;
- иррадиация боли в поясничную область, прямую кишку, внутреннюю поверхность бедра;
- сочетание трех из перечисленных выше симптомов.

Дифференциальная диагностика

Для дифференциальной диагностики неразвивающейся или прерывающейся маточной беременности и ВБ проводят выскабливание полости матки. При внематочной беременности в соскобе выявляют децидуальную ткань без ворсин хориона, феномен Ариас—Стеллы (гиперхромные клетки эндометрия). При прерывающейся маточной беременности в соскобе присутствуют остатки или части плодного яйца, элементы хориона.

Прогрессирующую трубную беременность дифференцируют:

- от маточной беременности ранних сроков;
- дисфункционального маточного кровотечения;
- хронического воспаления придатков матки.

Прерывание беременности по типу разрыва трубы дифференцируют:

- от апоплексии яичника;
- перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки;
- разрыва печени и селезенки;
- перекрута ножки кисты или опухоли яичника;
- острого аппендицита;
- острого пельвиоперитонита.

Беременность, прервавшаяся по типу разрыва внутреннего плодместилища (трубный аборт), необходимо дифференцировать:

- от аборта;
- обострения хронического сальпингоофорита;
- дисфункционального маточного кровотечения;
- перекрута ножки опухоли яичника;
- апоплексии яичника;
- острого аппендицита.

4. Определите тактику врача женской консультации.

Необходима экстренная госпитализация

5. Укажите показания для госпитализации.

ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

- Задержка менструации, наличие кровянистых выделений из половых путей и болей внизу живота различного характера и интенсивности с возможной иррадиацией (в бедро, в паховую область, задний проход).
- Задержка менструации, отсутствие кровянистых выделений из половых путей и положительные результаты ХГЧ в крови независимо от наличия или отсутствия ультразвуковых признаков внематочной беременности.
- Задержка менструации, определение при двуручном исследовании пастозности в сводах (слева или справа).
- Выявление ультразвуковых признаков внематочной беременности.
- В нашем случае разрыв маточной трубы во время гинекологического осмотра.

6. Составьте план дополнительного обследования.

Лабораторные и инструментальные исследования

Определение концентрации β -ХГЧ в сыворотке крови

Пороговое значение β -ХГЧ составляет, по данным различных авторов, от 1000 до 2000 мМЕ/мл и устанавливается в каждой клинике с учетом лабораторного и ультразвукового оснащения и опыта врачей УЗ-диагностики. При уровне β -ХГЧ, превышающем принятое пороговое значение, и отсутствии плодного яйца в полости матки при трансвагинальном УЗИ вероятность внематочной беременности составляет 95—100%. Если концентрация β -ХГЧ ниже порогового значения, при условии стабильного состояния больной проводится серийное количественное определение.

Динамика нарастания β -ХГЧ при нормальной маточной беременности в первые 7 нед беременности характеризуется удвоением концентрации гормона каждые 1,5—3,5 дня. В клинической практике принято тестирование β -ХГЧ с интервалом в 48 ч. Недостаточный прирост концентрации β -ХГЧ может свидетельствовать как о внематочной, так и о нарушенной маточной беременности. Так, нарастание концентрации (β -ХГЧ менее, чем на 66% за 48 ч, исключает наличие нормально развивающейся маточной беременности у 75% пациенток. Падение концентрации β -ХГЧ, как правило, указывает на прерывание беременности, характерно снижение уровня β -ХГЧ не менее чем на 50% за 48 ч. После выскабливания полости матки падение концентрации β -ХГЧ более чем на 15% в течение 8—12 ч свидетельствует о полном аборте (маточной беременности), отсутствие падения уровня β -ХГЧ позволяет поставить диагноз внематочной беременности.

Следует подчеркнуть, что концентрация β -ХГЧ не имеет строгой корреляции с клиническими проявлениями заболевания. Разрыв маточной трубы может произойти и при низких значениях β -ХГЧ. В литературе описан клинический случай, когда в течение 19 дней наблюдалось снижение β -ХГЧ с 2367 до 97 мМЕ/мл, на уровне которого и произошел разрыв маточной трубы с массивным внутрибрюшным кровотечением. О разрыве маточной трубы при концентрации β -ХГЧ мМЕ/мл сообщает М.А. Kalinski.

Таким образом, клиническое использование серийного β -ХГЧ для диагностики внематочной беременности ограничивается рядом факторов. Во-первых, его проведение не всегда возможно, так как требует дополнительного времени. Во-вторых, серийное определение не позволяет строго дифференцировать внематочную и нарушенную маточную беременность. В третьих, у 17% больных с внематочной беременностью положительный тест удвоения концентрации β -ХГЧ, как при нормальной маточной беременности. Однократное изолированное определение β -ХГЧ почти не имеет значения.

Следует иметь в виду, что синтез β -ХГЧ наблюдается при некоторых опухолях. Оценка уровня β -ХГЧ позволяет диагностировать ущербность трофобласта, а

следовательно, применить инвазивные методы диагностики, не опасаясь неблагоприятных последствий для беременности. Определение ХГЧ в крови помогает исключить неотложные состояния, не связанные с беременностью, а значит — сократить время диагностики.

Тогда как тестирование β -ХГЧ — неотъемлемое звено почти всех алгоритмов обследования при внематочной беременности, отношение к определению прогестерона довольно противоречиво. В отличие от β -ХГЧ концентрация прогестерона в ранние сроки беременности относительно постоянна, в результате чего отпадает необходимость его серийного определения. Концентрация прогестерона при внематочной и неразвивающейся маточной беременности достоверно ниже. Уровень прогестерона более 25 нг/мл позволяет исключить диагноз внематочной беременности и подтверждает нормально развивающуюся маточную беременность в 98% случаев. Концентрация прогестерона менее 5 нг/мл свидетельствует о неразвивающейся маточной беременности. Значения концентрации прогестерона между 5 и 25 нг/мл не имеют диагностического значения, но могут использоваться при выборе метода лечения больных с внематочной беременностью. При комплексном обследовании, включающем тестирование (β -ХГЧ и трансвагинальное УЗИ), определение прогестерона оказывается в большинстве случаев избыточным.

Трансвагинальное ультразвуковое исследование

Основные критерии УЗ-диагностики внематочной беременности:

- неоднородные придатковые структуры и свободная жидкость в брюшной полости (26,9%);
- неоднородные придатковые структуры без свободной жидкости (16%);
- эктопически расположенное плодное яйцо с живым эмбрионом (сердцебиение есть — 12,9%);
- эктопическое расположение эмбриона (сердцебиения нет — 6,9%).

По результатам УЗИ выделяют 3 типа эхографической картины полости матки при внематочной беременности:

- I — утолщенный от 11 до 25 мм эндометрий без признаков деструкции;
- II — полость матки расширена, переднезадний размер от 10 до 26 мм, содержимое в основном жидкостное, неоднородное за счет гематометры и отторгнутого в различной степени гравидарного эндометрия;
- III — полость матки сомкнута, М-эхо в виде гиперэхогенной полоски от 1,6 до 3,2 мм.

По мнению большинства исследователей, УЗИ является неинвазивным и достаточно информативным методом диагностики. Внедрение трансвагинального сканирования, использование цветового картирования позволили с высокой точностью обнаруживать УЗ-признаки ВБ. Анализ литературы убеждает, что трансвагинальное сканирование обязательно при подозрении на ВБ. Преимущества метода: отсутствие подготовки к исследованию, возможность сочетания с гинекологическим обследованием, безвредность, простота, высокая разрешающая способность. Наличие кровянистых выделений из половых путей, отсутствие плодного яйца в полости матки, незначительное увеличение матки, утолщение эндометрия более 10 мм, визуализация «подозрительного образования» в придатках матки и жидкости в позадиматочном пространстве, положительная реакция ХГЧ в моче (менее 1000 mIU/ml) и задержка менструации более 2 нед свидетельствует о внематочной беременности в 96—98% случаев. Вместе с тем очевидна низкая прогностическая ценность отдельно взятых УЗ-критериев. Точность диагностики возрастает при учете факторов риска, концентрации β -ХГЧ, клинических проявлений и данных объективного обследования. Тем не менее в клинике часты случаи ложноотрицательных заключений специалистов УЗ-диагностики, причина тому недостаточная подготовка врачей УЗИ, низкое качество УЗ-аппаратуры, неправильная интерпретация клинических проявлений заболевания и, конечно, атипичные клинические проявления заболевания.

Значительные трудности представляет дифференциальная диагностика маточной и внематочной беременности при имплантации плодного яйца в интерстициальном и истмическом отделе, особенно на ранних сроках, когда хорион полностью окружен миометрием. Признаки, позволяющие заподозрить данную форму эктопической беременности: резко эксцентричное расположение плодного яйца, локальное истончение или отсутствие миометрия, окружающего хорион, иногда удается визуализировать полосу эндометрия, примыкающую к плодному яйцу по периферии.

Интерстициальную беременность необходимо дифференцировать от маточной беременности при аномалиях развития матки, при наличии внутриматочной перегородки.

При значении β -ХГЧ ниже разграничительного уровня и отсутствии плодного яйца в полости матки при трансвагинальном УЗИ возникает необходимость дифференциальной диагностики между внематочной беременностью, самопроизвольным абортом и нормальной маточной беременностью раннего срока. S.D. Spandorfer и соавт. обнаружили статистически значимую разницу в толщине эндометрия в этих трех группах пациенток при концентрации β -ХГЧ менее 1500 мМЕ/мл. Другие авторы указывают на недостаточную чувствительность такого признака, как толщина эндометрия при внематочной беременности. Аналогичные отличия были выявлены только у пациенток с самопроизвольным абортом и нормальной маточной беременностью. Утолщение М-эха наблюдается почти у 50% больных с внематочной беременностью и может достигать 20-25 мм. Толщина эндометрия при внематочной беременности чаще составляет от 2 до 20 мм. Данный признак не имеет диагностической ценности, несмотря на то что при внематочной беременности средние значения М-эха меньше, чем при маточной. Не обнаружено связи между толщиной эндометрия и такими параметрами, как срок беременности и концентрация β -ХГЧ. Трехслойность эхоструктуры эндометрия также не имеет диагностического значения при внематочной беременности.

Наиболее специфичный критерий внематочной беременности (100%) — выявление эктопически расположенного плодного яйца, содержащего желточный мешок и эмбрион. — является наименее чувствительным (15-20%). При обнаружении образования в области придатков, не связанного с яичником, и концентрации β -ХГЧ выше разграничительного уровня точность диагностики приближается к 100% (чувствительность — 97%, специфичность — 99%), прогностическая ценность положительного и отрицательного результатов — 98%. По данным многочисленных авторов — примерно в 70% случаев при внематочной беременности эктопически расположенное плодное яйцо имеет вид анэхогенного округлого образования с венчиком повышенной эхогенности. Сердцебиение эктопического эмбриона обнаружить удается нечасто. Придатковое образование может иметь повышенную эхогенность вследствие отслоения хориона и скопления крови в расширенной маточной трубе или неоднородную эхогенность и нечеткие контуры при наличии гематомы. Иногда плодное яйцо в маточной трубе не удается обнаружить из-за его небольших размеров. Наличие придаткового образования у больных с положительным β -ХГЧ и отсутствием признаков маточной беременности довольно специфичный (93-99%), но недостаточно чувствительный (21-84%) критерий. Чувствительность и специфичность обнаружения свободной жидкости в сочетании с «пустой» маткой составляют соответственно 63 и 69%. Необходимо подчеркнуть, что при выраженном ожирении, миоме матки Рачительных размеров, спаечном процессе в малом тазу диагностическая точность трансвагинального УЗИ может быть существенно ограничена. Обнаружение свободной жидкости при неудовлетворительной визуализации служит показанием для проведения дальнейших диагностических мероприятий.

Значительно повышает чувствительность УЗ-диагностика при внематочной беременности в режиме цветного доплеровского картирования, что позволяет визуализировать повышенную васкуляризацию в зоне эктопического трофоблата. Обнаружение низкорезистентного кровотока (индекс резистентности менее 0,6) в эндометрии с высокой точностью указывало на нарушенную маточную беременность.

Прогностическая ценность положительного и отрицательного результата составила 97 и 51% соответственно.

Достоинства и недостатки пункции брюшной полости через задний свод общеизвестны. В ряде случаев при отсутствии возможности выполнения ультразвукового исследования пункция позволяет подтвердить внутрибрюшное кровотечение и обосновать показания к оперативному вмешательству. Однако следует иметь в виду, что ложноотрицательный результат пункции брюшной полости зачастую является причиной нерационального ведения больных.

Комбинация трансвагинального УЗИ и определения концентрации β -субъединицы ХГЧ позволяет диагностировать беременность у 98% больных с 3-й недели беременности. УЗ-диагностика внематочной беременности включает измерение толщины эндометрия, соногистерографию, цветную доплерографию. Беременность в маточном углу можно заподозрить при асимметрии мазки, асимметричной позиции плодного яйца, выявляемые при УЗИ (табл.).

Таблица. Информативность различных методов диагностики внематочной беременности в зависимости от срока

Показатели	Срок беременности	
	До 4 нед	Более 4 нед
β -ХГЧ	83,7	92,5
Трансвагинальное УЗИ	68,6	97,1
β -ХГЧ + трансвагинальное	98,3	99,5
Лапароскопия	65,3	97,4

Наиболее информативны в диагностике внематочной беременности: определение концентрации β -субъединицы ХГЧ в крови, УЗИ и лапароскопия.

Часто возникает необходимость дифференциальной диагностики самопроизвольного выкидыша и внематочной беременности, имеющих сходные клинические симптомы. Гистологическое заключение соскоба эндометрия способствует в данном случае установлению правильного диагноза. Вместе с тем использовать гистологическое исследование эндометрия в диагностике внематочной беременности нецелесообразно из-за неоправданной потери времени и риска для больной. Кроме того, децидуальная реакция эндометрия может быть не только при беременности, но и при персистенции желтого тела, при опухолях трофобласта, гипофиза, коры надпочечников, при приеме гормональных препаратов.

7. Проведите интерпретацию данных обследования.

При осмотре при помощи зеркал: наружные половые органы развиты правильно, без воспалительных явлений, влагалище нерожавшей, слизистая верхней трети влагалища и шейки матки слегка цианотичная, шейка конической формы, наружный зев сомкнут. При влагалищном исследовании шейка матки коническая, 3 см длиной, наружный зев закрыт, матка в anteflexio-anteversio размягчена, немного больше нормы, при осмотре области правых придатков внезапно появились боли внизу живота, потеряла сознание. Пациентка бледная, вялая, пульс 120 ударов в минуту, АД 80/40 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах, выражен симптом Щёткина. Имеется притупление перкуторного звука в отлогах местах. **При гинекологическом осмотре произошел разрыв маточной трубы, возникла симптоматика болевого и геморрагического шока.**

8. Сформулируйте клинический диагноз.

Острый живот. Правосторонняя трубная беременность, прервавшаяся по типу разрыва трубы. Шок.

9. Составьте план лечения.

ЛЕЧЕНИЕ

Цель лечения — устранение ВБ.

Основной метод лечения внематочной беременности — хирургический.

Хирургическое лечение

Внедрение в практику лапароскопической хирургии привело к снижению количества лапаротомических операций по поводу внематочной беременности от общего количества оперативных вмешательств. Объем оперативного вмешательства (туботомия или тубэктомия) в каждом случае определяется индивидуально. При решении вопроса о возможности проведения органосохраняющей операции необходимо учитывать характер оперативного доступа (лапароскопия или лапаротомия) и следующие факторы:

- желание пациентки иметь беременность в будущем;
- морфологические изменения в стенке трубы («старая» ВБ, истончение стенки трубы на всем протяжении плодместилища);
- повторная беременность в трубе, ранее подвергнутой органосохраняющей операции;
- эктопическая беременность после реконструктивно-пластических операций на маточных трубах по поводу трубно-перитонеального фактора бесплодия;
- локализация плодного яйца в интерстициальном отделе маточной трубы;
- выраженный спаечный процесс органов малого таза. Сальпингостомию считают основной операцией на трубах при эктопической беременности.

Условия:

- сохранение фертильности;
- стабильная гемодинамика;
- размер плодного яйца <5 см;
- плодное яйцо расположено в ампулярном, инфундибулярном отделе.

Выдавливание плодного яйца производят при его локализации в фимбриальном отделе трубы. Рассечение маточного угла проводят при локализации плодного яйца в интерстициальном отделе трубы.

Показания:

- содержание ХГЧ > 15 000 МЕ/мл;
- эктопическая беременность в анамнезе;
- размер плодного яйца >5 см.

При других патологических изменениях другой трубы (гидросальпинкс, сактосальпинкс) рекомендуют двустороннюю сальпингэктомию. Возможность ее необходимо заранее обговаривать с пациенткой и получить письменное согласие на указанный объем оперативного вмешательства.

Консервативные методы лечения

Условия для консервативного лечения эктопической беременности:

- прогрессирование трубной беременности;
- размер плодного яйца не более 2—4 см.

Считается, что медикаментозная терапия эктопической беременности перспективна. Однако метод не получил широкого распространения, в частности, в связи с низкой частотой диагностики прогрессирующей трубной беременности. В современной практической гинекологии приоритетным считают хирургический метод лечения.

В большинстве случаев для консервативного ведения больной с ВБ применяют метотрексат, реже используют калия хлорид, гипертонический раствор декстрозы, препараты простагландинов, мифепристон. ЛС применяют парентерально и местно (вводят в маточную трубу через боковой свод влагалища под контролем УЗИ, при лапароскопии или трансцервикальной катетеризации маточной трубы).

Метотрексат — противоопухолевое средство группы антиметаболитов, ингибирующее редуктазу дигидрофолиевой кислоты, участвующую в восстановлении её в тетрагидрофолиевую (переносчик углеродных фрагментов, необходимых для синтеза

пуриновых нуклеотидов и их производных). Среди побочных действий следует отметить лейкопению, тромбоцитопению, апластическую анемию, язвенный стоматит, диарею, геморрагический энтерит, алопецию, дерматит, повышение активности печеночных ферментов, гепатит, пневмонию. При внематочной беременности препарат вводят в низких дозах, не вызывающих тяжелых побочных действий. Если планируют несколько введений метотрексата, назначают кальция фолинат. Это антидот метотрексата, снижающий риск его побочных действий.

Схема 1. Метотрексат в дозе 1 мг/кг в сутки внутримышечно через день, кальция фолинат в дозе 0,1 мг/кг в сутки в/м через день, начиная со 2-го дня лечения. Метотрексат отменяют, когда содержание β -субъединицы ХГЧ в сыворотке крови снижается на 15% в сутки. Кальция фолинат вводят последний раз на следующий день после отмены метотрексата. По окончании лечения по указанной схеме концентрацию β -субъединицы ХГЧ определяют еженедельно до снижения до 0. Если уровень β -субъединицы ХГЧ переставал снижаться и отмечалось его повышение, метотрексат назначали повторно. Эффективность лечения по указанной схеме — 96%.

Схема 2. Метотрексат вводят однократно в дозе 50 мг/м², кальция фолинат не назначают. Эффективность лечения по данной схеме — 96,7%.

Эффективность и вероятность нормальной беременности после применения обеих схем примерно одинаковы.

Показания для назначения метотрексата:

- повышенное содержание Р-субъединицы ХГЧ в сыворотке крови после органосохраняющей операции на маточной трубе, выполненной по поводу внематочной беременности (персистирующая ВБ);
- стабилизация или повышение концентрации β -субъединицы ХГЧ в сыворотке крови в течение 12—24 ч после отдельного диагностического выскабливания или вакуум-аспирации, если размер плодного яйца в области придатков матки не превышает 3,5 см;
- определение при влагалищном УЗИ плодного яйца диаметром не более 3,5 см в области придатков матки, при содержании β -субъединицы ХГЧ в сыворотке крови более 2000 МЕ/л при отсутствии плодного яйца или скопления жидкости в полости матки.

Больную наблюдают в стационаре. При сильной длительной боли внизу живота определяют гематокрит и проводят влагалищное УЗИ, позволяющее уточнить, произошел ли разрыв трубы. Для оценки состояния плодного яйца на фоне лечения метотрексатом УЗИ не проводят. Оценивать результаты УЗИ при внематочной беременности нужно осторожно, поскольку скопление жидкости в прямокишечно-маточном углублении наблюдают как при развивающейся, так и при прервавшейся внематочной беременности. При быстром снижении гематокрита или нарушениях гемодинамики показано хирургическое лечение. После лечения метотрексатом рекомендуют контрацепцию в течение 2 мес.

Однако, учитывая побочное действие метотрексата, при необходимости многократного введения в достаточно больших дозах для лечения эктопической беременности, ряд исследователей предприняли попытки совершенствования методики. В 1987 г. W. Feichtinger и Kemeter разрешили проблему, обеспечив максимальный эффект при минимальной дозе метотрексата с помощью локальных инъекций препарата под контролем трансвагинального мониторинга. Препарат вводят в просвет плодного яйца после предварительной аспирации АЖ. Разовая доза составляет от 5 до 50 мг и определяется гестаационным сроком. А. Fujishita и соавт. для усиления терапевтического эффекта метотрексата применили его суспензию, включающую липиодол Ультра-Флюид* с фосфатидилхолином⁴¹. Поданным авторов, применение суспензии позволяет снизить частоту персистирующей беременности на 44% по сравнению с использованием чистого метотрексата.

Однако практический опыт и данные литературы убеждают, что УЗ-сальпингоцентез сопряжен с высоким риском повреждения сосудистой сети мезосальпинкса и маточной

трубы. Поэтому в настоящее время целесообразно проведение лапароскопического сальпингоцентеза.

Преимущества лапароскопической тубоскопии:

- объективная оценка состояния «беременной» маточной трубы;
- определение наиболее безопасной точки прокола трубы;
- обеспечение гемостаза путем инъекции в мезосальпинкс гемостатиков и (или) точечной коагуляции области предполагаемого прокола.

Организационные и лечебные технологии, позволяющие произвести органосохраняющие операции трубной беременности

- Раннее обращение пациентки в женскую консультацию или поликлинику.
- Проведение диагностических мероприятий (β-ХГЧ, УЗИ) и наблюдение не более 2 сут в женской консультации и поликлинике.
- Своевременная госпитализация и проведение лапароскопии не позднее 24 ч после госпитализации.
- Круглосуточная эндоскопическая служба в стационаре.

10. Сформулируйте показания к оперативному лечению, укажите предполагаемый объем операции.

Тяжелое состояние пациентки, обусловленное прерыванием трубной беременности по типу разрыва маточной трубы.

Ввиду разрыва маточной трубы, вероятный объем операции – удаление правой маточной трубы, при возможности, резекция поврежденной части маточной трубы.

2.2.2. Критерии и шкала оценки

Каждая из ситуационных задач оценивается исходя из высшей оценки 100 баллов.

Оценка «зачтено» (86-100 баллов) выставляется, если студент проводит полный анализ клинической картины, объясняет состав выделенных синдромов, формулирует полный диагноз (те разделы, которые могут быть сформулированы на основании клинической картины), учитывает течение, степень тяжести, этиологические факторы, составляет полный план обследования пациентки, учитывая клиническую симптоматику, объясняет цели назначения методов исследования, проводит полный анализ результатов обследования пациентки, правильно и грамотно формулирует заключения, проводит анализ полученных результатов для выделения новых синдромов и подтверждения уже выявленных, правильно и грамотно формулирует клинический диагноз, соблюдает принцип построения диагноза, учитывая все разделы действующей классификации, анализируя клинические проявления, назначает правильную медикаментозную терапию, определяя цели назначения препаратов, сроки и дозы, грамотно оформляет все разделы рецепта.

Оценка «зачтено» (71-85 баллов) выставляется, если студент анализирует симптомы заболевания, формирует синдромы, может допустить 1-2 несущественные ошибки, которые исправляет самостоятельно, грамотно формулирует предварительный диагноз, учитывая степень тяжести и форму заболевания на основании анализа клинической картины, обосновывает необходимые методы обследования, может допустить 1-2 несущественные ошибки, которые исправляет самостоятельно, проводит правильную оценку данных обследования пациентки, формулирует заключения по результатам обследования, выделяет новые симптомы и синдромы, правильно формулирует клинический диагноз, учитывая основные разделы действующей классификации, составляет обоснованный план медикаментозного лечения пациентки, грамотно выбирает группы лекарственных препаратов, может выбрать конкретные медикаментозные средства для лечения данного пациентки, знает дозировки основных препаратов и сроки их назначения, правильно оформляет рецепты на назначенные лекарственные препараты.

Оценка «зачтено» (56-71 балл) выставляется, если студент выделяет и перечисляет основные симптомы и синдромы клинической картины, может допустить 2-3 несущественные ошибки, которые исправляет с подсказкой преподавателя, правильно называет нозологическую форму, перечисляет необходимые методы обследования, проводит правильную оценку основных методов обследования, перечисляет патологические изменения, перечисляет новые симптомы и синдромы, может допустить 2-3 несущественные ошибки, которые исправляет с подсказкой преподавателя, формулирует клинический диагноз нозологической формы с 2-3 несущественными ошибками (не в полном соответствии с классификацией), правильно перечисляет основные группы лекарственных препаратов, используемые для лечения заболевания, может назвать лекарственные препараты в каждой группе, выписывает рецепты на назначенные препараты с 2-3 несущественными ошибками.

Оценка «незачтено» (ниже 56 баллов) выставляется, если студент не может выделить симптомы и синдромы заболевания, не узнает нозологическую форму, назначает неадекватное обследование и лечение пациентки.

2.3.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания

Собеседование проводится по клиническим ситуационным задачам в ходе зачета по дисциплине в 8 семестре. Студенту предлагаются 2 клинические задачи – по диагностике и лечению нозологической формы по гинекологии и акушерству. На подготовку к ответу студенту представляется 30 минут. Конверт с результатами дополнительных данных выдается студенту в ходе собеседования с преподавателем после оформления плана обследования пациентки, результаты оцениваются непосредственно в ходе собеседования. Каждая из предложенных задач оценивается исходя из 100 баллов. Итоговая оценка за этап формируется как среднее арифметическое из двух оценок за задачи и выставляется в журнал регистрации посещения практических занятий. Данная оценка составляет 33% итоговой оценки за зачет.

3. Критерии получения студентом итоговой оценки по дисциплине

Итоговая оценка за зачет по дисциплине

По итогам ПП студенты проходят аттестацию по расписанию, подготовленному учебно-методическим управлением совместно с деканатом. Во время аттестации проверяется документация («Дневник производственной практики», УИРС) и проводится собеседование с использованием ситуационных задач, данных лабораторных исследований. В ходе зачета студент комментирует записи, сделанные в «Дневнике производственной практики», при этом оценивается правильность интерпретации результатов клинического обследования больных, умение составить план дополнительных исследований, сформулировать клинический диагноз, назначить лечение, также оценивается умение студента диагностировать и оказывать помощь при неотложных состояниях. Оценка по данному разделу производственной практики выставляется в соответствии со 100 – балльной оценочной системой. Представляет собой сумму баллов, полученных при проведении 2 этапов зачета и рассчитывается следующим образом: суммируются баллы этапов (оценка практических навыков, собеседование по итогам практики и оценка УИРСа) и полученное количество баллов делится на 3.

Обязательным условием получения положительной итоговой оценки является положительный балл (не ниже 56) за каждый этап зачета.

Итоговая оценка знаний студентов по дисциплине выставляется в журнал регистрации практических занятий:

«зачтено» – от 56 до 100 баллов;