

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования

об-

**«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 И.Е. Мишина
« 5 » *июня* 2020 г.

**Рабочая программа дисциплины по выбору
«Репродуктивная медицина»**

Уровень высшего образования: специалитет

Направление подготовки (специальность) 31.05.01 «Лечебное дело»

Квалификация выпускника – врач-лечебник

Направленность (специализация): Лечебное дело

форма обучения очная

Тип образовательной программы: программа специалитета

Срок освоения образовательной программы: 6 лет

Иваново, 2020 г.

1. Цель освоения дисциплины

Целью освоения дисциплины (модуля) является формирование у студентов системных знаний по акушерству и гинекологии, применительно к деятельности врача первичного звена системы здравоохранения.

Задачи освоения дисциплины:

1. Дать основные знания особенностей репродуктивной системы женщин, процессов, происходящих в организме женщины с физиологически протекающей беременностью, процесса нормальных родов, физиологического послеродового периода, основных и дополнительных методов обследования гинекологических больных, беременных, рожениц и родильниц, принципов лечения и оказания им неотложной помощи.
2. Научить студентов распознавать на основании изучения данных анамнеза и объективного исследования физиологические и патологические процессы, связанные с детородной функцией, своевременно направить к специалисту и при необходимости оказать неотложную акушерскую помощь в типичной акушерской и гинекологической ситуации.
3. Дать знания по организации помощи супружеским парам по вопросам планирования семьи и контрацепции;
4. Дать углубленные знания по современным методам высоко технологичного лечения проблем детородной функции (ЭКО, ИКСИ).

Указанная цель может быть реализована в следующих **задачах профессиональной деятельности** специалиста:

медицинская деятельность:

- предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
- проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;
- диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов;
- оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара;
- формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;
- обучение пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим профилактике возникновения заболеваний и укреплению здоровья;

организационно-управленческая деятельность

- применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
- соблюдение основных требований информационной безопасности;

научно-исследовательская деятельность:

- анализ научной литературы и официальных статистических обзоров, участие в проведении статистического анализа.

2. Место дисциплины в структуре основной образовательной программы

Дисциплина по выбору «Репродуктивная медицина» относится к части цикла по выбору.

Связь с предшествующими дисциплинами.

Изучение дисциплины «Репродуктивная медицина» опирается на знания, умения и владения, полученные в процессе изучения следующих дисциплин:

1. Нормальной анатомии.
2. Гистологии, эмбриологии, цитологии.
3. Микробиологии.
4. Нормальной физиологии.
5. Фармакологии.
6. Патологической физиологии.
7. Патологической анатомии.
8. Пропедевтики внутренних болезней.

Связь с последующими дисциплинами.

При изучении акушерства и гинекологии уделяется внимание вопросам возможного сочетания беременности и гинекологических заболеваний с экстрагенитальной терапевтической и хирургической патологией. Знание тактики ведения таких пациенток позволит достигать оптимальных результатов лечения.

Дисциплины, для успешного изучения которых необходима дисциплина «Репродуктивная медицина»:

1. Поликлиническая терапия.
2. Госпитальная хирургия, детская хирургия.
3. Госпитальная терапия, эндокринология.
4. Факультетская хирургия, урология.

3. Планируемые результаты обучения по дисциплине

3.1. Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения дисциплины (модуля):

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 – 20** – готовность к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины;

3.2. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенный с формируемыми компетенциями

В результате освоения дисциплины (модуля) обучающийся должен:

Код компетенции	Перечень знаний, умений навыков	Количество повторений
ОПК 6	<p>Знать: правила оформления диспансерной карты беременной, 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 пациента, дневниковые записи, эпикриз; 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>	<p>10-12</p> <p>10-12</p> <p>10-12</p>
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; 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-Левитского, 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 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>1) общих анализов крови и мочи;</p> <p>2) биохимического анализа крови:</p> <p>- общий белок и С-реактивный белок;</p>	<p>12-16</p> <p>12-16</p> <p>12-16</p> <p>6-8</p> <p>6-8</p> <p>6-8</p> <p>6-8</p> <p>4-6</p> <p>12-16</p> <p>12-16</p> <p>12-16</p> <p>12-16</p>

	<p>- печеночный комплекс (общий белок, холестерин, общий билирубин и его фракции, тимоловая проба, АЛТ, АСТ, ЩФ);</p> <p>- почечный комплекс (общий белок, мочевины, креатинин, электролиты- калий, кальций, натрий, хлор);</p> <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> <p>- УЗИ;</p> <p>- КТГ;</p> <p>- вагиноскопии, кольпоскопии, гистеросальпингографии, гистероскопии, лапароскопии;</p> <p>- гистологического исследования биопсии шейки матки и соскобов 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>	<p>10-12</p> <p>10-12</p> <p>5-6</p> <p>2-3</p> <p>2-3</p> <p>12-16</p> <p>6-8</p> <p>6-8</p> <p>6-8</p> <p>15-20</p> <p>12-16</p> <p>5-6</p> <p>5-6</p> <p>12-16</p> <p>12-16</p> <p>12-16</p> <p>12-16</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>	<p>12-16</p> <p>12-16</p> <p>12-16</p> <p>12-16</p>

		12-16
ПК 8	Знать тактику ведения беременных с различными нозологическими формами акушерской патологии; тактику ведения пациенток с гинекологическими заболеваниями 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); Владеть алгоритмом ведения беременности при нормальном и осложненном ее течении; тактикой ведения женщин с различными гинекологическими заболеваниями	12-16
		12-16
		12-16
ПК 9	Знать ведение и лечение пациенток с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара Уметь назначить этиологическую, патогенетическую и посиндромную терапию при воспалительных и невоспалительных заболеваниях женских половых органов; назначить медикаментозную терапию при беременности (гипертензивные расстройства, ФПН, невынашивание, гипоксия плода, задержка роста плода); подобрать метод контрацепции 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	12-16
		12-16
		6-8
		4-6
		12-16
ПК-20	Знать: принципы поиска медицинской информации на основе доказательной медицины. Уметь: анализировать данные источников медицинской информации, основанной на доказательной медицине. Владеть: публичным представлением медицинской информации на основе доказательной медицины.	10
		2

4. Общая трудоемкость дисциплины составляет 3 зачетные единицы, 108 академических часов

Курс	семестр	Количество часов			Форма промежуточного контроля
		Всего в часах и ЗЕ	Часы контактной работы	Часы самостоятельной работы	
4,5	8,9,10	108/33Е	60	48	зачет

5. Учебная программа дисциплины

5.1. Содержание дисциплины

Понятие о репродуктивной системе. Анатомия и физиология женских половых органов. Менструальный цикл. Медико-генетические аспекты в репродуктологии.

1. Оплодотворение. Критические периоды развития беременности. Фетальный период развития.

2. Изменения в организме женщины при беременности. Диагностика беременности, методы лабораторного и функционального исследования при беременности.

3. Медицинская генетика.

Генетические аспекты бесплодного брака.

Генетические аспекты формирования пола. Нарушение полового созревания – преждевременное половое созревание, задержка полового развития, аномалии развития гениталий.

4. Эмбриология и медицинские аспекты гистогенеза половой сферы.

Медицинские аспекты строения и развития мужской и женской репродуктивных систем человека.

Медицинские аспекты кариогенеза человека, прогенез, эмбриогенез, фетогенез.

5. Урология

Методы оценки функционального состояния репродуктивной системы у мужчин. Структура организации помощи супружеским парам с нарушениями репродуктивной функции. Методы вспомогательных репродуктивных технологий.

Генетические аспекты бесплодия. Иммунологическое бесплодие.

Специфические и неспецифические инфекционные заболевания органов репродуктивной системы у мужчин (простатит, эпидидимит, орхит, уретрит). Проблемы ИППП. Экскреторное бесплодие у мужчин.

Эндокринные формы бесплодия. Возрастной андрогенный дефицит. Медикаментозные средства, применяемые для коррекции гормональных нарушений в репродуктивной системе мужчин. Эректильная дисфункция (методы коррекции).

6. Группы риска у беременных. Диспансеризация беременных.

7. Фето-плацентарная недостаточность.

8. Ведение беременности и родов у женщин высокой степени риска.

9. Иммунологии репродукции

Иммунология беременности.

Иммунологические аспекты гинекологических заболеваний.

Иммунология в рамках ВРТ и ЭКО.

10. Половое созревание. Нарушения полового созревания – преждевременное половое созревание, задержка полового развития, первичные аменореи, аномалии развития гениталий. – 2 дня – (гинекология, медицинская генетика).

Медико-генетические аспекты нарушений полового созревания. Первичная аменорея. Аномалии развития гениталий.

11. Репродуктивный период. Возрастные рамки. Функционирование репродуктивной системы человека. Эндокринная регуляция репродуктивной и сексуальной функции. Нервная регуляция.

12. Нарушения репродуктивной функции. Бесплодие — как общесоциальная проблема.

13. Эндокринные формы бесплодия. Трубно-перитонеальный фактор. 14. Иммунологическое бесплодие. Эктопическая беременность. – 2 дня – гинекология.

Бесплодие как общесоциальная проблема. Эндокринные формы бесплодия.

15. Трубно-перитонеальный фактор. Иммунологическое бесплодие. Эктопическая беременность.

16. Эндометриоз как причина бесплодия

17. Бесплодие «неясного» генеза. Репродуктивные технологии.

18. Невынашивание (привычная потеря) беременности.

19. Методы оценки функционального состояния репродуктивной системы. Медикаментозные средства, применяемые для коррекции гормональных нарушений в репродуктивной системе человека.

20. Медикаментозные средства, применяемые для коррекции гормональных нарушений в репродуктивной системе человека.

21. Особенности организации помощи супружеским парам с нарушениями репродукции.

5.2. Учебно-тематический план дисциплины (в академических часах) и матрица компетенций.

	Наименование разделов дисциплины (модулей) и тем 7 и 8 семестры	клинические практические занятия	Самостоятельная работа студента	Итого часов	Формируемые компетенции						Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения	инновационные технологии	Формы текущего и рубежного контроля успеваемости
					ОПК-6	ПК-5	ПК-6	ПК-8	ПК-9	ПК-20			
1	Понятие о репродуктивной системе. Анатомия и физиология женских половых органов. Менструальный цикл. Медико-генетические аспекты в репродуктологии.	6	4	10	+	+	+	+			ЛВ		С
2	Оплодотворение. Критические периоды развития беременности. Фетальный период развития.	6	4	10	+	+	+	+	+		ЛВ, Э		Т, С
3	Изменения в организме женщины при беременности. Диагностика беременности, методы лабораторного и функционального исследования при беременности.	6	4	10	+	+	+	+	+		КС, ВК, Р		Т, ЗС, Р, С, Д
4	Группы риска у беременных. Диспансеризация беременных.	6	4	10	+	+	+	+	+	+	ЛВ		Т, С
5	Фето-плацентарная недостаточность.	6	4	10	+	+	+	+	+	+	ЛВ, Тр		Т, С, Пр
6	Медико-генетические аспекты нарушений полового созревания.	6	4	10	+	+	+	+	+	+	ЛВ, КлС, Р		Т, ЗС, С
7	Первичная аменорея. Аномалии развития гениталий.	6	3	9	+	+	+	+	+	+	ЛВ, КлС, УИРС, Р		Т, ЗС, ИБ, СД
8	Репродуктивный период. Возрастные рамки. Функционирование репродуктивной системы человека. Эндокринная регуляция репродуктивной и сексуальной функции. Нервная регуляция.	6	4	10	+	+	+	+	+	+	ЛВ, КлС, УИРС, Р	РСЗ	Т, ЗС, ИБ, СД
9	Бесплодие как общесоциальная проблема.	6	4	10	+	+	+	+	+	+	ЛВ, КлС, УИРС, Р		Т, ЗС, ИБ, СД

10	Эндокринные формы бесплодия.	3	6	9	+	+	+	+	+	+	ЛВ, КлС, Р	РСЗ	ЗС, Р, С, Д
11	Трубно-перитонеальный фактор. Иммунологическое бесплодие. Эктопическая беременность.	3	7	10	+	+	+	+	+	+	ЛВ	РСЗ	Т, ЗС, С
	Итого часов	60	48	108									
													% использования инновационных технологий от общего числа тем – 39%

Список сокращений:

Примечание. Трудоёмкость в учебно-тематическом плане указывается в академических часах. **Примеры образовательных технологий, способов и методов обучения** (с сокращениями): лекция-визуализация (ЛВ), мозговой штурм (МШ), мастер-класс (МК), деловая и ролевая учебная игра (ДИ, РИ), метод малых групп (МГ), занятия с использованием тренажёров, имитаторов (Тр), разбор клинических случаев (КлС), подготовка и защита истории болезни (ИБ), посещение врачебных конференции, консилиумов (ВК), учебно-исследовательская работа студента (УИРС), подготовка и защита рефератов (Р). **Примерные формы текущего и рубежного контроля успеваемости** (с сокращениями): Т – тестирование, Пр – оценка освоения практических навыков (умений), ЗС – решение ситуационных задач, КР – контрольная работа, КЗ – контрольное задание, ИБ – написание и защита истории болезни, КЛ – написание и защита кураторского листа, Р – написание и защита реферата, С – собеседование по контрольным вопросам, Д – подготовка доклада

6. Учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы обучающихся по дисциплине

Методические разработки для самостоятельной работы студента.

Методические разработки для преподавателя.

Методические разработки раскрывают рекомендуемый режим и характер различных видов учебной работы, а также выполнение самостоятельной работы. Каждая тема имеет ориентировочные основы действия, завершается примерным перечнем вопросов, тестовых заданий и набором ситуационных задач, которые предназначены для самостоятельной работы студентов и нацеливают их на промежуточные и итоговые формы контроля.

Имеются схемы истории родов и истории болезни, которые оформляет студент в ходе изучения акушерства и гинекологии.

Темы для самостоятельного обучения:

1. Ранний неонатальный период. Понятие о недоношенности.
2. Понятие о репродуктивном поведении. Профилактика абортот.
3. Инволютивный период функционирования репродуктивной системы.
4. Перименопауза.
5. Предгравидарная подготовка.

Контроль самостоятельного изучения тем осуществляется:

- на практических занятиях с использованием тестовых заданий, контрольных вопросов, ситуационных задач, а также в ходе экзамена по дисциплине;

- **подготовка рефератов и докладов по предложенной тематике**, которые заслушиваются либо на практическом занятии (если тема доклада и занятия совпадают), либо на заседании научного студенческого кружка;

- **подготовка учебных схем, таблиц, слайдов, учебных видеофильмов;**

- **создание тематических учебных наборов** инструментальных данных (КТГ, рентгенограмм, ультразвукового исследования) и лабораторных исследований;

- **написание академической истории болезни или родов.**

2. Самостоятельная работа студента в аудиторное время:

- освоение алгоритма обследования беременной или гинекологической больной под контролем со стороны преподавателя;

- интерпретация результатов лабораторных и инструментальных методов исследования;

- курация беременных или гинекологических больных и написание истории болезни или родов.

На кафедре акушерства и гинекологии, медицинской генетики для самостоятельной работы студентов в аудиторное и внеаудиторное время созданы и постоянно обновляются методические разработки и обучающе-контролирующие учебные пособия по темам рабочей учебной программы дисциплины.

Имеются в библиотеке ИвГМА и на кафедре учебные пособия:

№ п/п	Наименование трудов	Характер работы	Выходные данные	Объем (стр.)	Авторы
1	Генитальный эндометриоз. Клинический разбор больной.	Печатн.	Учебно-методическое пособие для студентов.- Иваново. – 2008.-89 с. (с грифом УМО).	89	Посисеева Л.В., Добрынина М.Л., Назарова А.О., Барсегян О.К.
2	Современные методы контрацепции: теоретические и практические аспекты.	Печатн.	Учебное пособие для студентов 5 курса, обучающихся по специальности «Лечебное дело».- Иваново. – 2013.- 86 с. (с грифом ИвГМА).	86	Мальшкина А.И., Богатова И.К., Добрынина М.Л., Назарова А.О.
3	Эндометриоз.	Печатн.	Учебное пособие для	55	Мальшкина А.И.,

№ п/п	Наименование трудов	Характер работы	Выходные данные	Объем (стр.)	Авторы
			студентов, обучающихся по специальности «Лечебное дело».- Иваново. – 2014.- 55 с. (с грифом ИвГМА).		Добрынина М.Л., Назарова А.О., Барсегян О.К.
4	Кровотечения при беременности и в родах.	Печатн.	Учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности «Лечебное дело».- Иваново. – 2015.- 59 с. (с грифом ИвГМА).	59	Малышкина А.И., Борзова Н.Ю., Барсегян О.К., Таланова И.Е., Смирнова И.И., Назарова А.О.
5	Бесплодный брак и вопросы планирования семьи.	Печатн.	Учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности «Лечебное дело».- Иваново. – 2015.- 123 с. (с грифом ИвГМА).	123	Малышкина А.И., Добрынина М.Л., Назарова А.О., Богатова И.К., Батрак Н.В.
6	Практические навыки по дисциплине «Акушерство и гинекология».	Печатн.	Учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности «Лечебное дело».- 2016.- 60 с. (с грифом ИвГМА).	60	А. И. Малышкина, А. О. Назарова, К. П. Андреев, О. К. Барсегян, И. И. Смирнова, А. М. Герасимов, М. Л. Добрынина, Н. В. Батрак, И. Е. Таланова
7	Ведение беременных при экстрагенитальной патологии.	Печатн.	Учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности «Лечебное дело».- 2016.- 60 с. (с грифом ИвГМА).	60	А.И. Малышкина, К.П. Андреев, О.К. Барсегян, А.О. Назарова
8	Заболевания шейки матки. Диагностика, лечение.	Печатн.	Учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности «Лечебное дело».- 2015.- 60 с. (с грифом ИвГМА).	68	А.И. Малышкина, Герасимов А.М., Каунов Л.А., Батрак Н.В., Кирсанов А.Н.

7. Оценочные средства для контроля уровня сформированности компетенций (текущий контроль успеваемости, промежуточная аттестация по итогам освоения дисциплины и учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы студентов)

Текущий контроль успеваемости на практических занятиях проводится в форме фронтального устного опроса, собеседования, тестирования, решения ситуационных задач, разбора клинических ситуаций, выписывания рецептов, оценки усвоения практических навыков в ходе работы с больными.

Оценка вышеперечисленных видов учебной деятельности студентов проводится во время зачета.

Критерии оценки в ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России

Характеристика ответа	Оценка
1	2
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном ориентировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знания об объекте демонстрируются на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию студента.</p>	Зачтено
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные студентом самостоятельно в процессе ответа</p>	зачтено
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты в определении понятий, исправленные студентом с помощью преподавателя</p>	зачтено
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные студентом с помощью преподавателя</p>	зачтено
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Однако допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные студентом с помощью «наводящих» вопросов преподавателя</p>	зачтено
<p>Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые студент затрудняется исправить самостоятельно</p>	зачтено
<p>Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Студент не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Студент может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя</p>	зачтено

теля. Речевое оформление требует поправок, коррекции	
Дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при определении сущности раскрываемых понятий, теорий, явлений, вследствие непонимания студентом их существенных и несущественных признаков и связей. В ответе отсутствуют выводы. Умение раскрыть конкретные проявления обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции	зачтено
Дан неполный ответ. Присутствует нелогичность изложения. Студент затрудняется с доказательностью. Масса существенных ошибок в определениях терминов, понятий, характеристике фактов, явлений. В ответе отсутствуют выводы. Речь неграмотна. При ответе на дополнительные вопросы студент начинает понимать связь между знаниями только после подсказки преподавателя	зачтено
Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствует фрагментарность, нелогичность изложения. Не понимает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа студента не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины	незачтено
Не получен ответ по базовым вопросам дисциплины	незачтено
Отказ от ответа	незачтено
Присутствие на занятии	В журнал не ставится
Отсутствие на занятии	

Формы промежуточной аттестации

1. **Входной контроль** (тесты по разделам предшествующих дисциплин);
2. **Текущий контроль**, который проводится ежедневно на каждом занятии (тесты, ситуационные задачи по теме занятия);
3. **Рубежный контроль**, по окончании раздела (модуля) дисциплины (тесты рубежного контроля и ситуационные задачи рубежного контроля);

Промежуточная аттестация по дисциплине осуществляется в форме зачета после 9 семестра. (Приложение №1)

Освобождение от экзамена не допускается.

Проведение **зачета** осуществляется в **2 этапа**:

1. Тестирование проводится накануне экзамена; используется 16 вариантов заданий, содержащих 50 тестов в каждом. Результат тестирования оценивается: «выполнено» - «не выполнено». Положительный результат тестирования (56% и более правильных ответов) является допуском к практической части экзамена.

2. Практические навыки

- проверка освоения практических умений путем демонстрации их выполнения на фантоме,
- оценка данных функциональных и инструментальных методов обследования.

По результатам трёх этапов выставляется «зачтено» или «не зачтено». Обязательным условием получения зачета является положительный итог двух этапов зачета.

8. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)

а). Основная литература:

1. Акушерство [Текст] : учебник : для студентов медицинских вузов : [гриф] УМО / Г. М. Савельева [и др.].-М., 2011.
2. 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.

Б). Дополнительная литература:

1. Айламазян, Э.К. Акушерство [Текст] : учебник для медицинских вузов : [гриф] МЗ РФ / Э. К. Айламазян, Б. Н. Новиков [и др.]. – Изд. 3-е, перераб. – СПб. : СпецЛит, 2002.
2. Алгоритмы практических навыков и манипуляций для студентов по акушерству и гинекологии [Текст] / сост.: А. И. Малышкина, А. О. Назарова, К. П. Андреев. – Иваново : [б. и.], 2013.
3. Ведение беременных при экстрагенитальной патологии [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. 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>
5. Подзолкова Н.М. Симптом. Синдром. Диагноз. Дифференциальная диагностика в гинекологии [Текст] / Н. М. Подзолкова, О. Л. Глазкова. – 2-е изд., испр. И доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2005.б
6. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению : руководство / Под ред. Г.Т. Сухих, Т.А. Назаренко. – 2-е изд. Испр. И доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. <http://www.studmedlib.ru>

9. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети Интернет:

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 «Информио»,
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	http://www.studmedlib.ru

	студента»	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 библиотека (ФЭМБ)	www.feml.scsml.rssi.ru Входит в состав единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения в качестве справочной системы.
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 (BMC)	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 дисциплины (модуля)

Занятия по дисциплине по выбору «Репродуктивная медицина» 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
- учебные аудитории Центра НППО ИвГМА: блок хирургических манипуляций – 1, блок неотложной помощи - 4

Учебные помещения укомплектованы специализированной мебелью и техническими сред-

ствами обучения, служащими для представления учебной информации. В учебном процессе используется 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
1	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
2	Учебные аудитории Центра НППО ИвГМА блок хирургических манипуляций (1)	Наборы демонстрационного оборудования и учебно-методические пособий, обеспечивающие тематические иллюстрации: манекен акушерский светлый, манекен полноростовой отработки навыков по уходу
	блок неотложной помощи (4)	Компьютерный класс: столы, стулья, компьютер персональный lenovo aio 520 (17) Столы и стулья, стол для переговоров «сириус», шкаф книжный, доска настенная, телевизор Samsung, системный блок, монитор, негатоскоп, симуляционная система родов электронная ВиртуЭЛЬ и плод, акушерский манекен, фантом гинекологический муляж накладной молочных желез
3	Помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования (лаборантская1)	Шкафы для хранения, стеллаж для таблиц, мультимедийные презентации, таблицы,
4.	Учебные аудитории для проведения самостоятельной работы (читальный зал библиотеки ИвГМА, компьютерный класс центра информатизации)	Столы, 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 DEPO 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).

11. Информационное обеспечение дисциплины (модуля)

Для успешного освоения дисциплины в программе курса используются как традиционные, так и инновационные образовательные технологии:

1. Практическое занятие. Позволяет под руководством преподавателя подробно обсудить и систематизировать самостоятельно изученный материал, провести работу в женской консультации, у постели больного, в операционной, родовом зале, смотровом кабинете.

2. Видеофильм. Обеспечивает наглядность изучаемой проблемы, поддерживает интерес к предмету обсуждения, сопровождается комментариями преподавателя
3. Мозговой штурм. Этот метод позволяет активизировать творческую активность студентов при выработке тактики ведения больного, постановке диагноза, проведении дифференциальной диагностики и т. д.
4. Ролевая игра. Позволяет в игровой форме воспроизвести симптомы заболевания, отработать действия врача, этапы оказания врачебной помощи.
5. Метод малых групп. Обучает работать в команде, прислушиваться к мнению коллеги, принимать общее взвешенное решение.
6. Занятие с использованием компьютерных обучающих программ. Позволяет получить и закрепить полученные знания, самостоятельно проверить надежность запоминания.
7. Занятия с использованием тренажеров, фантомный курс. Каждый студент имеет возможность самостоятельно выполнить манипуляцию, операцию, отработать каждый этап процесса, оценить результат.
8. Разбор клинических случаев, ситуационных задач. Облегчает усвоение теоретического материала, «приближает» студента к конкретной клинической ситуации, а значит, увеличивает интерес к профессии. Развивает способность к обобщению, развивает системное мышление. Имеется набор учебных историй болезни
9. Подготовка и защита историй болезни. Позволяет студенту работать с медицинской документацией, конкретным больным, заставляет обобщать полученные данные для постановки диагноза, разработки плана обследования и тактики ведения, озвучивать свою точку зрения перед коллегами, развивает навыки не только письменной, но и устной речи.
10. Использование компьютерных обучающих программ. Этот метод дает наглядную визуализацию в изучении проблемы, активизирует мыслительные процессы, облегчает запоминание и позволяет провести самоконтроль полученных навыков.
11. Посещение врачебных конференций, консилиумов. «Погружает» студента в непосредственную клиническую среду, показывает применение полученных теоретических знаний на практике, приближает студента к больному, облегчает запоминание симптоматики, диагностики и методов лечения.
12. Учебно-исследовательская работа, подготовка и защита рефератов. Обучает навыкам аналитического изучения литературы, пониманию научных проблем, терминов, построению научных статей, методам оценки полученных результатов. Дает навык публичного выступления, работы с аудиторией, ответов на вопросы, улучшает речевые навыки. На кафедре активно работает научный кружок, где студенты под руководством преподавателей выполняют элементы НИРС. Результаты своей работы студенты представляют ежегодно на «Неделе науки» академии.
13. Встречи с представителями Российских и зарубежных фармкомпаний. Встречи проводятся в виде конференций, круглых столов, где студент может задать вопрос и получить квалифицированный ответ по поводу новых лекарственных препаратов, оборудования.
14. Мастер-классы. Преподаватель во время работы на отделении и в операционной демонстрирует приемы обследования и лечения и обучает им студентов на больных. Проводит разбор сложных случаев с использованием историй родов и болезни, студенты присутствуют на утренних конференциях и обходах больных. При этом обучающиеся усваивают врачебную логику, клиническое мышление, видят непосредственную работу врачей, «погружаются» в дисциплину. «Доброкачественные опухоли гениталий – Эндометриоз: современные подходы к диагностике, лечению и профилактике»; Доброкачественные опухоли гениталий – Миома матки: решение извечной проблемы на современном этапе».
15. Кейс – метод: «Таз с анатомической и акушерской точек зрения. Плод как объект родов». «Течение и ведение родов при головном предлежании плода».

Дидактическая ценность перечисленных методов заключается в создании условий для активизации творческой деятельности студентов, возможности использования теоретических знаний для решения конкретных задач, развития коммуникативных навыков, формирования

системного мышления, развития способности к критическому мышлению и оценке, как собственной деятельности, так и деятельности коллег.

12. Протоколы согласования рабочей программы дисциплины (модуля) с другими кафедрами.

Разделы дисциплины по выбору «Репродуктивная медицина» и междисциплинарные связи с предшествующими дисциплинами

№ п/п	Наименование последующих дисциплин	№ № разделов данной дисциплины, необходимых для изучения последующих дисциплин					
		1	2	3	4	5	6
1	Нормальной анатомии	+	+				+
2	Гистология, эмбриология, цитология		+			+	+
3	Микробиологии					+	
4	Нормальной физиологии	+	+	+	+		
5	Фармакологии		+				
6	Патофизиология	+				+	
7	Патологическая анатомия		+				
8	Пропедевтика внутренних болезней		+	+	+	+	

Разделы электива по выбору «Репродуктивная медицина» и междисциплинарные связи с последующими дисциплинами

№ п/п	Наименование последующих дисциплин	№ № разделов данной дисциплины, необходимых для изучения последующих дисциплин					
		1	2	3	4	5	6
1	Поликлиническое дело	+	+	+	+	+	+
2	Госпитальная хирургия		+	+	+		
3	Госпитальная терапия		+	+			
4	Факультетская хирургия			+	+	+	+
5	Иммунология				+	+	+

Разработчики рабочей программы: к.м.н., ассистент Таланова И.Е., к.м.н., доцент Назарова А.О., к.м.н., доцент Андреев К.П.

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

Министерство здравоохранения Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Кафедра акушерства и гинекологии, медицинской генетики

Приложение 1
к рабочей программе дисциплины

**Фонд оценочных средств
для проведения промежуточной аттестации дисциплины по выбору
«Репродуктивная медицина»**

Уровень высшего образования:	специалитет
Квалификация выпускника:	Врач-лечебник
Направление подготовки:	31.05.01 «Лечебное дело»
Направленность (специализация)	Лечебное дело
Тип образовательной программы:	Программа специалитета
Форма обучения:	<i>Очная</i>
Срок освоения образовательной программы:	3 года

1. Паспорт ФОС дисциплины по выбору «Репродуктивная медицина».

1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
ОПК 6	готовность к ведению медицинской документации	8,9,10 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	8,9,10 семестр
ПК 6	способность к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической <u>классификацией</u> болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра	8,9,10 семестр
ПК 8	способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами	8,9,10 семестр
ПК 9	готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	8, 9, 10 семестры
ПК 20	готовность к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины	8, 9,10 семестр

1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	ОПК 6	<p>Знать: правила оформления диспансерной карты беременной, 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 –</p>	<p>Оценка тестовых заданий</p> <p>Оценка практических навыков</p>	Промежуточная аттестация 10 семестр зачет

		оформить академическую историю болезни или родов в соответствии с планом написания истории болезни или родов.		
2.	ПК 5	<p>Знать: этиологию, патогенез наиболее часто встречающихся заболеваний в акушерстве и гинекологии;</p> <p>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 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>1) 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>	Набор тестовых заданий, аттестация по практическим навыкам, собеседование по практико-ориентированным заданиям	

		<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 эндометрия. <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>		
3.	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 разбо-</p>		

		<p>ра 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>		
4.	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>		
5.	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>		

8.	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. Набор тестовых заданий

2.1.1. Содержание

Для проведения тестового этапа зачета используется набор тестовых заданий с одним или несколькими вариантами правильных ответов. Базу тестовых заданий составляют 12 вариантов тестов по 30 вопросов в каждом варианте (360 вопросов). Тестовые задания используются для проверки теоретических знаний в рамках формируемых компетенций (ПК 5, ПК 6, ПК 8, ПК 9, ПК 20).

Примеры тестовых заданий:

Выберите несколько правильных ответов.

ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ НАБЛЮДАЮТСЯ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ НИЖЕ СИМПТОМЫ:

1. гипоплазии матки
2. двустороннего увеличения яичников
3. гипертрихоза
4. уменьшение костной массы
5. первичного бесплодия

Правильные ответы- 1,2,3,5.

НАЗОВИТЕ ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ:

1. изменение функциональной активности маточных труб
2. спаечный процесс в брюшной полости
3. выраженные морфологические изменения эндометрия
4. изменения состава перитонеальной жидкости
5. нарушение функции яичников

Правильный ответ – 1,2,3,5.

2.1.2 Критерии и шкала оценки

Критерии оценки тестов

«зачтено» - 56-100 баллов

«незачтено» - ниже 56 баллов

Тестовая программа считается выполненной при получении студентом оценки 56 баллов и выше. Итоговая оценка по тестированию учитывается как допуск к следующему этапу.

2.1.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания

Итоговое тестирование проводится накануне зачета дисциплине по выбору «Репродуктивная медицина» (8 и 12 семестр). Студентам предлагаются 30 тестовых по всем темам элективных занятий (12 вариантов). Проводится бланковое тестирование в условиях учебной комнаты кафедры (на базе ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» МЗ РФ), на выполнение программы предоставляется 1 академический час.

Итоговая оценка (зачтено/незачтено) фиксируется в журнале регистрации практических занятий обучающихся.

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 «незачтено» (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 проведе-

ние 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
2.	ПК 5, ПК 12	Выполнение алгоритма обследования гинекологической больной или беременной	100	
3.	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.

2) СИТУАЦИОННАЯ 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 объем 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 аборт, 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 2007 г., в Российской Федерации диагностировано 48 344 случая ВБ. Материнская смертность от ВБ в 2007 г. составила 13 случаев, это 3,4% всех ее причин.

В 2009 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 XIX Всемирном конгрессе акушеров-гинекологов (FIGO, 2009), 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.

точной 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 абортивным исходом» зарегистрированы два термина, не исключаящие 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 беременно-

сти), 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, положи-

тельная 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 В-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 полоску 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 абортom 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 абортom 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 (3-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 ма-

точную 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. 71).

Таблица 71. 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 ante-flexio-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 ле-

чения 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 раздельного 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.

Большую наблюдают в стационаре. При сильной длительной боли внизу живота определяют гематокрит и проводят влагалищное УЗИ, позволяющее уточнить, не 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 гестаионным 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 объём операции.

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

Ввиду разрыва маточной трубы, вероятный объём 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 «не зачтено» (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

Зачет является формой заключительной проверки усвоения обучающимися теоретического материала и практических умений, опыта (владений) по дисциплине.

Условием допуска обучающегося к зачету является полное выполнение учебного плана данной дисциплины.

Зачет осуществляется в два этапа:

I. Тестовый контроль знаний.

II. Проверка практических умений, опыта (владений).

Зачет считается сданным при условии успешного выполнения обоих его этапов – тестового контроля знаний и проверки практических умений.

3. Критерии получения студентом итоговой оценки по дисциплине

Итоговая оценка за зачет по дисциплине

Положительный результат сдачи этапов зачета (общий результат двух этапов) оценивается отметками «зачтено», «не зачтено».

Итоговая оценка по дисциплине

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

Авторы-составители ФОС: к.м.н., доцент А.О.Назарова, к.м.н., доцент К.П. Андреев, к.м.н., ассистент И.Е. Таланова