



федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования  
**Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова**  
**Министерства здравоохранения Российской Федерации**  
**(Сеченовский Университет)**

Утверждено  
Ученый совет ФГАОУ ВО Первый МГМУ  
им. И.М. Сеченова Минздрава России  
(Сеченовский Университет)  
«20» января 2021  
протокол №1

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ**

Акушерство и гинекология

основная профессиональная Высшее образование - специалитет - программа специалитета  
32.00.00 Науки о здоровье и профилактическая медицина  
32.05.01 Медико-профилактическое дело

**Цель освоения дисциплины Акушерство и гинекология**

Цель освоения дисциплины: участие в формировании следующих компетенций:

ПК-1; Способность и готовность к изучению и оценке факторов среды обитания человека и реакции организма на их воздействия, к интерпретации результатов гигиенических исследований, пониманию стратегии новых методов и технологий, внедряемых в гигиеническую науку и санитарную практику, к оценке реакции организма на воздействие факторов среды обитания человека (ПК-1)

ПК-3; Способность и готовность к организации и проведению санитарно-эпидемиологического надзора за инфекционными и неинфекционными заболеваниями (ПК-3)

ПК-5; Способность и готовность к участию в предупреждении, обнаружении, пресечении нарушений законодательства Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в целях охраны здоровья населения и среды обитания и (или) устранению последствий таких нарушений (ПК-5)

ОК-8; Готовность к самостоятельной, индивидуальной работе, способность к самосовершенствованию, саморегулированию, самореализации (ОК-8)

ПК-10; Способность и готовность к выявлению причинно-следственных связей в системе "факторы среды обитания человека - здоровье населения" (ПК-10)

ПК-15; Способность и готовность к проведению санитарно-просветительской работы с населением по вопросам профилактической медицины, к работе с учебной, научной и справочной литературой, проведению поиска информации для решения профессиональных задач (ПК-15)

ПК-16; Способность и готовность к планированию и проведению гигиенического воспитания и обучения детей, подростков, их родителей и персонала дошкольных образовательных организаций, общеобразовательных организаций и организаций дополнительного образования (ПК-16)

ПК-19; Способность и готовность к принятию управленческих решений, направленных на сохранение здоровья населения в связи с неблагоприятным воздействием факторов среды обитания человека (ПК-19)



ПК-20; Способность и готовность к проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, защите населения в очагах особо опасных инфекций, при стихийных бедствиях и различных чрезвычайных ситуациях (ПК-20)

ПК-23; Способность и готовность к осуществлению санитарно-эпидемиологической экспертизы проектной документации и материалов по отводу земельных участков под строительство различных объектов (ПК-23)

ПК-24; Способность и готовность к интерпретации результатов гигиенических исследований, к пониманию стратегии новых методов и технологий, внедряемых в гигиеническую науку и санитарную практику (ПК-24)

ПК-25; Способность и готовность к оценке (описанию и измерению) распределения заболеваемости по категориям, а в отношении отдельных болезней по территории, группам населения и во времени (ПК-25)

ПК-26; Способность и готовность к формулировке, оценке и проверке гипотез, объясняющих причину, условия и механизм возникновения заболеваний и их распространения (ПК-26)

ПК-27; Способность и готовность к научно обоснованному применению современных методик сбора и обработки информации о состоянии здоровья населения, деятельности различных типов медицинских учреждений и их подразделений, анализу информации в целях разработки научно обоснованных мер по улучшению и сохранению здоровья населения (ПК-27)

#### **Требования к результатам освоения дисциплины.**

Изучение дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих компетенций:

п/№	Код компетенции	Содержание компетенции (или ее части)	Индикаторы достижения компетенций:			
			Знать	Уметь	Владеть	Оценочные средства
1	ПК-1	Способность и готовность к изучению и оценке факторов среды обитания человека и реакции организма на их воздействия, к интерпретации результатов гигиенических исследований, пониманию стратегии новых	основы организации работы исполнителей	работать в команде, принимать ответственные решения	навыками кооперации неконфликтности	Тренировочный итоговый тест МПФ



		методов и технологий, внедряемых в гигиеническую науку и санитарную практику, к оценке реакции организма на воздействие факторов среды обитания человека (ПК-1)				
2	ПК-3	Способность и готовность к организации и проведению санитарно-эпидемиологического надзора за инфекционными и неинфекционными заболеваниями (ПК-3)	значение в условиях развития науки и изменяющейся социальной практики переоценки накопленного опыта	анализировать свои возможности и	Способами приобретенных новых знаний в различных формах, включая дистанционные	Тренировочный итоговый тест МПФ
3	ПК-5	Способность и готовность к участию в предупреждении, обнаружении, пресечении нарушений законодательства Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического	способы применения современных информационных технологий для решения профессиональных задач	работать с медико-технической аппаратурой	навыком работы с компьютерной техникой, способами обработки информации	Тренировочный итоговый тест МПФ



		благополучия населения в целях охраны здоровья населения и среды обитания и (или) устранению последствий таких нарушений (ПК-5)				
4	ОК-8	Готовность к самостоятельной, индивидуальной работе, способность к самосовершенствованию, саморегулированию, самореализации (ОК-8)	мотивационные основы самостоятельной и индивидуальной работы	применять знания по самосовершенствованию	навыками самостоятельной работы	Тренировочный итоговый тест МПФ
5	ПК-10	Способность и готовность к выявлению причинно-следственных связей в системе "факторы среды обитания человека - здоровье населения" (ПК-10)	принципы лечебно-профилактических мер	разрабатывать комплекс лечебно-профилактических мероприятий	способами внедрения в практику комплекса лечебно-профилактических мероприятий	Тренировочный итоговый тест МПФ
6	ПК-15	Способность и готовность к проведению санитарно-просветительской работы с населением	влияние факторов среды на здоровье населения	выявлять причинно-следственную связь между факторами среды и здоровьем населения	способами систематизации информации причинно-следственных связей в системе «факторы	Тренировочный итоговый тест МПФ



		по вопросам профилактической медицины, к работе с учебной, научной и справочной литературой, проведению поиска информации для решения профессиональных задач (ПК-15)			среды обитания человека-здоровье населения	
7	ПК-16	Способность и готовность к планированию и проведению гигиенического воспитания и обучения детей, подростков, их родителей и персонала дошкольных образовательных организаций, общеобразовательных организаций и организаций дополнительного образования (ПК-16)	современные гипотезы о причинах, условиях и механизмах возникновения заболеваний и их распространении	формулировать, оценивать и проверять гипотезы о происхождении и развитии и распространении заболеваний	способами формулировать, оценки и проверки гипотез	Тренировочный итоговый тест МПФ
8	ПК-19	Способность и готовность к принятию управленческих решений,	предназначение и методика использования современной	работать с современной диагностической аппаратурой	навыками проведения лабораторной, лучевой и функциональной	Тренировочный итоговый тест МПФ



		направлены на сохранение здоровья населения в связи с неблагоприятным воздействием факторов среды обитания человека (ПК-19)	диагностической аппаратуры		диагностики	
9	ПК-20	Способность и готовность к проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, защите населения в очагах особо опасных инфекций, при стихийных бедствиях и различных чрезвычайных ситуациях (ПК-20)	клинику основных заболеваний в акушерстве и гинекологии	поставить диагноз на основании клинико-лабораторных данных	способами оценки клинических, лабораторных и инструментальных данных	Тренировочный итоговый тест МПФ
10	ПК-23	Способность и готовность к осуществлению санитарно-эпидемиологической экспертизы проектной документации и материалов по отводу	принципы санитарно-просветительской работы по вопросам профилактической медицины	работать с учебной, научной, нормативной и справочной литературой	навыками поиска информации для решения профессиональных задач	Тренировочный итоговый тест МПФ



		земельных участков под строительство о различных объектов (ПК-23)				
11	ПК-24	Способность и готовность к интерпретации результатов гигиенических исследований, к пониманию стратегии новых методов и технологий, внедряемых в гигиеническую науку и санитарную практику (ПК-24)	теорию гигиенического обучения детей, подростков, их родителей	планировать и проводить гигиеническое обучение	методами подготовки персонала учреждений для детей и подростков	Тренировочный итоговый тест МПФ
12	ПК-25	Способность и готовность к оценке (описанию и измерению) распределения заболеваемости по категориям, а в отношении отдельных болезней по территории, группам населения и во времени (ПК-25)	этику и деонтологию врачебной деятельности	применять знания по этике и деонтологии при общении с коллегами, персоналом, пациентами и их родственниками	различными методиками реализации этических и деонтологических аспектов	Тренировочный итоговый тест МПФ
13	ПК-26	Способность и готовность к формулированию	правила общения и взаимодействия	применять правила общения и взаимодействия	способами обучения медицинского персонала	Тренировочный итоговый тест МПФ



		ке, оценке и проверке гипотез, объясняющих причину, условия и механизм возникновения заболеваний и их распространения (ПК-26)	населением, в коллективе и партнерами	вия с населением, в коллективе и с партнерами		
14	ПК-27	Способность и готовность к научно обоснованному применению современных методик сбора и обработки информации о состоянии здоровья населения, деятельности и различных типов медицинских учреждений и их подразделений, анализу информации в целях разработки научно обоснованных мер по улучшению и сохранению здоровья населения (ПК-27)	правила медицинского поведения населения, основы здорового образа жизни	проводить гигиенические процедуры	способами обучения населения	Тренировочный итоговый тест МПФ

**Разделы дисциплины и компетенции, которые формируются при их изучении**

п/№	Код	Наименование	Содержание раздела в	Оценочные
-----	-----	--------------	----------------------	-----------





	компетенции	раздела/темы дисциплины	дидактических единицах	средства
1	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ОК-8, ПК-10, ПК-15, ПК-16, ПК-19, ПК-20, ПК-23, ПК-24, ПК-25, ПК-26, ПК-27	1. Физиологическое акушерство  1.1 Менструальный цикл и его регуляция. Оплодотворение. Диагностика беременности. Определение срока беременности и даты родов. Акушерская терминология. Специальное акушерское обследование. Строение и функция миометрия. Критические периоды внутриутробного развития эмбриона и плода. Влияние вредных факторов на развитие эмбриона и плода.	Схема и последовательность опроса беременной. Течение и исход предыдущих беременностей. Сомнительные, вероятные, достоверные признаки беременности. Гормональные и иммунологические методы диагностики беременности. Методы определения срока беременности и даты родов. Наружные размеры женского таза. Границы большого и малого таза; плоскости малого таза и границы (плоскость входа, широкой, узкой и плоскость выхода). Прямые, поперечные и косые размеры плоскостей малого таза; ромб Михаэлиса и его размеры; индекс Соловьева; размер Франка; диагональная конъюгата; истинная конъюгата и методы ее оценки; методы наружного акушерского исследования; приемы Леопольда. Членорасположение, положение, позиция, вид позиции, предлежание плода. Проводная ось таза и проводная точка. Вставление головки плода: синклитическое и	Тренировочный итоговый тест МПФ



асинклитическое.

Опознавательные точки на головке плода: стреловидный, венечный и лямбовидный швы. Большие и малые роднички, размеры головки плода: малый, средний и большой косые размеры, прямой и вертикальный размеры, большой и малый поперечные размеры.

Перинатальный период; основные причины перинатальной смертности и заболеваемости; факторы риска возникновения перинатальной патологии; исследование в первом, втором и третьем триместрах; нормативные показатели кровотока в системе мать-плацента-плод; нормативные показатели антенатальной КТГ; основные инвазивные методы пренатальной диагностики. относятся: биопсия (аспирация) ворсин хориона (в сроке 9-12 нед).

1.2 Женская консультация. Ведение физиологической беременности. Законодательство по охране здоровья матери и ребенка. Анатомия женского таза. Плод как объект родов. Биомеханизм родов при переднем и заднем виде затылочного предлежания.

Женская консультация (ЖК) является подразделением поликлиники, МСЧ или родильного дома, оказывающим амбулаторную лечебно-профилактическую, акушерско-гинекологическую помощь населению. Основными задачами женской консультации являются:

- оказание квалифицированной акушерско-гинекологической помощи населению прикрепленной территории;
- проведение лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение осложнений беременности, послеродового периода, предупреждение гинекологических заболеваний;

Тренировочный итоговый тест МПФ



- оказание женщинам социально-правовой помощи в соответствии с законодательством об охране здоровья матери и ребенка;

- внедрение в практику работы современных методов профилактики, диагностики и лечения беременных и гинекологических больных;

- внедрение передовых форм и методов амбулаторной акушерско-гинекологической помощи.

В соответствии с основными задачами женская консультация должна осуществлять:

- организацию и проведение санитарно-профилактической работы среди женщин;

- профилактические осмотры женского населения;

- проведение работы по контрацепции для предупреждения не планируемой беременности;

- обеспечение преемственности в обследовании и лечении беременных, родильниц и гинекологических больных между женской консультацией и родильным домом, детской консультацией, другими лечебно-профилактическими учреждениями (консультация “Семья и брак”, консультативно-диагностические центры, медико-генетические консультации).

Важной задачей врача женской консультации является взятие на учет беременных и осуществление лечебных мероприятий беременным, включенным в группу риска.

Деятельность консультации строится по участковому



принципу. Акушерско-гинекологический участок рассчитан на 6000 женщин, проживающих на территории деятельности данной консультации. На каждом из них до 25% женщин находятся в репродуктивном возрасте (от 15 до 49 лет). Режим работы женской консультации установлен с учетом безотказного обеспечения амбулаторной акушерско-гинекологической помощью женщин в их не рабочее время. Один день в неделю выделен врачу для оказания помощи и профилактических осмотров работниц прикрепленных промышленных предприятий, территориально расположенных на участке врача или для специализированного приема.

**СТРУКТУРА ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ:** регистратура, кабинеты врачей акушеров-гинекологов для приема беременных, родильниц, гинекологических больных, манипуляционная комната, физиотерапевтический кабинет, где проводят лечебные процедуры, кабинеты терапевта, стоматолога, венеролога и юриста для консультаций по социально-правовым вопросам. Организованы кабинеты специализированного приема для женщин, страдающих бесплодием, невынашиванием беременности, для консультаций по вопросам контрацепции, патологии пременопаузального, климактерического и постменопаузального периодов, лаборатория, кабинет УЗИ.



Регистратура женской консультации обеспечивает предварительную запись на прием к врачу на все дни недели при личном посещении или по телефону.

Врач участка, кроме приема в женской консультации оказывает помощь на дому беременным, родильницам, гинекологическим больным, которые по состоянию здоровья не могут сами явиться в женскую консультацию. Если врач находит нужным, он активно посещает больную или беременную на дому без вызова (патронаж).

Санитарно-просветительную работу проводят врачи и акушерки по плану. Основные формы этой работы: индивидуальные и групповые беседы, лекции, ответы на вопросы с использованием аудио- и видеокассет, радио, кино, телевидения.

Правовую защиту женщин осуществляют юрисконсульты женской консультации, которые вместе с врачами выявляют женщин, нуждающихся в правовой защите, читают лекции, проводят беседы по основам российского законодательства о браке и семье, льготах трудового законодательства для женщин. Одной из главных задач женской консультации является выявление предраковых заболеваний, профилактика онкологических заболеваний. Существуют три вида профилактических осмотров: комплексные, целевые, индивидуальные.

Профилактические осмотры женского населения проводят с 20-



летнего возраста, два раза в год с обязательным цитологическим и кольпоскопическим обследованиями.

#### НАБЛЮДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ

Главная задача женской консультации - диспансеризация беременных. Срок взятия на учет - до 12 недель беременности. При первом посещении заполняют "Индивидуальную карту беременной и родильницы" (форма 111у), в которой записывают все данные опроса, обследования, назначения при каждом посещении. После клинического и лабораторного обследования (до 12 недель) определяют принадлежность каждой беременной к той или иной группе риска. Для количественной оценки факторов риска следует пользоваться шкалой "Оценка пренатальных факторов риска в баллах" (приказ №430).

#### ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Выявляют гинекологические заболевания при посещении женщинами женской консультации, на профилактических осмотрах в женской консультации или предприятиях, смотровых кабинетах поликлиник. На каждую женщину, первично обратившуюся в женскую консультацию, заводят "Медицинскую карту амбулаторного больного" (форма 025у). При наличии показаний для диспансеризации, заполняют "Контрольную карту диспансерного наблюдения" (форма 030у).

#### ОРГАНИЗАЦИЯ АКУШЕРСКО-



## ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ НА ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЯХ

Врачи акушеры-гинекологи женской консультации проводят на предприятиях, прикрепленных к консультации, комплекс лечебно-профилактической работы. Для проведения этой работы врачу отводят один день в неделю. В настоящее время в женской консультации выделяют акушера-гинеколога для работы с предприятиями из расчета один врач на 2000-2500 женщин. На предприятии акушер-гинеколог проводит:

- профилактические осмотры женщин;
- углубленный анализ гинекологической заболеваемости;
- исходов беременности и родов;
- ведет прием гинекологических больных; контролирует работу комнаты личной гигиены;
- изучает условия труда женщин на предприятии;
- участвует в работе по улучшению условий труда работниц.

## ОРГАНИЗАЦИЯ АКУШЕРСКО- ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Выездная женская консультация является регулярно действующим филиалом женской консультации центральной районной больницы (ЦРБ) и создана для оказания врачебной акушерско-гинекологической помощи сельскому населению.



На сельском фельдшерско-акушерском пункте (ФАП) доврачебной помощи работа акушерки направлена в основном на раннее взятие на учет и систематическое наблюдение беременных с целью предупреждения осложнений беременности, проведения санитарно-просветительной работы. Периодическое врачебное обследование женщин на ФАП осуществляют врачи женской консультации районной больницы (РБ) или центральной районной больницы (ЦРБ), а также врачи выездной бригады ЦРБ в составе акушера-гинеколога, терапевта, стоматолога и лаборанта. Главная задача выездной женской консультации - диспансерное наблюдение беременных и оказание помощи больным с гинекологическими заболеваниями.

#### АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Анализ работы проводят по следующим разделам деятельности женской консультации: общие данные по консультации, анализ профилактической деятельности, акушерская деятельность. Анализ акушерской деятельности включает: отчет о медицинской помощи беременным и родильницам (вкладыш № 3): раннее (до 12 недель) взятие на диспансерное наблюдение беременных, осмотр беременных терапевтом, осложнения беременности (поздние гестозы, заболевания, не зависящие от беременности), сведения о новорожденных (родились





0 000180 17100

живыми, мертвыми,  
доношенными, недоношенными,  
умершие), перинатальная  
смертность, смертность  
беременных, рожениц и родильниц  
(материнская смертность).  
НАБЛЮДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ  
ПРИНЦИПЫ  
ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ  
БЕРЕМЕННЫХ

Наблюдение беременных является  
главной задачей женской  
консультации. От качества  
амбулаторного наблюдения во  
многом зависит исход  
беременности и родов.

- Ранний охват беременных  
врачебным наблюдением.  
Женщина должна быть взята на  
учет при сроке беременности до 12  
недель. Это позволит  
своевременно диагностировать  
экстрагенитальную патологию и  
решить вопрос о целесообразности  
дальнейшего сохранения  
беременности, рациональном  
трудоустройстве, установить  
степень риска и при  
необходимости обеспечить  
оздоровление беременной.  
Установлено, что при наблюдении  
женщин в ранние сроки  
беременности и посещениях ими  
врача 7-12 раз уровень  
перинатальной смертности в 2-2,5  
раза ниже, чем у всех беременных  
в целом, и в 5-6 раз ниже, чем при  
посещении врача в сроке  
беременности после 28 недель.  
Таким образом, санитарно-  
просветительная работа в  
сочетании с квалифицированным  
врачебным наблюдением –  
основной резерв для увеличения  
числа женщин, обращающихся к



врачам в ранние сроки беременности.

- Взятие на учет. При взятии беременной на учет независимо от срока беременности врач женской консультации обязан: ознакомиться с амбулаторной картой (или выпиской из нее) женщины из поликлинической сети для выявления

- Своевременное (в течение 12-14 дней) обследование. Эффективность раннего взятия беременной на учет будет полностью нивелирована, если в минимальные сроки не обследовать беременную по полной программе. В результате обследования определяют возможность вынашивания беременности и степень риска, а также выработывают план ведения беременности.

- Дородовый и послеродовой патронаж. Дородовый патронаж осуществляет участковая акушерка в обязательном порядке дважды: при взятии на учет и перед родами и, кроме того, проводится по мере необходимости (для вызова беременной к врачу, контроля назначенного режима и т.п.). Послеродовой патронаж. В течение первых 3 суток после выписки из родильного дома женщину посещают работники женской консультации – врач (после патологических родов) или акушерка (после нормальных родов). Для обеспечения своевременного послеродового патронажа женская консультация должна иметь постоянную связь с родильными стационарами.

- Своевременная



госпитализация женщины в течение беременности и до родов. При возникновении показаний экстренная или плановая госпитализация беременной является главной задачей врача женской консультации. Своевременная госпитализация позволяет снизить перинатальную смертность в 8 раз по сравнению с группой женщин, подлежащих стационарному лечению, но своевременно не госпитализированных.

- Наблюдение беременных должны осуществлять в следующие сроки: в первую половину беременности – 1 раз в месяц; с 20 до 28 недель – 2 раза в месяц; с 28 до 40 недель – 1 раз в неделю (10-12 раз за время беременности). При выявлении соматической или акушерской патологии частота посещений возрастает. При неявке женщины к врачу в течение 2 дней после очередного срока необходимо провести патронаж и добиться регулярного посещения консультации.

- 

Физиопсихопрофилактическая подготовка к родам 100% беременных. Занятия в "Школе матерей".

- 100 % охват мужей беременных женщин занятиями в "Школе отцов".

- Антенатальная профилактика рахита (витамины, ультрафиолетовое облучение).

- Профилактика гнойно-септических осложнений, включающая обязательно



1.3 Анатомия женского таза. Плод как объект родов. Механизм родов при переднем и заднем виде затылочного предлежания.

урологическую и ЛОР-санацию.

Значение эстрогенов в подготовке организма к родам; роль простагландинов в развитии родовой деятельности; окситоцин в развитии и поддержании родовой деятельности; течение нормального прелиминарного периода; продолжительность I периода родов первородящих и повторнородящих; критерии начала и окончания, клиническое течение первого периода родов; тройной нисходящий градиент; показания к влагалищному исследованию; показания к проведению амниотомии; методы обезболивания родов.

Второй период родов; схватки; потуги; биомеханизм родов; родовой канал; проводная ось таза; проводная точка; передний вид затылочного предлежания; задний вид затылочного предлежания; плоскости малого таза; разгибательные типы членорасположения плода; моменты биомеханизма родов при заднем виде затылочного предлежании; моменты биомеханизма родов при переднеголовном предлежании; моменты биомеханизма родов при лицевом предлежании; лобное предлежание; ведение II периода родов; конфигурация головки, родовая опухоль, кефалогематома; акушерское пособие при головном предлежании; типы разрезов промежности в родах (перинеотомия, срединно-латеральная эпизиотомия, латеральная эпизиотомия); показания к рассечению

Тренировочный  
итоговый тест  
МПФ



промежности в родах; оценка состояния новорожденных по шкале Апгар; 3-й период родов; продолжительность 3-го периода; особенности ведения последового периода; признаки отделения плаценты; понятие "послед"; критерии физиологической, пограничной и патологической кровопотери; профилактика кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде; способы выделения отделившегося последа; гемостаз в раннем послеродовом периоде; средняя продолжительность родов у первородящих, у повторнородящих.

1.4 Структура и организация работы акушерского стационара. Нормальные роды. Клиника и ведение. (I, II и III периоды). Нормальный послеродовый период. Ведение. Лактация.

Структура и организация работы акушерского стационара. Нормальные роды. Клиника и ведение. (I, II и III периоды). Основные функции и задачи акушерского стационара (АС) - оказание квалифицированной стационарной медицинской помощи женщинам в период беременности, в родах, в послеродовом периоде, при гинекологических заболеваниях; оказание квалифицированной медицинской помощи и уход за новорожденными в период их пребывания в родильном доме. Организация работы в АС строится по единому принципу в соответствии с действующими положениями родильного дома (отделения), приказами, распоряжениями, методическими рекомендациями. Структура и оснащение АС должны соответствовать требованиям строительных норм и правилам лечебно-профилактических

Тренировочный итоговый тест МПФ



учреждений. В настоящее время существует несколько типов АС:

1. без врачебной помощи (колхозные родильные дома и фельдшерско-акушерские пункты);

2. с общей врачебной помощью (участковые больницы с акушерскими койками);

3. с квалифицированной врачебной помощью (РБ, ЦРБ, городские родильные дома, родовспомогательные отделения многопрофильных больниц, специализированные акушерские отделения на базе многопрофильных больниц, родовспомогательные стационары, объединенные с кафедрами акушерства и гинекологии медицинских институтов, НИИ, Центров). АС имеет следующие основные подразделения:

1. приемно-пропускной блок;

2. физиологическое (I) акушерское отделение (50-55% от общего числа акушерских коек);

3. отделение (палаты) патологии беременности (25-30%);

4. отделение (палаты) новорожденных в I и II акушерских отделениях;

5. наблюдательное (II) акушерское отделение (20-25%);

6. гинекологическое отделение (25-30%).

Структура помещений родильного дома должна обеспечить изоляцию здоровых беременных, рожениц, родильниц и новорожденных от больных, строжайшее соблюдение правил санитарно-эпидемиологического режима, изоляцию заболевших. АС два раза в год закрывают для проведения плановой



дезинфекции, в том числе один раз для косметического ремонта. Посещение АС родственниками и присутствие на родах разрешают только при наличии соответствующих условий.

Лица, поступающие на работу в родильный дом, и в дальнейшем проходят полный медицинский осмотр. Весь персонал взят на диспансерное наблюдение для своевременного выявления и лечения хронических воспалительных заболеваний носоглотки, кожи, выявления и лечения кариеса. Обследование персонала специалистами (терапевт, хирург, невропатолог, окулист, отоларинголог, стоматолог) проводят один раз в год, осмотры дерматовенерологом - ежеквартально. Медицинский персонал два раза в год сдает анализ крови на ВИЧ, ежеквартально - на RW; дважды в год - на наличие золотистого стафилококка. Медицинский персонал с воспалительными или гнойничковыми заболеваниями, недомоганием, лихорадкой не допускают к работе. Ежедневно перед работой персонал надевает чистую специальную одежду и обувь. Персонал обеспечен индивидуальными шкафчиками для хранения одежды и обуви. В родильном зале, в операционных медперсонал работает в масках, а в отделении новорожденных - только при инвазивных манипуляциях. Ношение масок обязательно при эпидемическом неблагополучии в родильном доме.

ПЕРВОЕ (ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ)



АКУШЕРСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ  
Первое (физиологическое)  
акушерское отделение включает в себя приемно-пропускной блок, родовой блок, послеродовые палаты, отделение новорожденных, выписную комнату.

#### ПРИЕМНО-ПРОПУСКНОЙ БЛОК

Приемно-пропускной блок родильного дома включает в себя приемную (вестибюль), фильтр и смотровые комнаты. Смотровые комнаты существуют отдельно для физиологического и наблюдательного отделений. Каждая смотровая имеет помещение для обработки поступающих женщин, туалет, душевую, установку для мытья суден. Если в родильном доме функционирует гинекологическое отделение, то оно должно иметь отдельный приемно-пропускной блок. Правила содержания приемно-смотровых помещений: два раза в сутки влажная уборка с применением моющих средств, один раз в сутки уборка с применением дезинфицирующих средств. После влажной уборки включают бактерицидные лампы на 30-60 минут. Существуют инструкции по правилам обработки инструментов, перевязочного материала, аппаратуры, мебели, стен. Беременная или роженица, поступая в приемную, снимает верхнюю одежду и проходит в фильтр. В фильтре врач решает, подлежит ли данная женщина госпитализации в роддом и в какое отделение (палаты патологии, I или II акушерские отделения). Для





решения этого вопроса врач собирает анамнез для выяснения эпидемической обстановки на работе и дома. Затем проводит осмотр кожи и зева (гнойно-септические заболевания), слушает сердцебиение плода, выясняет время излития околоплодных вод. Одновременно акушерка измеряет у пациентки температуру тела и АД. В физиологическое отделение направляют беременных или рожениц без признаков инфекционных заболеваний и не имеющих контакта с инфекцией. Всех беременных или рожениц, представляющих угрозу инфицирования для здоровья женщин госпитализируют либо во II акушерское отделение, либо переводят в специализированные стационары (лихорадка, признаки инфекционного заболевания, кожные заболевания, мертвый плод, безводный промежуток свыше 12 часов и др.). После решения вопроса о госпитализации акушерка переводит женщину в соответствующую смотровую, фиксируя необходимые данные в "Журнале учета беременных, рожениц и родильниц" и заполняя паспортную часть истории родов. Затем врач и акушерка проводят общее и специальное акушерское обследование: взвешивание, измерение роста, размеров таза, окружности живота, высоты стояния дна матки, определяют положение плода в матке, выслушивают сердцебиение плода, определяют группу крови, резус-принадлежность. При наличии показаний анализы крови и мочи



выполняют в клинической лаборатории. Дежурный врач знакомится с "Индивидуальной картой беременной и родильницы", собирает подробный анамнез, определяет сроки родов, предполагаемую массу плода и заносит данные опроса и осмотра в соответствующие графы истории родов. После обследования проводят санитарную обработку, объем которой зависит от общего состояния поступающей или от периода родов (бритье подмышечных впадин и наружных половых органов, стрижка ногтей, очистительная клизма, душ). Беременная (роженица) получает индивидуальный пакет со стерильным бельем (полотенце, рубашка, халат), чистую обувь и идет в палату патологии или в предродовую палату. Из смотровой II отделения - только во II отделение. Женщинам, поступающим в роддом, разрешают использовать собственную нематерчатую обувь, предметы личной гигиены. Перед осмотром и после осмотра здоровых женщин врач и акушерка моют руки туалетным мылом. При наличии инфекции или при осмотре во II отделении руки обеззараживают дезинфицирующими растворами. После приема каждой женщины проводят обработку дезинфицирующими растворами инструментов, судна, кушетки, душевой, туалета.

**РОДОВОЙ БЛОК**  
Родовой блок включает в себя предродовые палаты (палату), палату интенсивной терапии,



родовые палаты (залы), комнату для новорожденных, операционный блок (большая и малая операционная, предоперационная, комната для хранения крови, переносной аппаратуры), кабинеты и комнаты для медперсонала, санузелы и т.п. Предродовые и родовые палаты могут быть представлены отдельными боксами, которые при необходимости можно использовать в качестве малой операционной или даже большой операционной при наличии в них определенного оборудования. Если же они представлены отдельными структурами, то должны быть в двойном наборе, чтобы чередовать их работу с тщательной санитарной обработкой (работа не более трех суток подряд). В предродовой необходима централизованная подводка кислорода и закиси азота и соответствующая аппаратура для обезболивания родов, кардиомониторы, аппараты для УЗИ.

В предродовой соблюдают определенный санитарно-эпидемический режим: температура в помещении +18°C - +20°C, влажная уборка 2 раза в сутки с использованием моющих средств и 1 раз в сутки - с дезинфицирующими растворами, проветривание помещения, включение бактерицидных ламп на 30-60 минут. Каждая роженица имеет индивидуальную кровать и судно. Кровать, судно и скамейка для судна имеют один и тот же номер. Кровать накрывают только при поступлении роженицы в



предродовую палату. После перевода на роды белье с кровати снимают и помещают в бак с полиэтиленовым мешком и крышкой, кровать дезинфицируют. Судно после каждого использования промывают проточной водой, а после перевода роженицы в родильный зал его дезинфицируют.

В предродовой палате ведут постоянное наблюдение за роженицей, течением I периода родов. Каждые 2 часа врач производит запись в истории родов, в которой отражает общее состояние роженицы, пульс, АД, характер схваток, состояние матки, сердцебиение плода (в I периоде его выслушивают каждые 15 минут, во II периоде - после каждой схватки, потуги), отношение предлежащей части ко входу в малый таз, сведения об околоплодных водах.

В родах проводят медикаментозное обезболивание с помощью спазмоаналгетиков, транквилизаторов, ганглиоблокаторов, нейролептиков, наркотических средств и др. Обезболивание родов проводит врач анестезиолог-реаниматолог или опытная сестра-анестезист.

Влагалищное исследование обязательно производят дважды: при поступлении в родильный дом и после излития околоплодных вод, а дальше - по показаниям. В истории родов обязательно указывают эти показания. Влагалищное исследование проводят с соблюдением всех правил асептики и антисептики с



взятием мазков на флору. В предродовой роженица проводит весь I период родов. При наличии условий разрешено присутствие мужа.

Палата интенсивной терапии предназначена для беременных, рожениц и родильниц с тяжелыми формами гестоза и экстрагенитальными заболеваниями. Палата должна быть оснащена необходимыми инструментами, медикаментами и аппаратурой для оказания неотложной помощи. В начале II периода родов роженицу переводят в родильный зал после обработки наружных половых органов дезинфицирующим раствором. В родильном зале роженица надевает стерильную рубашку и бахилы. Родильные залы должны быть светлыми, просторными, оснащены аппаратурой для дачи наркоза, необходимыми медикаментами и растворами, инструментами и перевязочным материалом для приема родов, туалета и реанимации новорожденных. Температура помещений должна быть  $+20^{\circ}\text{C}$  -  $+22^{\circ}\text{C}$ . На родах обязательно присутствие врача-акушера и неонатолога. Перед приемом родов акушерка моет руки как для хирургической операции, надевает стерильный халат, маску, перчатки, используя для этого индивидуальный пакет для приема родов. Новорожденных принимают в стерильный, согретый, покрытый стерильной пленкой лоток. Перед вторичной обработкой пуповины акушерка повторно обрабатывает руки (профилактика гнойно-



септической инфекции).

Динамику родов и исход родов фиксируют в истории родов и в "Журнале записи родов в стационаре", а оперативные вмешательства - в "Журнале записи об оперативных вмешательствах в стационаре". После родов все лотки, баллоны для отсасывания слизи, катетеры и др. предметы моют горячей водой с мылом и подвергают обеззараживанию. Одноразовые инструменты, предметы и т. п. выбрасывают в специальные баки с полиэтиленовыми мешками и крышками. Кровати обрабатывают дезинфицирующими растворами. Родовые залы функционируют поочередно, но не более 3-х суток, после чего их моют по типу заключительной дезинфекции, обеззараживая все помещение и все объекты в нем. Дату такой уборки фиксируют в журнале у старшей акушерки отделения. При отсутствии родов помещение убирают один раз в сутки с использованием дезинфицирующих средств.

Малые операционные в родовом блоке (2) предназначены для выполнения всех акушерских пособий и оперативных вмешательств, которые не требуют чревосечения (акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода, акушерские повороты, извлечение плода за тазовый конец, ручное обследование полости матки, ручное отделение последа, зашивание травматических повреждений мягких родовых путей) и осмотра мягких родовых путей после родов. Большая



операционная предназначена для чревосечений (большое и малое кесарево сечение, надвлагалищная ампутация или экстирпация матки). Правила санитарно-эпидемиологического режима такие же. В родильном блоке родильница и новорожденный после нормальных родов находятся в течение 2-х часов, а затем их переводят в послеродовое отделение для совместного пребывания (отдельные палаты для матери и новорожденного или палаты-боксы для совместного пребывания матери и ребенка).

#### ПОСЛЕРОДОВОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

Послеродовое отделение включает в себя палаты для родильниц, процедурную, бельевую, санитарные комнаты, туалет, душ, выписную комнату, кабинеты для персонала.

Палаты должны быть просторными, на 4-6 коек. Температура в палатах  $+18^{\circ}\text{C}$  -  $+20^{\circ}\text{C}$ . Палаты заполняют циклично в соответствии с палатами для новорожденных в течение 3-х суток и не более, чтобы можно было всех родильниц выписать одновременно на 4-5-й день. Если необходимо задержать в родильном доме 1-2 родильниц, то их переводят в "разгрузочные" палаты. Для родильниц, которые из-за осложненного течения родов, экстрагенитальных заболеваний и операций вынуждены оставаться в родильном доме на более продолжительный срок, выделяют отдельную группу палат или отдельный этаж в отделении. За каждой родильницей закреплена кровать и судно с одним номером.



Номер кровати матери соответствует номеру кровати новорожденного в отделении новорожденных. Утром и вечером производят влажную уборку палат, после третьего кормления новорожденных - уборку с использованием дезинфицирующих средств. После каждой влажной уборки включают бактерицидные лампы на 30 минут. Смену белья проводят перед влажной уборкой помещений. В настоящее время принято активное ведение послеродового периода. После нормальных родов через 6-12 часов родильницам разрешают вставать с постели, самостоятельно совершать туалет, начиная с трех суток, ежедневно принимать душ со сменой белья. Персонал в послеродовом отделении моет руки с мылом, а при необходимости, обрабатывает дезинфицирующими растворами. После перевода родильницы во II отделение или выписки всех родильниц палаты обрабатывают по типу заключительной дезинфекции. Важным является режим кормления новорожденных. В настоящее время доказана рациональность эксклюзивного вскармливания, которое возможно лишь при совместном пребывании матери и ребенка в палате. Перед каждым кормлением мать моет руки и молочные железы с детским мылом. В настоящее время обработку сосков с целью предупреждения инфекции не рекомендуют.

При появлении признаков инфекции родильница и новорожденный должны быть





немедленно переведены во II акушерское отделение.

## ОТДЕЛЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ

Медицинскую помощь новорожденным начинают оказывать с родильного блока, где в комнате для новорожденных осуществляют не только уход за ними, но и выполняют реанимационные мероприятия. Комната оснащена специальным оборудованием: совместные пеленальные и реанимационные столы, которые являются источниками лучистого тепла и защитой от инфицирования, приспособления для отсасывания слизи из верхних дыхательных путей и аппараты для проведения искусственной вентиляции легких, детский ларингоскоп, набор трубок для интубации, лекарственные препараты, биксы со стерильным материалом, пакеты для вторичной обработки пуповины, стерильные наборы для пеленания детей и др. Палаты для новорожденных выделяют в физиологическом и наблюдательном отделениях. Наряду с палатами для здоровых новорожденных выделяют палаты для недоношенных детей и детей, родившихся в асфиксии, с нарушением мозгового кровообращения, дыхательными нарушениями, после оперативных родов. Для здоровых новорожденных может быть организовано совместное пребывание с матерью в одной палате.

В отделении выделена молочная комната, комнаты для хранения БЦЖ, чистого белья, матрацев,



инвентаря. В отделении соблюдают такую же цикличность заполнения палат, параллельно с материнскими палатами. Если мать и ребенка задерживают в родильном доме, то новорожденных помещают в "разгрузочные" палаты. Палаты для новорожденных должны быть обеспечены централизованной подачей кислорода, бактерицидными лампами, теплой водой. Температура в палатах не должна быть ниже +20°C - +24°C. Оснащены палаты необходимыми лекарственными средствами, перевязочным материалом, инструментами, кувезами, пеленальными и реанимационными столами, аппаратурой для инвазивной терапии, аппаратом УЗИ. В детском отделении строжайшее соблюдение правил санитарно-эпидемиологического режима: мытье рук, одноразовые перчатки, обработка инструментов, мебели, помещений. Использование масок персоналом показано только при инвазивных манипуляциях и при неблагоприятной эпидемиологической обстановке в родильном доме. В течение всего пребывания в родильном доме для новорожденных используют только стерильное белье. В палатах 3 раза в сутки проводят влажную уборку: 1 раз в сутки с дезинфицирующим раствором и 2 раза с моющими средствами. После уборки включают на 30 минут бактерицидные лампы и проветривают помещение. Проветривание и облучение палат открытыми бактерицидными



лампами осуществляют только во время отсутствия детей в палатах. Использованные пеленки собирают в баки с полиэтиленовыми мешками и крышками. Баллончики, катетеры, клизмы, газоотводные трубки после каждого использования собирают в отдельные емкости и подвергают дезинфекции. Используемые инструменты подлежат стерилизации. Неиспользованный перевязочный материал подлежит повторной стерилизации. После выписки все постельные принадлежности, детские кровати и палаты подвергают дезинфекции. В отделении проводят тотальный скрининг на фенилкетонурию и гипотиреоз. На 3-7 день здоровым новорожденным проводят первичную противотуберкулезную вакцинацию. При неосложненном течении послеродового периода у матери новорожденный может быть выписан домой при отпавшем остатке пуповины, положительной динамике массы тела. Больных и недоношенных новорожденных переводят в неонатальные центры, детские стационары на 2 этап выхаживания. Выписная комната находится вне детского отделения и должна иметь выход непосредственно в холл акушерского стационара. После выписки всех детей в выписной комнате проводят дезинфекцию.

## II АКУШЕРСКОЕ (ОБСЕРВАЦИОННОЕ) ОТДЕЛЕНИЕ

Второе отделение представляет собой самостоятельный родильный



дом в миниатюре, т. е. имеет полный набор всех необходимых помещений и оборудования. Во II отделение госпитализируют беременных, рожениц и родильниц, которые могут быть источником инфекции для окружающих (лихорадка неясной этиологии, ОРВИ, мертвый плод, безводный промежуток свыше 12 часов, родившие вне родильного дома). Также в отделение переводят заболевших беременных из отделения патологии и родильниц из физиологического послеродового отделения при осложненном течении послеродового периода (эндометрит, нагноение швов промежности, швов после кесарева сечения и т. п.). В наблюдательном отделении находятся дети, родившиеся в этом отделении, дети, матери которых переведены из первого акушерского отделения, дети, переведенные из родильного блока с врожденным везикулопустулезом, уродствами, "отказные" дети, дети, родившиеся вне родильного дома.

Правила содержания наблюдательного отделения.

Уборку палат проводят 3 раза в сутки: 1 раз с моющими средствами и 2 раза с дезинфицирующими растворами и последующим бактерицидным облучением, 1 раз в 7 дней проводят дезинфекцию палат. Инструменты дезинфицируют в отделении, затем передают в центральную стерилизационную. При переходе медперсонала в наблюдательное отделение - смена халата и обуви (бахилы).



Сцеженное молоко для кормления детей не используют.

## ОТДЕЛЕНИЕ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННЫХ

Отделение патологии организуют в родильных домах мощностью более 100 коек. В отделение патологии беременные поступают через смотровую комнату I акушерского отделения. При наличии инфекции беременных госпитализируют в родильные отделения при инфекционных больницах. В отделение патологии подлежат госпитализации беременные с экстрагенитальными заболеваниями (сердечно-сосудистой системы, почек, печени, эндокринной системы и др.) и с акушерской патологией (гестозами, невынашиванием беременности, фетоплацентарной недостаточности (ФПН), неправильными положениями плода, сужением таза и др.). В отделении работают врачи акушеры, терапевт, окулист. В отделении, обычно, есть кабинет функциональной диагностики, оснащенный кардиомонитором, аппаратом УЗИ, смотровой кабинет, процедурный кабинет, кабинет ФППП к родам. При улучшении состояния здоровья беременных выписывают домой. С началом родовой деятельности рожениц переводят в I акушерское отделение. В настоящее время создают отделения патологии санаторного типа.

Для оказания квалифицированной помощи беременным с экстрагенитальными заболеваниями родильные отделения на базах клинических



больниц работают по определенному профилю (заболевания сердечно-сосудистой системы, почек, инфекционные заболевания и др.).

1.5 Нормальный послеродовой период. Ведение. Лактация. Период новорожденности.

Определение; величина физиологической кровопотери и факторы, способствующие остановке кровотечения; инволюционные изменения, происходящие в организме родильницы в целом; изменения происходят в слизистой матки; осмотр родильницы; понятие лактогенез и лактопоз; этапы становления процесса лактации; молозиво; состав грудного молока; противопоказания к первому прикладыванию ребенка к груди; основные причины появления трещин на сосках; медикаментозные методы лечения трещин сосков; клинические проявления лактостаза; методы борьбы с лактостазом; показания к предотвращению и к подавлению лактации; средства для подавления лактации; субинволюция матки; назначение послеродового отпуска; критерии выписки из родильного дома.

Тренировочный итоговый тест МПФ

1.6 Тазовое предлежание плода.

Частота тазового предлежания плода; факторы риска формирования тазового предлежания плода; перинатальная заболеваемость и смертность при тазовом предлежании плода; причины перинатальных потерь; факторы риска неблагоприятных исходов; осложнения родов при тазовом предлежании плода; ведение беременности у женщин группы высокого риска

Тренировочный итоговый тест МПФ



		формирования тазового предлежания плода; показания к кесареву сечению при тазовом предлежании плода; методы изменения положения плода во время беременности; современные подходы к акушерской тактике при тазовом предлежании плода.	
1.7	Этапы формирования, строение и функции плаценты. Плацентарная недостаточность. Преэклампсия. Патогенез, классификация. Клиническая картина. Исходы для плода. Тактика ведения.	Основные причины ФПН; основные клинические проявления ФПН; классификация ФПН; группы факторов риска формирования ФПН; диагностика ФПН, лечение ФПН; тактика родоразрешения при ФПН; показания к плановому, срочному, экстренному оперативному родоразрешению; ближайшие и отдаленные результаты развития детей.	Тренировочный итоговый тест МПФ
1.8	Преэклампсия. Патогенез, классификация. Клиническая картина. Исходы для плода. Тактика ведения.	Определение раннего токсикоза; классификация ранних токсикозов; предрасполагающие факторы, способствующие развитию ранних токсикозов, выделить группы риска; теории возникновения рвоты беременных; основные патогенетические механизмы развития рвоты беременных; степени тяжести рвоты беременных; чрезмерная рвота; показания, особенности госпитализации беременных с ранним токсикозом; особенности питания беременных с ранним токсикозом; группы препаратов, используемых для лечения рвоты беременных; основные принципы использования инфузионной терапии; критерии эффективности терапии; дифференциальная диагностика рвоты беременных; показания к прерыванию беременности; отдаленные	Тренировочный итоговый тест МПФ



	<p>последствия, прогноз дальнейшего течения беременности и исходов для плода, новорожденного.. Определение гестоза; классификация гестоза; патогенез гестоза; триада Цангемейстера; особенности клинической картины гестоза в настоящее время; водянка беременных; оценка степени тяжести нефропатии; дифференциальный диагноз между нефропатией, преэклампсией и эклампсией; осложнения гестоза; акушерская тактика при гестозе; показания к оперативному родоразрешению; показания к экстренному родоразрешению.</p>	
<p>1.9 Акушерские кровотечения. Причины. Классификация. Тактика. Геморрагический шок. Акушерская тактика. Профилактика. Родовой травматизм. Разрыв матки.</p>	<p>Основные причины кровотечений в первой половине беременности; основные причины самопроизвольного аборта в первой половине беременности; патогенез самопроизвольного выкидыша; стадии самопроизвольного выкидыша; септический аборт; врачебная тактика при самопроизвольном выкидыше; определение, этиология, патогенез внематочной беременности; клиническая картина нарушенной эктопической беременности по типу разрыва маточной трубы; клиническая картина нарушенной эктопической беременности по типу трубного аборта; дифференциальная диагностика эктопической беременности; трофобластическая болезнь; этиология пузырного заноса; классификация пузырного заноса; клиническая картина при пузырном заносе; диагностика пузырного заноса; лечение пузырного заноса; диспансеризация женщин после</p>	<p>Тренировочный итоговый тест МПФ</p>





удаления пузырного заноса. Основные причины кровотечений во второй половине беременности, в I и II периодах родов; кровотечение при предлежании плаценты; классификация предлежания плаценты; факторы, способствующие формированию предлежания плаценты; клиническая картина предлежания плаценты; диагностика предлежания плаценты; врачебная тактика при предлежании плаценты; определение преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (ПОНРП), классификация ПОНРП; причины, патогенез ПОНРП; клиническая картина ПОНРП, диагностика ПОНРП; тактика ведения беременности и родов при ПОНРП; определение разрыва матки, частота, классификация разрывов матки; этиология и патогенез разрывов матки; клиническая картина угрожающего разрыва матки; клиническая картина начавшегося разрыва матки; клиническая картина свершившегося разрыва; особенности клинической картины при разрыве матки гистопатического генеза (в т.ч. при наличии рубца на матке после кесарева сечения); врачебная тактика при разрыве матке; дифференциальный диагноз кровотечения во второй половине беременности, I и II периодах родов

1.10 Организация акушерской помощи в РФ. Женская консультация. Ведение

Тренировочный итоговый тест МПФ



		<p>физиологической беременности и родов.</p> <p>1.11 Менструальный цикл и его регуляция. Оплодотворение. Развитие плода.</p> <p>1.12 Акушерские кровотечения первой половины беременности: патогенез, лечение, профилактика.</p> <p>1.13 Акушерские кровотечения второй половины беременности: патогенез, лечение, профилактика. Этапы остановки акушерского кровотечения. Органосохраняющие методы остановки акушерских кровотечений.</p> <p>1.14 Преэклампсия. Патогенез, классификация. Клиническая картина. Исходы для плода. Тактика ведения.</p>	<p>Тренировочный итоговый тест МПФ</p> <p>Тренировочный итоговый тест МПФ</p> <p>Тренировочный итоговый тест МПФ</p> <p>Тренировочный итоговый тест МПФ</p>
2	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ОК-8, ПК-10, ПК-15, ПК-16, ПК-19, ПК-20, ПК-23, ПК-24, ПК-25, ПК-26,	2. Патологическое акушерство	



	ПК-27	<p>2.1 Тазовое предлежание плода.</p> <p>2.2 Родовой травматизм. Разрыв матки</p> <p>2.3 Кесарево сечение в современном акушерстве. Акушерские щипцы и вакуумэкстракция плода. Исходы для плода и новорожденного.</p> <p>2.4 Иммунологическая несовместимость между матерью и плодом (Rh – конфликт, АВ0-конфликт). Профилактика.</p>	<p>Родовой травматизм. Разрыв матки.</p> <p>Относительные показания к операции кесарева сечения; абсолютные показания к операции кесарева сечения; условия для выполнения кесарева сечения; противопоказания для выполнения кесарева сечения; основные этапы операции; осложнения в ходе операции кесарева сечения; ведение послеоперационного периода; тактика ведения беременных с рубцом на матке.</p> <p>Изоиммунизацией называют образование у матери антител (АТ) в ответ на попадание в ее кровяное русло плодовых эритроцитарных антигенов (АГ), наследуемых плодом от отца, или чужеродных АГ при гемотрансфузии. Степень иммунизации зависит от силы АГ и количества образовавшихся АТ. Гемолитическая болезнь плода (ГБП) состояние плода, вызванное гемолизом эритроцитов, характеризующееся анемией, желтухой и увеличением числа бластных форм эритроцитов в кровяном русле. Водянка плода - крайняя степень ГБП. Резус-фактор и гемолитическая болезнь Резус-фактор (rhesus- по названию вида обезьян Macacus rhesus) (Rh) является белком, который в основном содержится в</p>	<p>Тренировочный итоговый тест МПФ</p> <p>Тренировочный итоговый тест МПФ</p> <p>Тренировочный итоговый тест МПФ</p> <p>Тренировочный итоговый тест МПФ</p>
--	-------	---	--	---



эритроцитах крови человека и в гораздо меньшем количестве содержится в лейкоцитах и тромбоцитах. Различают несколько разновидностей резус-фактора. Так антиген-D присутствует в крови у 85% людей. Антиген С (Rh') содержится в крови у 70% людей, а антиген Е (Rh") имеется у 30% людей. Кровь, в которой отсутствуют перечисленные антигены, которые представляют собой разновидности резус-фактора, является резус-отрицательной.

Чаще всего гемолитическая болезнь плода и новорожденного возникает из-за иммунологического конфликта в связи с несовместимостью крови матери и плода по фактору D. При этом материнская кровь должна быть резус-отрицательной. А кровь плода содержит резус-фактор. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного может также возникнуть при несовместимости крови матери и плода по группе крови (по системе АВ0). Групповая принадлежность крови человека обусловлена присутствием в ней определенных антигенов. Так, наличие в крови антигена "А" обуславливает II(A) группу крови. Наличие антигена "В" - III (В) группу крови. Совместное присутствие антигенов "А" и "В" обуславливает IV (АВ) группу крови. При отсутствии обоих антигенов у человека определяется I (0) группа крови. Иммунологическая несовместимость чаще всего проявляется в том случае, если у матери имеется I (0) группа крови,



а у плода II(A) или III (B). Клетки крови плода, содержащие резус-фактор или групповые антигены и обладающие соответствующей антигенной активностью, проникают в материнский кровоток. Вследствие этого происходит иммунизация женщины, что сопровождается выработкой в ее организме или антирезус-антител или антител против групповых антигенов. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного развивается вследствие иммунизации материнского организма, которая происходит либо уже при первой беременности плодом с резус-положительной кровью или с наличием в его крови соответствующих групповых антигенов, либо после переливания резус-положительной крови. Наиболее часто элементы крови плода, содержащие соответствующие антигены, попадают в материнский кровоток во время родов, особенно при оперативных вмешательствах, когда выполняют кесарево сечение или ручное отделение плаценты и выделение последа. Попадание элементов крови плода в материнский кровоток и последующая иммунизация женщины возможны и во время беременности при нарушении целостности ворсин плаценты, что бывает при токсикозе беременных, угрозе прерывания беременности, предлежании плаценты, при отслойке плаценты, внутриутробной гибели плода. Принимая во внимание, что резус-фактор образуется с самых первых



дней беременности, а в первые недели беременности образуются эритроциты, попадание их в материнский организм и иммунизация возможны при выполнении аборт или при внематочной беременности. После первой беременности иммунизируется около 10% женщин.

Иммунные антитела, которые выработались в организме женщины, проникают обратно в кровотока плода и воздействуют на его эритроциты. При этом происходит разрушение эритроцитов, что влечет за собой образование непрямого токсического билирубина, анемию и кислородное голодание (гипоксию). У плода развивается гемолитическая болезнь. Нарушается структура и функция печени плода, снижается выработка белка в организме плода, нарушается циркуляция крови в его организме с явлениями сердечной недостаточности. У плода в организме накапливается излишняя жидкость, что проявляется в виде отеков и асцита. Часто поражается ткань головного мозга. Развитие гемолитической болезни плода возможно уже с 22 -23 недель беременности

2.5 Многоплодная беременность. Принципы ведения беременности и родов. Риски для плодов и новорожденных.

Многоплодной называется беременность, при которой интракорпорально развиваются две и более зиготы или/и одна, но разделившаяся зигота; при чем, зиготы могут быть образованы, как в одном, так и в разных овуляторных циклах; и вне зависимости от количества

Тренировочный итоговый тест МПФ



плодов/новорожденных к концу беременности/родов.

Выделяют два типа многоплодия - монозиготное и dizиготное. Как следует из названия, в результате оплодотворения двух или большего количества одновременно созревших яйцеклеток возникает dizиготная беременность, а при развитии двух или более эмбрионов из одной оплодотворенной яйцеклетки - монозиготная.

Dизиготная двойня возникает при множественных овуляциях. Две или большее число яйцеклеток могут выделяться почти одновременно в одном яичнике или в разных. Такие зародыши обычно располагаются в разных местах матки, развиваются отдельно друг от друга благодаря собственным плодным оболочкам, снабжаются двумя плацентами. Однако, если зародыши расположились рядом друг с другом обе плаценты и хорионы срастаются и беременность может протекать в условиях, типичных для монозиготной двойни. Dizиготная двойня имеет такую же генетическую связь как обычные братья и сестры, только оказавшееся в одно время в одном месте.

Монозиготные близнецы возникают из одной зиготы. Зародыш расщепляется на две генетически идентичные половины, которые имеют одинаковый генотип. Такие близнецы возникают в течение первых двух недель после оплодотворения. В зависимости от дня, когда произошло



расщепление, возникает тот или иной вид двойни (Рис.1). Роды двойней встречаются один раз на 87 родов, тройней - один раз на 872 (6400) двоен, четверней - один раз на 873 (51200) троен и т.д. (согласно формуле Галлина). Многоплодная беременность составляет примерно 3% в структуре рождения и 14% в структуре перинатальной смертности. В последнее время число многоплодных беременностей стало увеличиваться. Начиная с 1950-х по 1970-е годы наблюдался резкий спад многоплодия. До 1998 года количество двойни и тройни постепенно повышалось, после чего количество тройни стало резко снижаться, а количество двойни продолжило статистически увеличиваться. Число dizygотной двойни стало увеличиваться в результате увеличения возраста матери. Развитие методов лечения бесплодия (применение стимуляции овуляции), вызывающих множественные овуляции также привело к увеличению числа многоплодия. После применения вспомогательных репродуктивных технологий двойни рождались в 20-30% случаев, а тройни в 30-40%.

Начиная с 2000 года процентное соотношение изменилось в результате выполнения операции редукции одного плода. В 2006 году частота многоплодных родов составила 32,2 на 1000. Подсчитали, что дети из двойни в пять раз чаще гибнут в течение первого месяца жизни, чем дети от





одноплодной беременности, а дети из тройни – в 15 раз чаще. Чем старше женщина, тем больше у нее вероятность забеременеть двойней. 20% родов среди женщин, которым за 45 лет составили роды двойней, и только 2% среди женщин в возрасте от 20 до 24 лет.

К этиологическим факторам относятся: наследственная предрасположенность, возраст матери, аномалии развития матки, высокий паритет, наступление беременности сразу после прекращения приема КОК на фоне использования средств для стимуляции овуляции, ЭКО.

Диагностика многоплодной беременности нередко представляет значительные затруднения, особенно в первой ее половине. Во второй половине, ближе к концу беременности, распознавание двойни (тройни) облегчается. Однако диагностические ошибки бывают при исследовании в конце беременности и даже во время родов.

При распознавании многоплодной беременности учитываются следующие признаки.

- Увеличение матки при многоплодии происходит быстрее, чем при беременности одним плодом, поэтому величина матки не соответствует сроку беременности. Дно матки обычно стоит высоко, особенно в конце беременности, окружность живота в этот период достигает 100—110 см и более.

- Непостоянны и недостаточно достоверны следующие признаки: а)



углубление области дна матки (седловидная матка), образование которого связано с выпячиванием углов матки крупными частями плодов; б) наличие продольного углубления на передней стенке матки, образующееся в результате прилегания друг к другу плодов, находящихся в продольном положении; в) наличие горизонтальной борозды на передней стенке матки при поперечном положении плодов.

- Небольшие размеры предлежащей головки при значительном объеме беременной матки и высоком стоянии ее дна также позволяют заподозрить многоплодную беременность.

Наличие этого признака объясняется тем, что при исследовании определяется головка одного и тазовый конец (в дне матки) другого плода, лежащего несколько выше.

- Ощущение движения плода в разных местах и прощупывание частей плода в различных отделах живота (как справа, так и слева) также указывают на многоплодие.

- Важное диагностическое значение имеет отчетливое определение в матке при акушерском исследовании трех и более крупных частей плода (двух головок и одного тазового конца или двух тазовых концов и одной головки). Отчетливое

прощупывание двух головок или двух тазовых концов убедительно говорит о двойне.

- Такое же большое значение имеет наличие в разных местах матки двух пунктов отчетливого



сердцебиения. Этот признак становится достоверным, если между этими пунктами имеется участок (зона, полоса), где сердечные тоны не прослушиваются или сердцебиение в двух пунктах имеет неодинаковую частоту. Опыт показывает, что только при разнице 10 ударов в минуту этот симптом свидетельствует о двойне.

- Достоверные признаки многоплодной беременности выявляются при ультразвуковом исследовании, позволяющем определить многоплодную беременность, начиная с первой ее половины. Для диагностики многоплодной беременности применяют фоноэлектрокардиографию, при помощи которой можно зарегистрировать сердечные тоны близнецов не только в последние месяцы беременности, но так же в срок 20—22 нед и ранее. При многоплодной беременности к организму женщины предъявляются повышенные требования: сердечно-сосудистая система, легкие, печень, почки и другие органы функционируют с большим напряжением. Материнская заболеваемость и смертность при многоплодной беременности возрастает в 3-7 раз по сравнению с одноплодной; при этом чем выше поряк многоплодия, тем выше риск материнских осложнений. У женщин, имеющих сочетанные заболевания, отмечают их обострение практически в 100% случаев.

Частота развития гестоза достигает



45%. При многоплодной беременности гестоз, как правило, возникает раньше и протекает тяжелее, чем при одноплодной беременности, что объясняется увеличением объема плацентарной массы (гиперплацентоз). Развиваются гипертензия и отеки вследствие избыточного увеличения внутрисосудистого объема.

Анемию, частота которой достигает 50-100%, считают обычным осложнением и связывают с увеличением внутрисосудистого объема. Поскольку основной его элемент-повышение объема плазмы, в конечном результате отмечается снижение величины гематокрита и уровня гемоглобина, особенно во II триместре беременности; физиологическая анемия при многоплодии более выражена. Значительное увеличение эритропоэза может привести к дефициту запасов железа и сыграть роль пускового механизма в развитии железодефицитной анемии.

Течение многоплодной беременности нередко осложняется задержкой роста одного из плодов, частота которой в 10 раз выше таковой при одноплодной беременности и составляет 34% и 23% соответственно при моно- и бихориальной двойне. Пациентки с многоплодием должны посещать женскую консультацию чаще, чем при одноплодной беременности : 2 раза в месяц до 28 недель (когда дается дородовый отпуск), после 28



недель- 1 раз в 7-10 дней.  
Консультацию терапевта необходимо проводить 3 раза в течение беременности.  
Учитывая повышенную потребность в калорийности пищи, белках, минералах, витаминах при многоплодной беременности, особое внимание нужно уделять обучению беременных вопросам полноценного сбалансированного питания. Оптимально считают общую прибавку веса 20-22 кг. С 16-20 недель назначают противоанемическую терапию (прием внутрь железосодержащих препаратов в дозе 60-100 мг\сут и фолиевой кислоты по 1 мг\сут в течение 3 месяцев).  
Для профилактики преждевременных родов рекомендуют ограничение физической активности, увеличение продолжительности дневного отдыха (трижды по 1- 2 ч).  
Для прогнозирования преждевременных родов необходимо исследовать состояние шейки матки. При этом метод выбора- трансвагинальная цервикография, позволяющая помимо оценки длины шейки матки определить состояние внутреннего зева, что невозможно при мануальном исследовании. Сроки гестации с 22-24 до 25-27 недель считают критическими для беременных с многоплодием в отношении риска преждевременных родов. При длине шейки матки  $\leq 34$  мм в 22-24 недели повышен риск преждевременных родов до 36 недель; критерии риска



преждевременных родов в 32-35 недель- длина шейки матки  $\leq 27$  мм, а критерии риска ранних преждевременных родов (до 32 недель) -  $\leq 19$  мм.

Для ранней диагностики задержки роста плода необходим тщательный динамический ультразвуковой мониторинг.

Для выработки тактики ведения беременности и родов, помимо фетометрии, при многоплодии так же, как и при одноплодной беременности, большое значение имеет оценка состояния плодов (кардиотокография, доплерометрия кровотока в системе мать-плацента-плод, биофизический профиль). Существенное значение приобретает определение количества околоплодных вод (много- и маловодие) в обоих амнионах.

Прогноз беременности и родов при многоплодной беременности менее благоприятен, чем при одном плоде. При малейшем отклонении от нормального течения беременности показана обязательная госпитализация. Повторную госпитализацию в родовое отделение осуществляют за 2-3 недели до срока родов, целью которой является обследование беременной и определение срока и метода родоразрешения.

Многоплодие сопровождается частыми осложнениями родового акта. Большинство родов наступает преждевременно, масса новорожденных меньше 2500 г, возможно тазовые и поперечные положения второго плода. Частое несвоевременное излитие



	<p>околоплодных вод может сопровождаться выпадением мелких частей плода и пуповины, чему способствуют тазовое и поперечное положения и небольшие размеры плода.</p>	
2.6 Послеродовые заболевания.	Послеродовые заболевания.	Тренировочный итоговый тест МПФ
2.7 Экстрагенитальная патология и беременность.	<p>Определение артериальной гипертензии; особенности измерения артериального давления у беременной; основные осложнения беременности, возникающие вследствие артериальной гипертензии; степени риска развития беременности на фоне артериальной гипертензии; стадии артериальной гипертензии, при которых беременность противопоказана; критические сроки беременности при артериальной гипертензии; особенности ведения родов при артериальной гипертензии; основные группы препаратов используемые для лечения артериальной гипертензии; степени риска беременности при врожденных и приобретенных пороках сердца; пороки сердца, при которых беременность противопоказана; особенности ведения беременности при врожденных и приобретенных пороках сердца; показания к родоразрешению через естественные родовые пути при пороках сердца; особенности ведения родов при пороках сердца; показания к оперативному родоразрешению путем операции кесарево сечение при пороках</p>	Тренировочный итоговый тест МПФ



сердца; методы диагностики анемий; характерные осложнения беременности при анемии; лечение и профилактика железодефицитной анемии при беременности; особенности течения беременности на фоне хронического гломерулонефрита; формы хронического гломерулонефрита, при которых беременность противопоказана; предрасполагающие факторы к развитию и обострению инфекции мочевых путей при беременности; степени риска развития беременности при пиелонефрите; комплекс обследования беременной при пиелонефрите; характерные осложнения беременности при заболевании почек; формы сахарного диабета; факторы риска развития диабета у беременных; влияние беременности на течение сахарного диабета; характерные осложнения беременности при сахарном диабете; противопоказания к пролонгированию беременности при сахарном диабете; особенности родоразрешения при сахарном диабете; особенности клиники острого аппендицита у беременных; дифференциальный диагноз острого аппендицита; операционный доступ при остром аппендиците в разные сроки беременности; профилактика угрозы прерывания беременности в послеоперационном периоде.

2.8 Кесарево сечение в современном акушерстве. Ведение беременности с рубцом на матке.

Тренировочный  
итоговый тест  
МПФ







3	ПК-1, ПК-3, ПК-5, ОК-8, ПК-10, ПК-15, ПК-16, ПК-19, ПК-20, ПК-23, ПК-24, ПК-25, ПК-26, ПК-27	3. Гинекология  3.1 Организация работы гинекологического стационара. Методы исследования в гинекологии. Физиология репродуктивной системы женщины. Нормальный менструальный цикл и его регуляция.	Анатомия и топография внутренних и наружных половых органов; факторы, обеспечивающие нормальное положение половых органов; виды неправильных положений половых органов; причины, способствующие возникновению неправильных положений половых органов; клинические проявления опущения стенок влагалища, неполного и полного выпадения матки; диагностика опущения и выпадения половых органов; выбор метода лечения опущения и выпадения матки; хирургическая коррекция пролапса гениталий; методы консервативного лечения опущения стенок влагалища и матки; профилактика неправильных положений женских половых органов. Менструальный цикл – одно из проявлений сложного биологического процесса в организме женщины, характеризующегося циклическими изменениями функциями репродуктивной системы, эндокринной, сердечно- сосудистой, нервной и других	Тренировочный итоговый тест МПФ
---	---	--	--	---------------------------------------



систем организма.  
При клинической оценке менструальной функции необходимо учитывать продолжительность менструального цикла, его регулярность, объем и длительность маточного кровотечения.

Идеальным считается цикл длительностью 28 дней, а нормальным – от 21 до 35 дней.

Нормальное маточное кровотечение – продолжительность менструации 5-7 суток, общий объем кровопотери за весь период 20-40 мл (меньше 80 мл). Максимальный объем кровопотери приходится на 2-3-и сутки менструации. Нормальный менструальный цикл определяется:

- циклическими изменениями в системе гипоталамус-гипофиз-яичники;
- циклическими изменениями в гормональнозависимых органах (матке, маточных трубах, влагалище, молочных железах);
- колебаниями

функционального состояния эндокринной, нервной, сердечно-сосудистой и других систем организма

3.2 Воспалительные заболевания женских половых органов специфической и неспецифической этиологии. Принципы профилактики, диагностики и лечения.

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) занимают одно из первых мест в структуре гинекологической заболеваемости и являются основной причиной нарушения трудоспособности и репродуктивной функции женщин. По данным литературы, частота ВЗОМТ составляет 60–65% всех воспалительных заболеваний

Тренировочный итоговый тест МПФ



женских половых органов. Проблема ВЗОМТ - является социальной проблемой и в России около 1 млн. женщин ежегодно болеют воспалительными заболеваниями матки и придатков, из них 30% нуждаются в стационарном лечении. Причины роста ВЗОМТ: социально-экономическая нестабильность в обществе, усиленная миграция населения изменение полового поведения молодежи, рост числа инфекций, передающихся половым путем (ИППП), экологическое неблагополучие и вторичные иммунодефицитные состояния.

Воспалительные заболевания верхнего отдела женских половых органов, как правило встречаются в молодом возрасте и их осложнение слишком неблагоприятные влияют на детородную функцию женщины, обуславливая причины бесплодности, невынашивания эктопическая беременность, болевой синдром и др. Современное течение воспалительных заболеваний матки и ее придатков также характеризуется склонностью к генерализации процесса, развитию тубоовариальных образований, перитонитов, гинекологического сепсиса, к частым рецидивам. В значительной степени развитие этих заболеваний обусловлено этиологическим началом, в которое входят разнообразные микробные ассоциации и вирусы. Распространение инфекции в основном происходит каналикулярным путем, реже



гематогенно и лимфогенно. Беременность и роды у женщин, которые перенесли ВЗОМТ, нередко осложняются кровотечением, нарушением прикрепления и отслаивания плаценты, послеродовыми септическими заболеваниями. Высокие показатели перинатальной смертности, неблагоприятные демографические тенденции в требуют рассматривать лечение больных ВЗОМТ как подготовку женщин к будущей беременности. Исследования последних лет, которые определили очаг длительного хронического воспаления потенциальным к предраковым изменениям, хронического ДВС-синдрома, заставили изменить тактику лечения больных хроническими рецидивными ВЗОМТ, отказаться от длительного консервативного лечения.

Актуальность изучаемой темы состоит также в том, что острые воспалительные заболевания верхнего отдела женских половых органов требуют неотложной медицинской помощи. Большое значение имеет проведение правильной дифференциальной диагностики изучаемой патологии с заболеваниями, относящимися к "острому животу" (острый аппендицит, внематочная беременность, апоплексия яичника и др.)

Социальная и медицинская важность воспалительных заболеваний требует очень внимательного отношения к этой



3.3  
Доброкачественные  
опухоли матки.

много численной группы больных: своевременного, полноценного поэтапного лечения, профилактики ВЗОМТ и профилактика их осложнений. Своевременное и адекватное лечение ВЗОМТ предотвращает развитие тяжелых осложнений, наблюдающихся при этих процессах, таких как непроходимость маточных труб, бесплодие, внематочная беременность и др.

Миома матки (ММ) – моноклональный гормоночувствительный пролиферат, состоящий из фенотипически измененных гладкомышечных клеток миометрия.

#### II. Классификация

По локализации:

- миома тела матки - 95%;
- миома шейки матки (шеечная) - 5%.

По форме:

- интерстициальная (межмышечная) - узел располагается в толще миометрия;
- субмукозная (подслизистая) – рост по направлению к полости матки;
- субсерозная (подбрюшинная) - рост по направлению к брюшной полости;
- смешанная (сочетание двух, трех форм роста). Диагноз должен отражать сочетание этих форм: субмукозно-интерстициальная, интерстициально-субмукозная и др.;
- Забрюшинная -(при экзофитном росте из нижнего сегмента матки, перешейка, шейки матки);
- межсвязочная

Тренировочный  
итоговый тест  
МПФ



(интралигаментарная) – между  
листками широкой связки.  
Среди субмукозных миом  
выделяют рождающиеся опухоли,  
когда рост узла происходит по  
направлению к внутреннему зеву.  
Длительное развитие такого узла  
приводит к расширению  
цервикального канала и нередко  
сопровождается выходом опухоли  
во влагалище (рождение  
субмукозного узла).

Топографическая классификация:

1. Субмукозный узел:

- 0 тип – миоматозный узел  
полностью в полости матки
- I тип – менее 50% объема  
миоматозного узла располагается  
межмышечно, большая его часть  
располагается в полости матки;
- II тип - более 50% объема  
миоматозного узла располагается  
межмышечно, меньшая его часть  
располагается в полости матки;

2. Субсерозный узел:

- 0 тип – миоматозный узел на  
ножке, расположен полностью в  
брюшной полости;
- I тип менее 50% объема  
миоматозного узла располагается  
межмышечно, большая его часть  
располагается в брюшной  
полости;
- II тип более 50% объема  
миоматозного узла располагается  
межмышечно, меньшая его часть  
располагается в брюшной  
полости;

Гистологическая классификация:

простая, клеточная, митотически  
активная, причудливая,  
атипическая, эпителиоидная,  
геморрагическая, сосудистая,  
миксоидная и др.

III. Эпидемиология



Миома матки - представляет собой одно из самых распространенных заболеваний в практике врача гинеколога, которую выявляют в среднем у 80% женщин. По статистике ВОЗ (всемирной организации здравоохранения) более половины хирургических вмешательств в гинекологии выполняются по причине миомы матки. Клинически миома матки проявляется у 30-35% женщин, в возрасте после 35 лет. В два раза чаще встречается у представителей черной расы

3.4                   Нейро-  
эндокринные  
синдромы                   в  
гинекологии  
(климактерический,  
посткастрационный,  
предменструальный).

Понятие                   нейрообменно-  
эндокринного синдрома (НОЭС);  
патогенез климактерического и  
постовариектомического  
синдромов; определение понятий  
пре-, пери- и постменопаузы;  
полисимптомная клиническая  
картина климактерического и  
постовариектомического  
синдромов; принципы оценки  
степени                   тяжести  
климактерических,  
постовариектомических                   и  
постменопаузальных расстройств:  
по количеству «приливов» и по  
менопаузальному индексу (каждый  
симптом оценивается в баллах от  
одного до трех); остеопороз,  
факторы риска его развития,  
диагностика; принципы лечения  
климактерического                   и  
постовариектомического  
синдромов;                   понятие  
предменструального синдрома  
(ПМС); патогенез ПМС;  
клинические формы и стадии  
ПМС; принципы лечения  
предменструального синдрома;  
основные теории патогенеза

Тренировочный  
итоговый тест  
МПФ





<p>3.5 Эндометриоз. Современные аспекты диагностики и лечения.</p>	<p>синдрома поликистозных яичников (СПКЯ); клинические проявления СПКЯ; диагностика СПКЯ; принципы терапии СПКЯ; понятие о вторичных ПКЯ; вторичные ПКЯ у женщин с нейрообменно-эндокринным синдромом (ПКЯ центрального генеза).</p> <p>Эндометриоз представляет одну из наиболее сложных проблем современной гинекологии, занимает третье место по частоте после воспалительных процессов половых органов и миомы матки. Несмотря на определенные успехи в исследовании патогенеза, диагностики и лечения эндометриоза различной локализации эта проблема не утратила своей актуальности. Эндометриоз продолжает привлекать все большее внимание не только акушеров-гинекологов, но и врачей других специальностей.</p> <p>Частота эндометриоза широко варьирует от 7,4 до 53% (Л.В. Адамян, В.И. Кулаков, 2006). Такие различия показателя объясняются, в основном, различными критериями, используемыми патологоанатомами, для постановки диагноза.</p> <p>Помимо распространенности, актуальность проблемы эндометриоза связана с его осложнениями: нарушением менструальной (менометроррагия и/или дисменорея), репродуктивной (бесплодие, невынашивание беременности) функций, частым возникновением синдрома тазовой боли,</p>	<p>Тренировочный итоговый тест МПФ</p>
--	---	--



сочетанием с другой гинекологической патологией (опухоли яичников, миома, гиперпластические процессы эндометрия). Пациентки подвергаются неоднократным, а иногда и необоснованным хирургическим вмешательствам, им проводится длительная медикаментозная терапия, в том числе и гормональная, физиотерапевтические воздействия, которые увы, не всегда эффективны. В настоящее время изучено состояние многих функциональных систем при эндометриозе. Показано место генетических, гормональных и иммунологических нарушений в патогенезе эндометриозных поражений, большое значение факторов внешней среды, перенесенных и сопутствующих заболеваний. Поэтому представляет интерес дальнейшая разработка вопросов патогенеза, современных критериев диагностики и адекватной терапии этого заболевания. Особенно важное значение имеет поиск факторов, ответственных за развитие эндометриоза. В настоящее время существует более 10 классификаций.

- В соответствии с локализацией выделяют:
  - I. Наружный эндометриоз.
    1. Внутривнутрибрюшинный – поражает брюшину, покрывающую матку, трубы, позадиматочное пространство, мочевой пузырь, поверхность яичников, и проникает в их ткань, разрушая ее и образуя кистозные полости,



наполненные кровью.  
2. Внебрюшинный – поражает влагалище, наружные половые органы, влагалищную часть шейки матки и ретроцервикальную область.

II. Внутренний эндометриоз (аденомиоз) – внедрение эндометриоидных элементов в толщу миометрия. При этом выделяют диффузную форму с проникновением на разную глубину – вплоть до брюшины, покрывающей матку и узловую с образованием полостей, наполненных кровью, в толще миометрия с гиперплазией и гипертрофией окружающих их мышечных волокон.

III. Эндометриоз экстрагенитальной локализации – поражает мочевой пузырь, кишечник, операционные рубцы на передней брюшной стенке, почки, легкие, конъюнктиву глаза, бронхи, гортань и пр.

● По степени распространенности:  
Классификация эндометриоза по А.А. Acosta (1973)

#### Малая форма

1. Поражения, разбросанные на передней или задней части прямокишечно-маточного углубления или на тазовой брюшине.
2. Редкие имплантаты на поверхности яичника без рубцов и спаек.
3. Отсутствие перитубарных спаек.

#### Средняя форма

1. Вовлечение в процесс одного или обоих яичников с несколькими поверхностными поражениями,



рубцовой ретракцией и образованием эндометриом.

2. Минимальные перивариальные или перитубарные спайки.

3. Поверхностные имплантанты на передней или задней части прямокишечно-маточного углубления с рубцеванием и ретракцией, но без инвазии сигмовидной кишки.

Тяжелая форма

1. Эндометриоз, охватывающий один или оба яичника, с эндометриомами размером более 2х2 см.

2. Один или оба яичника связаны спайками в связи с эндометриозом при наличии или отсутствии спаек между трубами и яичниками.

3. Одна или обе маточные трубы связаны спайками или нарушена их проходимость.

4. Облитерация в результате спаек или поражений в связи с эндометриозом.

5. Утолщение маточно-крестцовых связок и поражение их инвазивным эндометриозом с облитерациями.

6. Вовлечение в процесс кишечника или мочевых путей.

Распространенность эндометриоза среди женщин детородного возраста составляет 15 -17% независимо от этнической принадлежности и социального статуса.

В структуре гинекологической заболеваемости занимает 3-е место после воспалительных заболеваний внутренних половых органов и миомы матки.

Большинство больных эндометриозом - женщины



репродуктивного и  
перименопаузального возраста,  
хотя заболевание может  
встречаться у подростков и  
женщин в постменопаузе,  
получающих заместительную  
гормональную терапию.

Эндоэтриоидные гетеротопии  
выявляются у 90 - 99% больных в  
возрасте от 20 до 50 лет, причем  
наиболее часто у молодых  
женщин.

Частота эндометриоза особенно  
высока при синдроме хронической  
тазовой боли и бесплодии (20-  
90%). В отсутствие жалоб  
эндометриоз диагностируется у 30-  
43% женщин (при проведении  
лапароскопии или лапаротомии).

Распространенность  
эндометриоза увеличивается на  
протяжении последних лет,  
возможно, вследствие широкого  
применения лапароскопии для  
диагностики и лечения бесплодия,  
синдрома хронической тазовой  
боли.

3.6 Фоновые, Эпидемиология. В настоящее  
предраковые время рак шейки матки (РШМ) –  
заболевания и рак наиболее распространенное  
шейки матки. злокачественное заболевание у  
Фоновые, предраковые женщин. Ежегодно в странах  
и злокачественные Европейского союза  
заболевания тела диагностируется более 25000  
матки. случаев возникновения рака шейки  
матки и около 12000 смертельных  
исходов от этого заболевания.  
Факторы риска развития рака тела  
матки. Рак матки – заболевание, в  
значительной мере связанное с  
генитальной вирусной, инфекцией.  
Наиболее существенная роль в его  
развитии отводится вирусу  
папилломы человека (HPV) 16 и 18  
серотипов. Основной путь

Эпидемиология. В настоящее  
время рак шейки матки (РШМ) –  
наиболее распространенное  
злокачественное заболевание у  
женщин. Ежегодно в странах  
Европейского союза  
диагностируется более 25000  
случаев возникновения рака шейки  
матки и около 12000 смертельных  
исходов от этого заболевания.  
Факторы риска развития рака тела  
матки. Рак матки – заболевание, в  
значительной мере связанное с  
генитальной вирусной, инфекцией.  
Наиболее существенная роль в его  
развитии отводится вирусу  
папилломы человека (HPV) 16 и 18  
серотипов. Основной путь

Тренировочный  
итоговый тест  
МПФ



передачи вируса – половой. На сегодняшний день эффективной противовирусной терапии не разработано. Выявление вируса папилломы человека, даже высокой степени злокачественности, не является признаком наличия онкологического заболевания, а лишь многократно повышает риск его возникновения.

Фоновые забевая шейки матки:

- Истинная эрозия
- Псевдоэрозия
- Лейкоплакия
- Эритроплакия
- Папиллома
- Эрозированный эктропион
- Полип цервикального канала

Хронический эндоцервицит  
Предраковые изменения шейки матки. Интраэпителиальная неоплазия различной степени выраженности (CIN- I; CIN- II; CIN- III). Кроме того, существует значительный (до 2 - 3 лет) «скрытый» период времени, необходимый для перехода преинвазивного рака в инвазивный. Лечение начальной стадии заболевания предотвращает инвазию опухоли. Переход преинвазивного рака шейки матки в микроинвазивный сопровождается быстрым ростом опухоли, что может привести к гибели больной в течение 2 - 3 лет. Клиническая картина. Зачастую течет бессимптомно и только при распространении опухолевого процесса появляются такие симптомы, как: кровомазание, контактные кровотечения, дискомфорт при половом акте,



боли внизу живота.  
Диагностический алгоритм.

А) морфологическое (цитологическое и гистологическое) исследование. С этой целью производится забор мазков с поверхности шейки матки и из цервикального канала с периодичностью 1 раз в 2 года. До

Б) Проба Шиллера - последовательное окрашивание эпителия шейки матки 3% раствором уксусной кислоты и раствором Люголя;

В) Кольпоскопическое исследование – осмотр эпителия шейки матки через оптическую систему с увеличением в 15 – 20 раз, позволяющий обнаружить атипические картины и, при необходимости, выполнить прицельную биопсию;

Г) Гистологическое исследование (совпадение цитологических и гистологических диагнозов достигает 85,4%).

Д) Раздельное диагностическое выскабливание слизистой полости матки, начиная с шеечной части.

Е) Трансвагинальное У

Ж) МРТ или КТ

Эпидемиология. По уровню заболеваемости занимает 2 место среди злокачественных опухолей женских органов. Рак тела матки выявляется преимущественно после 50 лет. Среди злокачественных опухолей тела матки рак эндометрия составляет 97% и 3% приходится на саркомы матки.

2. Факторы риска развития рака тела матки. Отягощенная онкологическая наследственность,



ожирение, гипертоническая болезнь, эндокринные нарушения, поликистозные яичники, полипы и гиперластические процессы в эндометрии. В анамнезе бесплодие, эндометриоз, нарушение менструального цикла, фибромиома матки.

3. Клиническая картина. Ведущим симптомом рака тела матки является маточное кровотечение, реже боль. У женщин репродуктивного возраста заболевание проявляется нарушением менструальной функции в виде мено- и метrorрагии. Боль возникает при распространенном раке матки: появление боли может быть связано с растяжением стенок матки содержимым ее полости или со сдавлением нервных стволов и соседних органов. При переходе опухоли на соседние органы возникает нарушение их функции.

4. Диагностика. У каждой пациентки с маточным кровотечением, особенно в период пре- или менопаузы, следует заподозрить рак тела матки. Распознавание рака тела матки и определение его стадии основывается на данных анамнеза, двуручного, рентгенологического, гистероскопического, цитологического и гистологического исследований. Цитологическое исследование аспирата из полости матки - общедоступный метод ранней диагностики. Гистероскопия позволяет выявить локализацию опухоли и степень распространения процесса и произвести прицельную биопсию.





Активно выявляется рак тела матки при ультразвуковом обследовании органов малого таза.

3.7 «Острый живот» в гинекологии.

Апоплексия яичника, перекрут ножки опухоли яичника, перитонит.

Внематочная беременность.

Основные симптомы неотложных состояний в гинекологии; наиболее значимые показатели и методы физикального обследования больных с неотложными состояниями в гинекологии; этиологические факторы эктопической беременности, ее виды, типы прерывания; особенности клинической картины эктопической беременности; методы лечения трубной беременности; клинические проявления самопроизвольного выкидыша; диагностика и лечебная тактика у больных с самопроизвольным выкидышем; определение понятия апоплексия яичника, этиологические факторы, формы заболевания; клинические проявления и методы диагностики апоплексии яичника; консервативное и хирургическое лечение апоплексии яичника; определение понятия «перекрут тонкого основания опухоли или опухолевидного образования яичника», анатомическая и хирургическая ножка, частичный и полный перекрут ножки опухоли яичника; клиническая картина и методы диагностики перекрута ножки опухоли яичника; методы и объем оперативного лечения больных с перекрутом ножки опухоли яичника; клиническая картина рождающегося подслизистого узла миомы матки; объем хирургического лечения рождающегося подслизистого узла

Тренировочный итоговый тест МПФ



	миомы матки; клиническая картина и диагностика нарушения питания субсерозного узла миомы матки; методы хирургического доступа и объем оперативного лечения при нарушения питания субсерозного узла миомы матки	
3.8 Планирование семьи. Контрацепция. Аборты. Социальные и медицинские показания для прерывания беременности. Женская консультация.	Планирование семьи. Контрацепция. Аборты. Социальные и медицинские показания для прерывания беременности. Женская консультация	Тренировочный итоговый тест МПФ
3.9 Бесплодный брак. Женское бесплодие (эндокринное, трубное и перитонеальное). Иммунологические факторы бесплодия. Мужское бесплодие	Определение понятия бесплодного брака, частота, структура, соотношение мужского и женского бесплодия; структура женского бесплодия; основные этиологические факторы женского бесплодия; основные формы эндокринного бесплодия; определение трубно-перитонеального бесплодия; основные формы иммунного бесплодия; дифференциально-диагностический алгоритм обследования бесплодной супружеской пары; применение различных методов лечения ановуляции; принципы лечения трубно-перитонеального бесплодия; вспомогательные репродуктивные технологии и показания к ЭКО; суррогатное материнство	Тренировочный итоговый тест МПФ
3.10 Регуляция женской репродуктивной системы в норме и при патологии.		Тренировочный итоговый тест МПФ
3.11 Обследование пациенток с		Тренировочный итоговый тест



нарушением менструальной функции, физикальные и лабораторные. Принципы оценки состояния гормонального фона. Функциональные пробы. Дисменорея. Предменструальный синдром.

3.12 Воспалительные заболевания женских половых органов специфической и неспецифической этиологии.

3.13 Доброкачественные опухоли матки. Эндометриоз.

3.14 Экстренная гинекологическая помощь. «Острый живот» в гинекологической практике. Дифференциальная диагностика и тактика ведения. Ранняя диагностика внематочной беременности. Дифференцированная тактика при прогрессирующей и осложненной внематочной беременности.

3.15 Нейро-эндокринные синдромы в гинекологии.

МПФ

Тренировочный  
итоговый тест  
МПФ

Тренировочный  
итоговый тест  
МПФ

Тренировочный  
итоговый тест  
МПФ

Тренировочный  
итоговый тест  
МПФ



3.16 Аменорея. Определение понятия, этиология, дифференциальная диагностика, подходы к терапии	Тренировочный итоговый тест МПФ
3.17 Синдром поликистозных яичников.	Тренировочный итоговый тест МПФ
3.18 Современные методы исследования в гинекологии. Система оказания медицинской помощи в РФ (структура женской консультации, гинекологического стационара).	Тренировочный итоговый тест МПФ
3.19 Фоновые, предраковые заболевания и рак шейки матки и тела матки. Дифференциальная диагностика. Факторы риска и возможности профилактики. Принципы лечения.	Тренировочный итоговый тест МПФ
3.20 Фоновые, предраковые заболевания яичников. Дифференциальная диагностика. Факторы риска и возможности профилактики. Принципы лечения.	Тренировочный итоговый тест МПФ
3.21 Репродуктивный период жизни женщины: возрастные особенности гинекологической патологии.	Тренировочный итоговый тест МПФ
3.22 Перименопауза:	Тренировочный



	<p>особенности в организме женщины, наиболее распространённые заболевания половых органов (гиперплазия эндометрия, миома матки, эндометриоз).</p> <p>3.23 Постменопауза: физиология и патология, наиболее распространённые заболевания половых органов (доброкачественные и злокачественные заболевания матки и яичников).</p> <p>3.24 Планирование семьи. Виды контрацепции. Методы прерывания беременности. Социальные и медицинские показания для прерывания беременности.</p> <p>3.25 Бесплодие. Виды, подходы к диагностике и терапии. Вспомогательные репродуктивные технологии. Синдром гиперстимуляции яичников</p>		<p>итоговый тест МПФ</p> <p>Тренировочный итоговый тест МПФ</p> <p>Тренировочный итоговый тест МПФ</p> <p>Тренировочный итоговый тест МПФ</p>
--	---	--	---

### Виды учебной работы

Вид учебной работы	Трудоемкость		Трудоемкость по семестрам (Ч)	
	объем в зачетных единицах (ЗЕТ)	Объем в часах (Ч)	Семестр 6	Семестр 7



Контактная работа, в том числе		132	66	66
Консультации, аттестационные испытания (КАтт) (Экзамен)		8		8
Лекции (Л)		34	18	16
Лабораторные практикумы (ЛП)				
Практические занятия (ПЗ)				
Клинико-практические занятия (КПЗ)		90	48	42
Семинары (С)				
Работа на симуляторах (РС)				
Самостоятельная работа студента (СРС)		84	42	42
<b>ИТОГО</b>	<b>6</b>	<b>216</b>	<b>108</b>	<b>108</b>

### Разделы дисциплин и виды учебной работы

№	№ семестра	Наименование раздела дисциплины	Виды учебной работы (Ч)								
			Л	ЛП	ПЗ	КПЗ	С	КАтт	РС	СРС	Всего
	Семестр 6	<b>Часы из АУП</b>	18			48				42	108
1		Физиологическое акушерство	6			27				24	57
2		Патологическое акушерство	12			21				18	51
		<b>ИТОГ:</b>	18			48				42	108
	Семестр 7	<b>Часы из АУП</b>	16			42		8		42	108
1		Гинекология	16			42				42	100
		<b>ИТОГ:</b>	16			42		8		42	100

### Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

#### Перечень основной литературы

№	Наименование согласно библиографическим требованиям
1	Акушерство : учебник / А. Н. Стрижаков, И. В. Игнатко, А. И. Давыдов. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020.
2	Клинические рекомендации по акушерству, утвержденные Минздравом РФ, 2021 год,
3	Гинекология: национальное руководство/под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, И.Б. Манухина. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 1008 с. - (Серия. Национальные руководства). 1008 с.
4	Акушерство: национальное руководство/под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова.- 2-е изд., перераб. и доп. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1080 с. - (Серия ;Национальные руководства). - 1080 с.
5	Древаль, А. В. Репродуктивная эндокринология / Древаль А. В. - Москва: ГЭОТАР-



	Медиа, 2020. - 240 с.
6	Каган, И. И. Клиническая анатомия женского таза : иллюстрированный авторский цикл лекций / И. И. Каган ; под ред. Г. Т. Сухих. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 152 с. : ил. -152 с.
7	Неотложная помощь в гинекологии / Дубровина С. О., Новиков Е. И., Лапшин В. Н., Василенко Л.В. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 144 с.
8	Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) и группы риска в акушерстве и гинекологии. 2020;14(2):159-162.Макацария А.Д, Бицадзе В.О., Хизроева Д.Х., Солопова А.Г., Воробьев А.В., Стулева Н.С., Акиньшина С.В., Макацария Н.А., Третьякова М.В, Элалами И., Гри Ж.-К, Риццо Д., Немировский В.Б., Капанадзе Д.Л., Митрюк Д.В., Блинов Д.В. Акушерство, гинекология и репродукция.
9	Факторы риска тромбоза у онкологических больных. 2021; 76 (5): 465-475.Слуханчук Е.В, Бицадзе В.О, Хизроева Д.Х, Тян А.Г, Третьякова М.В, Муян М, Элалами И, Грис Ж.Р., Макацария А.Д., Солопова А.Г., Ай Д. Вестник Российской академии медицинских наук.
10	Коронавирусная инфекция (COVID-19) и синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Акушерство, гинекология и репродукция. 2020; 14 (2): 123-131.Макацария А.Д., Григорьева К.Н., Мингалимов М.А., Бицадзе В.О., Хизроева Д.Х., Третьякова М.В., Элалами И., Шкода А.С., Немировский В.Б., Блинов Д.В., Митрюк Д.В.
11	Акушерство: учебник/ под ред. В. Е. Радзинского, А. М. Фукса. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.

### Перечень дополнительной литературы

№	Наименование согласно библиографическим требованиям
1	Рак молочной железы и беременность. (Учебное пособие). Солопова А.Г., Макацария А.Д., Воробьев А. В., Бицадзе В.О., Идрисова Л.Э. Москва. Издательство Сеченовского Университета. 2019. 28с.
2	Диагностика онкогинекологических заболеваний. (Учебное пособие). Солопова А.Г., Макацария А.Д., Бицадзе В.О., Идрисова Л.Э. Москва. Издательство Сеченовского Университета. 2019. 36с.
3	Профилактика тромботических осложнений у онкологических больных. (Учебное пособие). Солопова А.Г., Макацария А.Д., Воробьев А.В., Бицадзе В.О., Идрисова Л.Э., Шульман С. Москва. Издательство Сеченовского Университета. 2019. 28с.
4	Доброхотова Ю.Э. с соавт. Рак и беременность- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 64.
5	Доброхотова Ю.Э. с соавт. Миома матки. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 96 с
6	Акушерство и гинекология. Справочник для практических врачей Ремедиум-Врач. - М.: Ремедиум, 2018. - 352 с.
7	Акушерство и гинекология. Дифференциальная диагностика от А до Я. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 400 с.
8	Акушерство и гинекология. Достижения и пути развития в XXI веке. - Москва: Гостехиздат, 2018. - 224 с.
9	Алан, Х. ДеЧерни Акушерство и гинекология. В 2 томах. Том 2. Гинекология / Алан Х. ДеЧерни, Лорен Натан. - М.: МЕДпресс-информ, 2018. - 696 с.



10	Вольф, А. С. Атлас детской и подростковой гинекологии / А.С. Вольф, Ю.Э. Миттаг. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2018. - 304 с.
11	Гинекология. Современный справочник. - М.: АСТ, Сова, Кладезь, 2018. - 704 с.
12	Доброхотова Ю.Э. с соавт. Гиперплазия эндометрия. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 112 с.
13	Доброхотова Ю.Э. с соавт. Клинические лекции по акушерству - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 544.
14	Гинекология. Национальное руководство. 2-е издание, переработанное и дополненное. Уварова Е.В. с соавт. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 1008 с.
15	Доброхотова Ю.Э. с соавт. Венозные тромбоэмболические осложнения в акушерстве – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 176 с.
16	Акушерство / Под редакцией Г.М. Савельевой. - М.: Медицина, 2017. - 816 с

### Перечень электронных образовательных ресурсов

№	Наименование ЭОР	Ссылка
1	Учебная литература (основная и дополнительная) для подготовки к практическим занятиям. Электронный раздел.	Размещено в Информационной системе «Университет-Обучающийся»
2	Лекции по Акушерству. доцент кафедры, к.м.н. Макацария Н. А. Электронный ресурс.	Размещено в Информационной системе «Университет-Обучающийся»
3	Акушерство. МПФ. Электронный раздел.	Размещено в Информационной системе «Университет-Обучающийся»
4	Видео лекции по разделу "Гинекология". Электронный ресурс.	Размещено в Информационной системе «Университет-Обучающийся»
5	Тренировочный итоговый тест МПФ	Размещено в Информационной системе «Университет-Обучающийся»
6	Лекции. Акушерство и гинекология в истории и искусстве. доцент кафедры, к.м.н. Макацария Н. А. Электронный ресурс.	Размещено в Информационной системе «Университет-Обучающийся»
7	Видео лекции по разделу "Акушерство". Электронный ресурс.	Размещено в Информационной системе «Университет-





		Обучающийся»
8	Студенческий научный кружок кафедры «Акушерства и гинекологии института здоровья детей». Электронный раздел.	Размещено в Информационной системе «Университет-Обучающийся»
9	Лекции по Гинекологии. доцент кафедры, к.м.н. Макацария Н. А. Электронный ресурс.	Размещено в Информационной системе «Университет-Обучающийся»
10	Школа мастерства "Клиническая гемостазиология в акушерстве и гинекологии" / School of Masters. Электронный раздел.	Размещено в Информационной системе «Университет-Обучающийся»
11	Гинекология. МПФ. Электронный раздел.	Размещено в Информационной системе «Университет-Обучающийся»

#### Материально-техническое обеспечение дисциплины

№ п/п	№ учебных аудиторий и объектов для проведения занятий	Адрес учебных аудиторий и объектов для проведения занятий	Наименование оборудованных учебных кабинетов, объектов для проведения практических занятий, объектов физической культуры и спорта с перечнем основного оборудования
1		105005, г. Москва, ул. Бауманская, д. 17/1, к. 3	

Рабочая программа дисциплины разработана кафедрой Акушерства и гинекологии КИДЗ

