

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Кемеровский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России)



УТВЕРЖДАЮ:

Проректор по учебной работе

д.м.н., проф. Е.В. Коськина Коськина Е.В.

« 27 » 06 20 19 г.

ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Специальность	31.08.01 «акушерство и гинекология»
Уровень подготовки кадров высшей квалификации	ординатура, врач акушер-гинеколог
Форма обучения	очная
Управление последипломной подготовки специалистов	
Кафедра-разработчик программы	акушерства и гинекологии им. проф. Г.А.Ушаковой
Трудоемкость	108 часов/ 3 ЗЕ
Семестр	4

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с ФГОС ВО по направлению подготовки (специальности) 31.08.01 «Акушерство и гинекология», квалификация «специалист», утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации № 1043 от «25» августа 2014 г. (рег. В Министерстве юстиции РФ № 34426 от 23.10.2014г.) и учебным планом специальности 31.08.01 «Акушерство и гинекология», утвержденным Ученым советом ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России «31» 01 2019 г.

Программу разработали: зав. кафедрой акушерства и гинекологии им. Г.А.Ушаковой, д.м.н., профессор Н.В. Артымук;
профессор кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А.Ушаковой, д.м.н. О.Н. Новикова;
профессор кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А.Ушаковой, д.м.н. С.И. Елгина,
профессор кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А.Ушаковой, д.м.н. И.С. Захаров,
доцент кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А.Ушаковой, к.м.н. О.Б. Карелина,
доцент кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А.Ушаковой, к.м.н. Н.Б. Колесникова,
доцент кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А.Ушаковой, к.м.н. Т.Ю. Марочко,
профессор кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А.Ушаковой, д.м.н., В.Г. Мозес,
доцент кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А.Ушаковой, к.м.н. Е.В. Рудаева,
доцент кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А.Ушаковой, к.м.н. М.Н. Сурина,
доцент кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А.Ушаковой, к.м.н. Т.И. Фетисова,
доцент кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А.Ушаковой, к.м.н. В.И. Черняева,
доцент кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А.Ушаковой, к.м.н. Е.А. Шакирова.

Программа государственной итоговой аттестации одобрена Центральным методическим советом ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России «27» 06 2019 г. Протокол № 6

Программа государственной итоговой аттестации зарегистрирована в учебно-методическом управлении

Регистрационный номер 197

Начальник УМУ _____ д.м.н., доцент Л.А. Леванова

«27» 06 2019 г.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Государственная итоговая аттестация (ГИА) выпускников проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися основной образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.01 «Акушерство и гинекология» требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации № 1043 от «25» августа 2014 г. (рег. В Министерстве юстиции РФ № 34426 от 23.10.2014г.) и установления уровня подготовленности выпускника по направлению подготовки 31.08.01 «Акушерство и гинекология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации) к выполнению профессиональных задач.

Задачи ГИА:

- проверка уровня теоретической подготовки выпускника;
- проверка уровня освоения выпускником практических навыков и умений.

ГИА выпускников является обязательным завершающим этапом обучения. К ГИА допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по соответствующей образовательной программе ординатуры по специальности 31.08.01 «Акушерство и гинекология». Успешное прохождение ГИА является основанием для выдачи выпускнику документа об окончании ординатуры образца, установленного Министерством образования и науки Российской Федерации.

1.1 НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ ДЛЯ РАЗРАБОТКИ ПРОГРАММЫ ГИА

В настоящей программе использованы ссылки на следующие документы:

- Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по направлению подготовки 31.08.01 «Акушерство и гинекология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации). Утверждён приказом Минобрнауки России № 1043 от «25» августа 2014 г. (рег. В Министерстве юстиции РФ № 34426 от 23.10.2014г.);
- Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 13 июля 2017 г. № 653 «О внесении изменений в федеральные государственные образовательные стандарты высшего образования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 7 августа 2017 г., регистрационный № 47703);
- Учебный план по специальности / направлению подготовки 31.08.01 «Акушерство и гинекология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденный Ученым советом ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России «31» января 2019г., Протокол № 5;
- Приказ Министерства образования и науки РФ от 19 ноября 2013 г. N 1258 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры" (зарегистрировано в Минюсте РФ 28 января 2014 г., регистрационный N 31136);
- Приказ Минобрнауки России от 18.03.2016 N 227 "Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки" (зарегистрировано в Минюсте России 11.04.2016 N 41754)
- Положение о государственной итоговой аттестации СМК-ОС-03-ПД-00.10- 2018 (утверждено ректором 27.12.2018 года);
- Положение об основной профессиональной образовательной программе СМК-ОС-02-ПД-00.06-2019 (утверждено ректором 25.04.2019 г.);

– Устав ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России.

2. ТРЕБОВАНИЯ ФГОС ВО ПО НАПРАВЛЕНИЮ ПОДГОТОВКИ

31.08.01 АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ) К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

физические лица женского пола (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);

население;

совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Основной целью ГИА выпускников по направлению подготовки 31.08.01 «Акушерство и гинекология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации) является определение и оценка уровня теоретической и практической подготовки, предусмотренной Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования. Выпускник по направлению подготовки 31.08.01 «Акушерство и гинекология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации) должен быть подготовлен к выполнению следующих видов профессиональной деятельности:

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная;
- реабилитационная;
- психолого-педагогическая;
- организационно-управленческая.

В ходе проведения ГИА проверяется уровень сформированности всех компетенций по специальности 31.08.01 «Акушерство и гинекология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации):

Универсальные компетенции

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Профессиональные компетенции

профилактическая деятельность:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также

- направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
 - готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);
- диагностическая деятельность:
- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- лечебная деятельность:
- готовность к ведению, родовспоможению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании акушерско-гинекологической медицинской помощи (ПК6);
 - готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);
- реабилитационная деятельность:
- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);
- психолого-педагогическая деятельность:
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- организационно-управленческая деятельность:
- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
 - готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
 - готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

Таблица 1

Компетенции в результате освоения программы

Компетенции	Характеристика обязательного порогового уровня		
	Компетенция (код)	Тесты	Практические навыки
УК-1	№ 1-20	№ 1, 2, 14	№1-15
УК-2	№ 21-30	Не предусмотрено	№1-15
УК-3	№ 31-40	Не предусмотрено	Не предусмотрено
ПК-1	№ 41-60	№ 1-3, 5, 14, 15, 21, 23, 24	№1-13
ПК-2	№ 61-70	№ 1, 2, 5, 14, 15, 17, 21, 23, 24	№1-15
ПК-3	№ 71-80	Не предусмотрено	Не предусмотрено

ПК-4	№ 81-98	Не предусмотрено	№14-15
ПК-5	№ 99-118	№ 1, 2, 5, 7, 8, 14, 15, 17, 21, 23, 24	№1-13
ПК-6	№ 119-141	№ 1-33	№1-13
ПК-7	№ 142-151	№ 1, 2, 11, 13-15, 25, 31, 33	Не предусмотрено
ПК-8	№ 152-160	№ 1-3, 14, 30	№1-13
ПК-9	№ 161-170	№ 1-2, 14, 21	Не предусмотрено
ПК-10	№ 171-180	Не предусмотрено	Не предусмотрено
ПК-11	№ 181-190	Не предусмотрено	№14-15
ПК-12	№ 191-200	№ 1, 2, 11, 13-15, 25, 31, 33	№14-15

Уровень подготовки выпускника должен быть достаточен для решения профессиональных задач в соответствии с требованиями соответствующего Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования.

Теоретическая подготовка обеспечивает знания основ дисциплин учебных циклов, необходимых для понимания этиологии, патогенеза, клиники, методов диагностики, лечения, реабилитации и профилактики основных болезней человека.

3. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Трудоемкость: 108 ч.; 3 з. ед.

Время: в соответствии с установленным расписанием ГИА выпускников ординатуры Кемеровского государственного медицинского университета проводится в форме итогового междисциплинарного экзамена по направлению подготовки 31.08.01 «Акушерство и гинекология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации).

Итоговый междисциплинарный экзамен включает следующие обязательные аттестационные испытания:

I - оценка уровня теоретической подготовки путём тестирования;

II - оценка уровня освоения практических навыков и умений;

III - оценка умений решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования по комплексным, междисциплинарным ситуационным задачам

ОЦЕНКА УРОВНЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ

Для проверки уровня теоретической подготовки путём тестирования разработаны тесты по всем дисциплинам учебного плана. Тесты распределены по вариантам, один из которых предлагается выпускнику. Время, отводимое на ответы, составляет 60 минут.

ОЦЕНКА УРОВНЯ УСВОЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

Аттестационное испытание проходит согласно расписания на клинической базе и в симуляционном центре. Выпускник получает больного, краткую выписку из истории болезни, дополнительные материалы, конкретные задания. Аттестационное испытание проводится у постели больного. В симуляционном центре на тренажерах, в т.ч. компьютерных, оцениваются мануальные навыки, путем выполнения операций и пособий.

ОЦЕНКА УМЕНИЙ РЕШАТЬ КОНКРЕТНЫЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАДАЧИ В ХОДЕ СОБЕСЕДОВАНИЯ

Итоговое междисциплинарное собеседование проводится по билетам, включающим ситуационные задачи. Ситуационные задачи для заключительного этапа ГИА разрабатываются, согласуются и утверждаются в порядке, определенном Положением о фондах оценочных средств СМК-ОС-02-ПД-00.07-2018

В задачах изложена клиническая ситуация. Выпускнику предлагается несколько вопросов с целью ее оценки, формулировки диагноза, его обоснования и дифференциального диагноза. Предлагается также оценить данные дополнительных исследований, обосновать их необходимость, обсудить тактику лечения больного, оценить трудоспособность, прогноз в отношении течения заболевания, осложнений, исхода.

При подготовке к экзамену студент ведет записи в листе устного ответа. По окончании ответа лист устного ответа, подписанный выпускником, сдается экзаменатору.

В ходе устного ответа члены экзаменационной комиссии оценивают целостность профессиональной подготовки выпускника, то есть уровень его компетенции в использовании теоретической базы для решения профессиональных ситуаций. Итоговая оценка выставляется выпускнику после обсуждения его ответов членами экзаменационной комиссии.

Результаты каждого аттестационного испытания государственного экзамена объявляются выпускникам в тот же день после оформления и утверждения протокола заседания Государственной экзаменационной комиссии.

4. ОЦЕНКА СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ

4.1. Установление уровня сформированности компетенций осуществляется ГЭК на основании итогов всех испытаний междисциплинарного государственного экзамена в соответствии с разработанной шкалой.

Таблица 2

Шкала оценивания уровня сформированности компетенций обучающихся

Уровни освоения компетенций	Критерии установления
Пороговый уровень - наличие у выпускника общего представления об основных закономерностях функционирования объектов профессиональной деятельности, о методах и алгоритмах решения типовых профессиональных задач	1. Успешное прохождение итоговой аттестации и выполнение программы в полном объеме.
Продвинутый уровень - способность выпускника решать нетиповые, повышенной сложности задачи, принимать профессиональные и управленческие решения как по известным алгоритмам, методикам и правилам, так и в условиях неполной определенности, при недостаточном документальном, нормативном и методическом обеспечении деятельности	1. Наличие у выпускника призовых мест в олимпиадах, профессиональных конкурсах межрегионального, всероссийского и международного уровней и соответствующих подтверждений. 2. Выпускник имеет 75% и более оценок «отлично» по итогам освоения ОПОП. 3. Активность при выполнении научно-исследовательской работы, участие в научно-практических конференциях, наличие публикаций межрегионального, всероссийского и международного уровней.

5. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.1. ОЦЕНКА УРОВНЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ (I аттестационное испытание) И ОЦЕНКА УРОВНЯ УСВОЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ (II аттестационное испытание)

ЗАЧТЕНО – Выпускник владеет практическими навыками и умениями в полном объеме в соответствии с ФГОС ВО и учебными программами; хорошо ориентируется и умеет применять методики исследований по всем разделам дисциплин; рационально использует специальную терминологию; хорошо ориентируется в вопросах применения необходимых инструментов и оборудования; умеет давать обоснованные заключения.

НЕ ЗАЧТЕНО – Выпускник не владеет практическими навыками и умениями в объеме, необходимом в соответствии с ФГОС ВО и учебными программами дисциплин; плохо ориентируется или не умеет применять методики исследований по всем разделам дисциплин; не владеет специальной терминологией; плохо ориентируется в вопросах применения необходимых инструментов и оборудования; не умеет давать обоснованные заключения.

5.2. ОЦЕНКА УМЕНИЙ РЕШАТЬ КОНКРЕТНЫЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАДАЧИ В ХОДЕ СОБЕСЕДОВАНИЯ

ОТЛИЧНО - Выпускник владеет знаниями в полном объеме в соответствии с ФГОС ВО и учебными программами, специальной терминологией; достаточно глубоко осмысливает категории и проблемы дисциплин; самостоятельно и в логической последовательности излагает изученный материал, выделяя при этом самое существенное; четко формулирует ответы на заданные вопросы; логически решает ситуационные задачи, применяя необходимые по ситуации законодательные, нормативные, методические документы; показывает высокий уровень мышления, знакомство с основной и дополнительной литературой.

ХОРОШО - Выпускник владеет знаниями в полном объеме, в соответствии с требованиями ФГОС ВО и учебных программ; излагает материал без серьезных ошибок, правильно применяя терминологию; логично и правильно отвечает на поставленные вопросы, допуская незначительные неточности формулировок; умеет решать ситуационные задачи, показывая способность применять законодательную, нормативно-методическую документацию и знания излагаемого материала в объеме учебной литературы.

УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО - Выпускник владеет базовым объемом знаний, но проявляет затруднения, как в уровне самостоятельного мышления, так и при ответах на вопросы; излагает материал, используя специальную терминологию, непоследовательно или неточно; умеет решать ситуационные задачи, но недостаточно четко ориентируется в вопросах применения нормативных документов.

НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО - выпускник не владеет обязательным минимумом знаний специальных дисциплин, не способен ответить на вопросы билета даже при дополнительных наводящих вопросах экзаменатора. Выпускник не владеет практическими навыками обследования больного, допускает грубые ошибки при обосновании клинического диагноза, проведении дифференциальной диагностики, назначении лечения, не знает алгоритма оказания врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.

6. СОДЕРЖАНИЕ ЭТАПОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ ВЫПУСКНИКОВ ПО НАПРАВЛЕНИЮ ПОДГОТОВКИ 31.08.01 «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ» (УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ)

I АТТЕСТАЦИОННОЕ ИСПЫТАНИЕ

Перечень тестовых заданий

№	Осваиваемые компетенции (индекс компетенции)	Тестовое задание	Ответ на тестовое задание
1	УК-1	<p>ПРИ НОРМАЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ</p> <p>а) экскреция хорионического гонадотропина свидетельствует о функциональном состоянии плаценты;</p> <p>б) уровень тиреоидных гормонов понижен;</p> <p>в) уровень эстрогенных гормонов перед родами снижен;</p> <p>г) экскреция хорионического гонадотропина максимальна перед родами;</p> <p>д) все перечисленное верно</p>	а)
2	УК-2	<p>ПРАВИЛО ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ АКУШЕРСКОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВКЛЮЧАЕТ</p> <p>а) одновременное оказание помощи бригадой специалистов акушера-гинеколога, анестезиолога-реаниматолога, неонатолога, трансфузиолога</p> <p>б) взаимодействие акушера-гинеколога и акушерки</p> <p>в) операцию кесарево сечение</p> <p>г) инфузионную терапию</p> <p>д) наличие врача-трансфузиолога в штате медицинской организации</p>	а)
3	УК-3	<p>ПРИЗНАКАМИ УСВОЕНИЯ УЧАЩИМИСЯ ЗНАНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) применение материала на практике</p> <p>б) осознание фактов правил понятий</p> <p>в) готовность пересказать материал своими словами</p> <p>г) формулирование правил понятий</p> <p>д) готовность приводить примеры для конкретизации выводов обобщений</p>	а)
4	ПК-1	<p>ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ НЕВЫНАШИВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ</p>	а)

		<p>а) неоднократная гистероскопия б) ограничение половой жизни при беременности в) ограничение числа переносимых эмбрионов при ВРТ г) прегравидарная подготовка антиоксидантами д) постельный режим</p>	
5	ПК-1	<p>ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ ИЗОСЕНСИБИЛИЗАЦИИ ПО Rh – ФАКТОРУ У ПЕРВОБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН</p> <p>а) гемотерапия несовместимой по Rh – фактору кровью б) Rh- отрицательная кровь у матери в) Rh –положительная кровь у матери г) вакцинация в детстве д) резус-положительный отец женщины</p>	а)
6	ПК-2	<p>СОВРЕМЕННЫМ ПОХОДОМ К СКРИНИНГУ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) ВПЧ – типирование б) цитология в) цитология+кольпоскопия г) кольпоскопия д) расширенная кольпоскопия</p>	а)
7	ПК-3	<p>ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ БЕРЕМЕННЫХ С БАКТЕРИОВЫДЕЛЕНИЕМ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) в обсервационное акушерское отделение родильного дома б) в специализированный акушерский стационар (родильный дом) в) в неспециализированный родильный дом г) в специальные боксы соответствующих отделений инфекционной больницы д) в пульмонологическое отделение</p>	а)
8	ПК-4	<p>ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА</p> <p>а) с 22-й недели внутриутробного развития, включая 7 дней после родов б) первые 7 дней после родов в) от зачатия до родоразрешения г) с 22-й недели внутриутробного развития, включая 10 дней после родов д) с 24-й недели беременности до 7 дня после родов</p>	а)
9	ПК-5	ПРИ БЕСПЛОДИИ	а)

		ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИЮ ЛУЧШЕ ПРОИЗВОДИТЬ а) на 7—й день менструального цикла б) на 9–2-й день менструального цикла в) на 13–5-й день менструального цикла г) на 16–0-й день менструального цикла д) на 21–5-й день менструального цикла	
10	ПК-5	ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПРОБЫ С КОМБИНИРОВАННЫМИ ЭСТРОГЕН-ГЕСТАГЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ свидетельствует о а) маточной аменорее б) гипофизарной аменорее в) яичниковой аменорее г) гипоталамической аменорее д) надпочечниковой аменорее	а)
11	ПК-6	КЛИНИКА ЦЕРВИЦИТА а) гнойные выделения и кровоточивость из цервикального канала б) контактные кровяные выделения в) гнойные выделения г) межменструальные кровотечения д) боли в низу живота	а)
12	ПК-6	АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ РЕИНФУЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ а) массивная кровопотеря б) послеродовое кровотечение в) предлежание плаценты г) преждевременная отслойка плаценты д) анафилактический шок	а)
13	ПК-6	АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ АППЕНДИЦИТЕ ПРИ ДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ а) консервативное ведение родов б) кесарево сечение с последующей надвлагалищной ампутацией матки в) кесарево сечение г) кесарево сечение с последующей экстирпацией матки без придатков д) кесарево сечение с последующей экстирпацией матки с маточными трубами	а)
14	ПК-7	СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ ПОКАЗАНА а) при внезапно развившихся терминальных состояниях б) только при внезапной смерти детей	а)

		<p>в) в каждом случае смерти больного</p> <p>г) только при внезапной смерти молодых женщин</p> <p>д) только при внезапной смерти молодых мужчин</p>	
15	ПК-8	<p>ПРОВЕДЕНИЕ КОМПЛЕКСА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ</p> <p>а) сразу после самопроизвольного аборта</p> <p>б) по истечении 3 месяцев после самопроизвольного аборта</p> <p>в) по истечении 6 месяцев</p> <p>г) по истечении 1 месяца</p> <p>д) через 1 год</p>	а)
16	ПК-8	<p>ВВЕДЕНИЕ АНТИРЕЗУС ИММУНОГЛОБУЛИНА РЕЗУС ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ ПОКАЗАНО</p> <p>а) в ближайшие 72 часа после родов</p> <p>б) в ближайшие 2 недели после родов</p> <p>в) до инвазивных вмешательств</p> <p>г) до наступления беременности</p> <p>д) при выявлении сенсibilизации</p>	а)
17	ПК-9	<p>ВОСПИТАНИЕ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМОЕ В ЦЕЛЯХ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА И ДОСТИЖЕНИЯ ПРАВИЛЬНОГО ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ:</p> <p>а) валеология</p> <p>б) физическое воспитание</p> <p>в) профессиональный спорт</p> <p>г) закаливание</p> <p>д) подготовка спортсмена</p>	а)
18	ПК-10	<p>ФОРМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ</p> <p>а) экстренная, неотложная, плановая</p> <p>б) амбулаторная, стационарная, на дому</p> <p>в) первичная, специализированная, высокотехнологичная, скорая, паллиативная</p> <p>г) на платной основе, по полису ОМС</p> <p>д) доврачебная, врачебная, специализированная</p>	а)
19	ПК-11	<p>ПОКАЗАТЕЛЬ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ - ЭТО:</p> <p>а) смертность детей до 1 года жизни</p> <p>б) смертность детей до 6 месяцев жизни</p> <p>в) смертность детей 1-го месяца</p>	а)

		жизни г) смертность детей до 4 лет жизни д) смертность детей до 7 дней жизни	
20	ПК-12	ПРИ НАЛИЧИИ В АТМОСФЕРЕ ПАРОВ АММИАКА НЕОБХОДИМО ПЕРЕМЕЩАТЬСЯ а) в нижние этажи и подвалы б) оставаться на месте в) выйти из помещения г) в верхние этажи зданий д) в помещения без окон	а)

II. АТТЕСТАЦИОННОЕ ИСПЫТАНИЕ

перечень практических навыков и умений

Практический навык 1. Наружное обследование беременной: аускультация плода с помощью стетоскопа, ручного доплеровского устройства, пельвиометрия, измерение окружности живота, высоты дна матки, пальпация плода, определение положения и предлежащей части плода.

Практический навык 2. Бимануальное влагалищное или ректоабдоминальное исследование. Осмотр вульвы, влагалища, шейки матки в зеркалах. Оценка зрелости шейки матки по шкале Vischor.

Практический навык 3. Введение и удаление внутриматочного контрацептива.

Практический навык 4. Введение разгружающего pessaria во время беременности.

Практический навык 5. Ведение гравидограммы и партограммы в родах.

Практический навык 6. Внутриматочная баллонная тампонада

Практический навык 7. Диагностическая гистероскопия, гистерорезектоскопия.

Практический навык 8. Диагностическая лапароскопия.

Практический навык 9. Резекция яичника, цистэктомия, оофорэктомия лапароскопическим доступом.

Практический навык 10. Гистерэктомия лапароскопическими или абдоминальным доступом.

Практический навык 11. Эпизиотомия, эпизиоррафия, ушивание разрывов мягких тканей родовых путей.

Практический навык 12. Приемы оказания помощи при дистоции плечиков.

Практический навык 13. Оказание пособия в родах при тазовом предлежании плода.

Практический навык 14. Клиническая оценка состояния пациента; общее физикальное обследование различных органов и систем.

Практический навык 15. Контроль (тест) шевелений плода во время беременности.

Практический навык 16. Коагуляция и биопсия очагов эндометриоза лапароскопическим доступом.

Практический навык 17. КТГ плода/плодов; оценка состояния плода (по данным ультразвукового исследования, доплерометрии).

Практический навык 18. Миомэктомия лапаротомным и лапароскопическим доступом.

Практический навык 19. Наложение акушерских щипцов.

Практический навык 20. Наложение вакуум-экстрактора.

Практический навык 21. Осмотр и пальпация молочных желез; оценка степени развития молочных желез (В 1-5) и полового оволосения (Р1-5,6) по Таннеру.

Практический навык 22. Медицинский аборт.

Практический навык 23. Оценка менструального календаря.

Практический навык 24. Определение срока беременности.

- Практический навык 25.** Оказание пособия в родах при головном предлежании плода.
- Практический навык 26.** Проведение классического наружно-внутреннего (комбинированного) акушерского поворота плода на ножку.
- Практический навык 27.** перевязка восходящей ветви маточной артерии, наложение компрессионных швов при послеродовом кровотечении.
- Практический навык 28.** Тубэктомия/аднексэктомия, удаление плодного яйца при внематочной беременности лапаротомным и лапароскопическим доступом.
- Практический навык 29.** Плодоразрушающие операции.
- Практический навык 30.** Разделение синехий полости матки.
- Практический навык 31.** Родоразрешение путем операции кесарева сечения.
- Практический навык 32.** Ручное обследование стенок полости матки, отделение и выделение последа.
- Практический навык 33.** Сердечно-легочная реанимация.

III АТТЕСТАЦИОННОЕ ИСПЫТАНИЕ

Итоговое собеседование

Ситуационная задача 1

В приемное отделение обратилась пациентка В., 19 лет, с жалобами на задержку менструации в течение 5 недель, тошноту, рвоту до 20 раз в сутки, не связанную с приемом пищи, слабость. Считает себя беременной.

Из анамнеза выяснено: менархе в 14 лет, менструальный цикл 28 дней, регулярный, менструации по 5 дней, умеренные, безболезненные. Начало половой жизни в 17 лет, в браке. От беременности не предохранялась, беременность первая, желанная. На 2 неделе задержки менструации проведен тест на ХГ – положительный, примерно в это же время появилась тошнота; с 3 недели задержки менструации беспокоит рвота до 5-6 раз в сутки, по поводу чего лечилась амбулаторно в дневном стационаре. Последние два дня беспокоит рвота до 20 раз в сутки, не зависимо от приема пищи. Вес до беременности 70 кг.

Объективно: общее состояние ближе к удовлетворительному, умеренного питания, рост 167 см, вес 63 кг, положение активное. Кожные покровы с иктеричным оттенком, видимые слизистые сухие. Температура тела 37,40С; ЧД 21 в мин, пульс 106 уд в мин, АД 90/60 мм рт. ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный, перитонеальных знаков нет. Печень + 3 см от края реберной дуги, безболезненная. Отмечает снижение количества мочи за сутки, моча концентрированная.

Гинекологическое исследование: наружные половые органы сформированы правильно, оволосение по женскому типу. Влагалище свободное, слизистая не изменена, шейка матки цианотичная, конической формы, наружный зев точечный. Матка отклонена кпереди, шаровидной формы, мягкая, размером, соответствующим гусиному яйцу, безболезненная, подвижная. Придатки матки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная. Своды свободные, безболезненные. Выделения из половых путей слизистые, без запаха.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное осложнение?
3. Объем обследования пациентки
4. Лечебная тактика
5. Показания к прерыванию беременности

Эталон ответа к задаче 1

1. Диагноз: беременность 6 недель. Токсикоз первой половины беременности тяжелой степени.

Обоснование диагноза: Срок беременности соответствует 6 неделям на основании даты последней менструации, положительного теста на ХГ, размеров матки и наличия вероятного

признака беременности (цианоз шейки матки) при гинекологическом исследовании. Тяжелая степень токсикоза 1 половины беременности диагностирована на основании рвоты, возникающей с частотой до 20 раз в сутки; потери массы тела 7 кг; клиническими симптомами обезвоживания. Обезвоживание диагностировано на основании сухости видимых слизистых и языка; интоксикационного синдрома: слабости, гипертермии, тахикардии; снижения количества мочи и повышения ее концентрации.

2. Дифференциальную диагностику необходимо проводить с пищевой токсикоинфекцией (отсутствие связи с приемом недоброкачественной пищи, диареи, отсутствие задержки менструации, вероятных признаков беременности); пищевым отравлением (отсутствие эпидемиологического анамнеза, связи с приемом пищевого продукта, диареи, отсутствие задержки менструации, вероятных признаков беременности); острым гастритом (наличие абдоминального болевого синдрома, связанного с приемом пищи, облегчение болей после приема молочных продуктов, отсутствие задержки менструации, вероятных признаков беременности).

3. Минимальный объем обследования:

- общий анализ крови для оценки гематокрита, позволяющего оценить степень обезвоживания;
- общий анализ мочи для определения уровня нарушения углеводного обмена (ацетон мочи);
- биохимическое исследование: оценка функции печени, почек и углеводного обмена, метаболитных нарушений (общий белок, общий билирубин и его фракции, ферменты печени, мочевины, креатинин), КЩС

4. Лечебная тактика врача приемного отделения заключается в госпитализации больной в отделение реанимации, назначение полупостельного режима, дезинтоксикационной терапии, витаминов. При токсикозе 1 половины беременности средней степени тяжести показано купирование рвоты с использованием церукала, дроперидола, перед назначением которых необходимо информировать пациентку о том, что эти препараты относятся к 3 классу по классификации FDI безопасности лекарственных препаратов и пищевых продуктов. В особых случаях при белковом истощении в первые несколько суток показано парентеральное питание.

5. Показания к прерыванию беременности: чрезмерная рвота беременной (токсикоз первой половины беременности тяжелой степени) при отсутствии эффекта от лечения. **Вопросы:**

Ситуационная задача 2

Дежурный врач роддома приглашен акушеркой в отделение патологии беременных. Беременная Н., 32-х лет, жалуется на уменьшение шевеления плода в течение последних двух дней, сегодня после обеда шевеление плода не ощущает; час назад появились периодические схватки через 5 минут, малоболезненные.

Из анамнеза выяснено, что данная беременность вторая, первая беременность 3 года назад закончилась стремительными срочными родами, ребенок родился в состоянии тяжелой асфиксии, отстаёт в физическом и психическом развитии, наблюдается у невролога.

Данная беременность желанная, в женской консультации наблюдалась регулярно. В раннем сроке беременности перенесла ОРВИ. Госпитализирована три дня назад в сроке 37-38 недель по поводу отеков беременной. При ультразвуковом исследовании, проведенном вчера, было выявлено, что по менструации срок беременности соответствует 38 неделям, по фетометрии плод соответствует 35 неделям; маловодие (амниотический индекс 10 при норме от 12 до 20); уменьшение толщины плаценты.

Беременная курит на протяжении всей беременности, пачки сигарет хватает на 2 дня.

Объективно: Состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, отеки на нижних конечностях. Беременная несколько возбуждена, обеспокоена состоянием ребенка. Пульс 88 уд/мин, удовлетворительного наполнения, АД 130/80 мм рт. ст. Размеры таза 24-27-29-18 см. Окружность живота 95 см, высота стояния дна матки 32 см. Родовая деятельность – схватки через 5 минут, по 15 секунд, малоболезненные. Матка вне схваток в нормотонусе,

безболезненная. Положение плода продольное. Предлежит головка плода, находится над входом в малый таз. Сердцебиение плода глухое, ритмичное с частотой 130 уд/мин, с эпизодами урежения сердцебиения после схватки до 105 уд/мин.

PV: влагалище рожавшей, шейка укорочена до 0,5см, цервикальный канал пропускает 4 см. Плодный пузырь цел, наливается во время схватки. Головка плода неплотно прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа у лона. Мыс не достигается, таз емкий, экзостозов нет. Выделения светлые, слизистые.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование
2. Вероятные причины осложнения
3. Необходимые исследования, подтверждающие диагноз
4. Оцените данные КТГ
5. Лечебная тактика

Эталон ответа к задаче 2

1. Беременность 37-38 недель. Положение плода продольное, вторая позиция, передний вид, головное предлежание. Задержка внутриутробного развития 1 степени. Угрожающее состояние плода. Срочные роды, первый период, активная фаза.

Обоснование диагноза: срок беременности соответствует доношенному на основании данных анамнеза; первый период срочных родов на основании наличия регулярных схваток, открытия шейки матки на 4 см; задержка внутриутробного развития 1 степени - на основании размеров матки, размеров плода, отстающих по фетометрии на 3 недели от срока беременности по менструации, маловодие; угрожающее состояние плода - на основании жалоб на отсутствие шевеления плода и брадикардии (ЧСС 105 уд/мин) при аускультации плода.

2. Вероятнее всего, угрожающее состояние плода развилось на фоне хронической фетоплацентарной недостаточности, которая была обусловлена перенесенным ОРВИ в раннем сроке беременности и вредной привычкой – курением.

3. Подтвердить диагноз угрожающего состояния плода необходимо кардиотокографическим исследованием. Помощь в диагностике может оказать доплерометрия маточно-плацентарного и фетального кровотока, рН фетальной крови из предлежащей части.

4. По КТГ регистрируются поздние глубокие длительные по времени децелерации, что свидетельствует о тяжелом дистрессе плода.

5. В интересах плода показано немедленное родоразрешение путем операции кесарево сечение, которое необходимо выполнить в течение 15 минут от установления диагноза. На этапе транспортировки больной в операционную желательна внутривенно струйно ввести 400 мл физиологического раствора. Неонатолог должен быть готов к оказанию реанимации новорожденного.

Ситуационная задача 3

Больная И., 28 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на задержку менструации в течение 4 недель, ноющие боли внизу живота, отмечает тошноту по утрам, в последние 2 недели - рвоту 1 раз в сутки.

Из анамнеза установлено: менархе с 15 лет, установились через 6 месяцев, по 3-4 дня, умеренные, безболезненные, цикл 30 дней. Последняя нормальная менструация началась 8 недель назад. Половая жизнь с 20 лет, последние 6 месяцев от беременности не предохранялась (ранее с целью контрацепции использовала презервативы). Три года назад первая беременность закончилась медицинским абортom, который осложнился метроэндометритом, потребовавшим стационарного лечения.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Слизистые розового цвета, влажные. Пульс 72 уд в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 120/80 мм рт. ст., температура тела 36,7°C. Со стороны

дыхательной, сердечно-сосудистой, мочевыводящей систем патологии не выявлено. Живот мягкий, участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный в нижних отделах, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стул регулярный. Мочеиспускание свободное, не учащено.

Гинекологическое исследование: шейка матки и слизистая влагалища цианотичные, выделения светлые, в обычном количестве. Шейка матки коническая, отклонена кзади, наружный зев замкнут, щелевидный. Влагалище нерожавшей женщины. Матка в типичном положении, увеличена до 5-6 недель беременности, при пальпации легко возбудима, отмечаются положительные симптомы Снегирева, Пискачека, Гентера. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Своды глубокие, безболезненные.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование
2. Объем исследований, необходимых для уточнения диагноза
3. Возможные причины развития осложнений
4. Тактика врача и необходимый объем лечения
5. Прогноз

Эталон ответа к задаче 3

1. Диагноз: Беременность 5-6 недель. ОАГА. Угрожающий ранний самопроизвольный выкидыш. Обоснование диагноза: беременность и ее срок установлены на основании вероятных признаков: задержки менструации, цианоза слизистых влагалища и шейки матки, симптомов Снегирева, Гентера, Пискачека, обнаруженных при влагалищном исследовании; можно учесть сомнительные признаки беременности: тошноту по утрам.

Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез - на основании перенесенного большой медицинской аборт, осложненного метрэндометритом.

Угрожающий ранний самопроизвольный выкидыш диагностирован на основании жалоб женщины на боли внизу живота, повышенной возбудимости матки при бимануальном исследовании.

2. Для дальнейшего диспансерного наблюдения по поводу желанной беременности необходимы общий анализ мочи, общий анализ крови, сахар крови, RW, ВИЧ, кал на яйца глистов, ЭКГ, мазок из цервикального канала на флору, осмотр терапевта, окулиста, стоматолога. Поскольку имеется клиника угрожающего прерывания беременности, необходим контроль базальной температуры, кольпоцитологическое исследование влагалищного мазка, УЗИ матки в 10-12 недель.

3. Развитие угрожающего прерывания беременности можно связать с осложненным акушерско-гинекологическим анамнезом.

Необходимо амбулаторное наблюдение и дообследование беременной. Принимая во внимание то, что в сроке беременности до 6 недель основной причиной прерывания беременности являются генные и хромосомные нарушения, терапию на сохранение беременности проводить нецелесообразно. Обязательно назначение фолиевой кислоты 400 мг/сут в целях профилактики аномалий нервной трубки. При доказанном факте гормональной недостаточности (по тестам функциональной диагностики, мазкам на кольпоцитологию) - проводится гормонозаместительная терапия. При возникновении клинических симптомов начавшегося выкидыша показана госпитализация, удаление плодного яйца.

4. Условно благоприятный; имеется риск невынашивания, плацентарной недостаточности.

Ситуационная задача 4

На прием к детскому гинекологу обратилась мать с девочкой 4 лет, у которой наблюдаются зуд и покраснение в области наружных половых органов, гнойные выделения из половых путей. Данные симптомы возникают периодически в течение года, гигиена половых органов соблюдается. Ребёнок наблюдается врачом-аллергологом в связи с atopическим дерматитом (кожные высыпания на локтевых сгибах и на лице).

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Ваша тактика
3. Что может быть причиной возникновения вульвовагинитов у девочек?
4. Что играет ведущую роль в развитии вульвовагинита у девочек до 8 лет?
5. Какое лечение необходимо назначить?

Эталон ответа к задаче 4:

1. Неспецифический вульвовагинит.
2. Обследование для уточнения этиологии вульвагинита, в т.ч. на энтеробиоз.
3. Причиной вульвовагинитов у девочек может являться энтеробиоз, гонорея, аллергическое заболевание, инородное тело влагалища
4. Ведущую роль в развитии вульвовагинита у девочек играет дефицит эстрогенов
5. Лечение будет зависеть от причины вульвагинита, но обязательным компонентом будет местное применение препаратов эстрогенов

Ситуационная задача 5

Дежурный врач роддома приглашен акушеркой в отделение патологии беременных. Беременная Н., 32-х лет, жалуется на внезапное появление обильного кровотечения из влагалища, родовой деятельности нет.

Из анамнеза выяснено, что данная беременность вторая, первая беременность 3 года назад закончилась операцией кесарево сечение по поводу слабости родовой деятельности, ребенок здоров, послеродовый период осложнился эндометритом.

Данная беременность желанная, в женской консультации наблюдалась регулярно. В раннем сроке беременности перенесла ОРВИ. Госпитализирована три дня назад в сроке 36 недель по поводу предлежания плаценты. При ультразвуковом исследовании, проведенном вчера, было выявлено, что срок беременности соответствует 36 неделям, положение плода поперечное.

Объективно: Состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные, отеки на нижних конечностях. Беременная несколько возбуждена. Пульс 106 уд/мин, удовлетворительно-наполнения, АД 100/70 мм рт. ст. Размеры таза 24-27-29-18 см. Окружность живота 98 см, высота стояния дна матки 38 см. Вес 78 кг. Родовая деятельность – отсутствует. Матка в нормотонусе, безболезненная. Положение плода поперечное. Головка плода слева. Сердцебиение плода глухое, ритмичное с частотой 130 уд/мин. Выделения обильные кровянистые около 800 мл.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование
2. Необходимые исследования, подтверждающие диагноз
3. Первый этап оказания помощи, тактика

Эталон ответа к задаче 5

1. Беременность 36 недель. Полное предлежание плаценты с кровотечением. Геморрагический шок 2 ст. Поперечное положение плода. Рубец на матке

Обоснование диагноза: срок беременности соответствует 36 неделям на основании данных анамнеза, объективного осмотра и УЗИ; предлежание плаценты выявлено по УЗИ, кровотечение без болевого синдрома, нормотонус матки, отсутствие страдания плода подтверждает диагноз предлежания. Умеренная тахикардия, отсутствие гипотензии, кровопотеря 15% от ОЦК соответствуют 2 степени геморрагического шока.

2. Для подтверждения диагноза и оценки состояния пациентки необходимо исследовать общий анализ крови, коагулограмму, прикроватный тест по Ли-Уайту, тромбоэластография.

3. Используется алгоритм действий при кровотечении: пригласить анестезиолога, вторую акушерку, предупредить неонатолога, развернуть операционную, обеспечить инфузию физиологического раствора через катетер в 2 вены, катетеризацию мочевого пузыря, согревание, мониторинг витальных функций, затем перевод в операционную.

5. В интересах беременной показано немедленное родоразрешение путем операции кесарево сечение, которое необходимо выполнить в течение 15 минут от установления диагноза. Обезболивание ЭТН, использование аппаратной реинфузии эритроцитов. Неонатолог должен быть готов к оказанию реанимации новорожденного.

Ситуационная задача 6

В гинекологическое отделение поступила больная К., 23 лет, с жалобами на умеренные кровянистые выделения из половых путей, несильные боли в низу живота, повышение температуры тела до 37,5 °С. Накануне произошел выкидыш при беременности 12-13 нед., кровопотеря около 300 мл. Сразу к врачу не обратилась.

При поступлении состояние больной средней тяжести, кожные покровы бледные, лицо гиперемировано, температура тела 37,4 °С, пульс 100 уд/мин, удовлетворительного наполнения, АД 110/60 мм рт. ст.

При влагалищном исследовании установлено: шейка матки укорочена, цервикальный канал проходим для одного пальца за внутренний зев, где определяется плацентарная ткань. Матка увеличена, ее размер соответствует 11-12 нед. беременности, мягковатая, слегка болезненная при исследовании, выделения кровянистые, незначительные. Мочеиспускание не нарушено, диурез достаточный.

Вопросы:

1. Установите диагноз
2. Определите последовательность проведения диагностических лечебных мероприятий.
3. Определите последовательность проведения диагностических лечебных мероприятий

Эталон ответа к задаче 6

1. Диагноз устанавливается на основании данных об имевших место аборте при сроке беременности 12-13 нед, невысокой лихорадке, тахикардии, кровопотере, результатов специального обследования, подтверждающих наличие воспалительных явлений в матке (эндометриите), а также на основании симптомов неполного выкидыша (структурные изменения шейки матки, болезненность и увеличение матки, наличие за внутренним зевом частей плодного яйца, умеренных кровянистых выделений).

Диагноз: Неполный инфицированный внебольничный аборт при сроке беременности 12-13 нед.

2. Необходимые методы обследования: посев, мазок из цервикального канала, уретры, клинические анализы крови и мочи, УЗИ. Динамическое наблюдение за общим состоянием больной, артериальным давлением, частотой дыхания и пульса, почасовым диурезом.

3. Наиболее безопасным является консервативно-выжидательный метод лечения при опасном для жизни кровотечении - опорожнение матки от плодного яйца. Последовательно проводятся:

- инфузионная терапия путем внутривенного введения коллоидных и кристаллоидных растворов, гемотрансфузия по показаниям; общее количество вводимых растворов не менее 1,5-2 л;

- постельный режим;

- антибиотики широкого спектра действия (предпочтительны цефалоспорины, фторхинолоны или полусинтетические защищенные пенициллины, возможно сочетание с метронидазолом в максимальных терапевтических дозах) внутривенно после взятия мазков и биосубстратов для определения флоры и чувствительности с последующей сменой антибиотиков в соответствии с антибиотикограммой;

- отсроченное на 12-24 ч (после стабилизации температуры тела и улучшения общего состояния больной) бережное опорожнение матки от инфицированных остатков или плодного яйца абортангом и тупой кюреткой методом *in situ* или МВА под внутривенным обезболиванием;

- при обильном и продолжающемся кровотечении (более 400-500 мл) по жизненным показаниям следует немедленно выполнить удаление абортангом свободно лежащую часть плода

и кюретаж тупой кюреткой или МВА, одновременно провести антибактериальную и инфузионную терапию, при необходимости - гемотрансфузию.
- применение после опорожнения матки сокращающих матку средств - окситоцин.

Ситуационная задача 7

Больная Г., 40 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на обильное кровотечение из половых путей в течение 3 суток и сильные схваткообразные боли в низу живота. Из анамнеза известно: месячные с 14 лет, регулярные, по 5-6 дней через 28-30 дней. Половая жизнь с 20 лет в браке. Родов - 2, абортов - 4. Последний осмотр гинеколога был 4 года назад, патологии не выявлено. В течение года боли в низу живота, месячные обильные и болезненные. Данные месячные пришли в срок, но были очень обильными и болезненными. После обращения в женскую консультацию больная госпитализирована.

При поступлении в клинику состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, пульс 88 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные, дыхание везикулярное, язык чистый, влажный, живот участвует в акте дыхания, несколько болезненный в нижних отделах, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Физиологические отправления в норме. Обильное кровотечение из половых путей.

Гинекологическое исследование: шейка матки покрыта неизменной слизистой оболочкой, цервикальный канал расширен, в нем находится ткань с гладкой поверхностью, выделения кровянистые, со сгустками, обильные.

Внутреннее исследование: шейка матки бочкообразной формы, сглажена, цервикальный канал проходим для 1 пальца, в нем пальпируется фиброматозный узел, ножкой уходящий в полость матки. Матка увеличена до 7-8 нед беременности, плотная, подвижная, безболезненная при исследовании, придатки не пальпируются, своды свободные глубокие.

Вопросы:

1. Клинический диагноз
2. Тактика врача

Эталон ответа к задаче 7

1. Постановка диагноза.

В данном наблюдении диагноз устанавливается на основании жалоб больной на схваткообразные боли, обильные и болезненные месячные, увеличение матки до 7-8 нед. беременности и пальпации узла в цервикальном канале.

Диагноз: миома матки, рождающийся субмукозный узел; менометроррагия.

2. Последовательность проведения лечебных мероприятий.

Учитывая обильное кровотечение и рождающийся субмукозный узел, необходимо произвести консервативную миомэктомию влагалищным доступом под внутривенным наркозом (калпсол, деприван). Соблюдая правила асептики и антисептики, во влагалище вводят ложкообразное зеркало, захватывают шейку матки пулевыми щипцами, зондируют полость матки. Щипцами Мюзо захватывают фиброматозный узел, вращательными движениями по часовой стрелке откручивают его и выполняют раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала.

Кровопотеря во время манипуляции составила 50 мл, общая кровопотеря - 200 мл. Удаленный узел и соскоб эндометрия отсылают на гистологическое исследование.

Ситуационная задача 8

В гинекологическое отделение доставлена больная В., 60 лет, с жалобами на боли в левой паховой области и левом бедре, особенно по ночам. Боли носят «грызущий» характер. Мочеиспускание также сопровождается болями. Акт дефекации затруднен. В моче и кале присутствует кровь. Больна больше года. К врачу не обращалась.

Больная истощена. Кожа и видимые слизистые, бледные. Через брюшную стенку в гипогастральной области пальпируется плотное образование без четких контуров, непо-

движное. Объективное исследование: при поступлении состояние средней тяжести. Пульс 90 уд. в мин, слабого наполнения. АД 90/60 мм рт. ст. Температуре 37,2

Осмотр при помощи зеркал: влагалище укорочено. В куполе его на месте шейки матки виден кратер с некротическим налетом. Выделения из влагалища имеют цвет «мясных помоев».

Влагалищное исследование: стенки влагалища на протяжении 2/3 его инфильтрированы. В малом тазу определяется конгломерат опухоли плотной консистенции, достигающий до стенок таза с двух сторон, неподвижный, болезненный.

Ректальное исследование: слизистая прямой кишки неподвижна. В параметриях с двух сторон отмечаются инфильтраты, достигающие стенок таза. На пальце, которым проводится исследование, остается кровь.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.
3. Причины болей.

Эталон ответа к задаче 8

1. Рак шейки матки IV стадии с вовлечением в опухолевый процесс мочевого пузыря и прямой кишки, кахексия.
2. Обезболивающая и общеукрепляющая терапия.
3. Сдавление нервных стволов, а также нервов, проходящих в запирательном отверстии.

Ситуационная задача 9

Больная Н, 32 лет, поступила в стационар с жалобами на резкие боли внизу живота, мажущие кровянистые выделения из половых путей в течение 2-х дней.

Анамнез: менструации регулярные, безболезненные, необильные. Последняя менструация была 15 января, с задержкой на 2 недели. Половая жизнь с 22 лет, беременности не имела. Гинекологических заболеваний не отмечает. Считает себя больной с 12 февраля, когда почувствовала боли внизу живота, с иррадиацией в прямую кишку; 2 дня назад появились мажущие кровянистые выделения из половых путей, усилились боли в низу живота.

При поступлении состояние больной средней тяжести, отмечается выраженная бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек. Пульс 120 уд/мин, слабого наполнения, АД 90/50 мм рт. ст. Язык чистый, суховат. Передняя брюшная стенка напряжена. При пальпации отмечается резкая болезненность в нижних отделах живота, больше справа. Симптом Щеткина положительный в левой подвздошной области. При перкуссии отмечается притупление перкуторного звука в боковых отделах живота.

Влагалищное исследование: шейка матки цилиндрической формы, пальпация матки затруднена из-за резкой болезненности и напряжения брюшной стенки, придатки матки пальпировать не удалось, область их резко болезненна, больше справа. Тракции за шейку матки резко болезненны. Выделения темно-красные, умеренные.

Вопросы:

1. Установите диагноз.
2. Определите объем обследования и лечебную тактику.

Эталон ответа к задаче 9

1. Данные анамнеза и обследования больной позволяют предположить прервавшуюся внематочную беременность.

Диагноз: нарушенная внематочная беременность.

2. У больной задержка менструации и признаки беременности, биологические реакции на беременность не проводились. Можно предположить, что внутрибрюшное кровотечение скорее связано с прерыванием трубной беременности.

Ультразвуковое исследование подтверждает наличие жидкости в брюшной полости и отсутствии плодного яйца в полости матки. Экспресс-тест на ХГЧ подтвердит факт беременности.

Дополнительно группа крови, резус-фактор, фенотип, общий анализ крови, общий белок, коагулограмма.

Необходима срочная операция. Объем операции: удаление маточной трубы, с одновременной инфузионно-трансфузионной терапией и противошоковыми мероприятиями.

Ситуационная задача 10

Повторнородящая П., 32 года, находится в ОПБ 10 дней по поводу беременности 36 недель, изосенсибилизации по резус-фактору. Во время беременности определяется титр антител в динамике 1:32, 1:64. В анамнезе один выкидыш в 26 недель. 1 роды, ребёнок умер от ГБН.

Вопросы:

1. Установите и обоснуйте диагноз.
2. Определите тактику.

Эталон ответа к задаче 10

1. Беременность 36 недель. Изосенсибилизация по Rh – фактору.
2. Учитывая срок беременности, надо провести обследование и начать подготовку к родоразрешению. Провести УЗИ, доплерометрическое исследование кровотока в системе мать – плацента – плод, определение биофизического профиля плода, определить биологическую готовность беременной к родам. В случае недостаточной готовности шейки матки использовать ламинарии. Предусматриваются программированные роды со вскрытием плодного пузыря. После рождения ребёнка кровь на Rh – фактор, группу крови, гемоглобин, билирубин – прямой и непрямой, а также почасовой прирост билирубина. В результате динамического наблюдения решить вопрос о заменном переливании крови.

Ситуационная задача 11

Первородящая 28 лет, поступила в родильный дом в сроке беременности 39 недель. Жалобы на головную боль, боли в животе и кровяные выделения из половых путей. В сроке 33 недели повысилось А/Д до 140/90, появился белок в моче 0,3 г/л. 3 недели лечили в отделении беременных по поводу преэклампсии. Общее состояние при поступлении тяжелое - головная боль, мелькание мушек перед глазами, кожные покровы и видимые слизистые бледны, PS 100 уд. в мин слабого наполнения и напряжения, А/Д 150/100-160/100. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. Матка овоидной формы, напряжена, резко болезненна при пальпации, в области левого угла определяется выбухание. Определить положение и предлежание плода не удастся из-за резкого напряжения матки. Сердцебиение плода 90 уд. в мин приглушено. Из половых путей кровяные выделения. При влагалищном исследовании шейка матки сохранена, зев закрыт. Предлежит головка, прижата ко входу в таз. Своды свободны. Размеры таза нормальные.

Вопросы:

1. Установите диагноз.
2. Определите необходимый объем обследования.
3. Выберите тактику ведения

Эталон ответа к задаче 11

1. Диагноз: Беременность 39 недель. Тяжелая преэклампсия. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Угрожающее состояние плода. Геморрагический шок 2 ст.

Диагноз тяжелой преэклампсии установлен на основании наличия гипертензии и неврологической симптоматики. Состояние соответствует геморрагическому шоку 2 степени – пульс 100 уд. в мин слабого наполнения и напряжения. Появление кровянистых выделений, болевой синдром, напряжение и болезненность матки, невозможность пальпации плода, урежение сердечных сокращений и глухость сердечных тонов плода, данные влагалищного исследования свидетельствуют о преждевременной отслойке плаценты

2. Для подтверждения диагноза и оценки состояния пациентки необходимо исследовать общий анализ крови, коагулограмму, прикроватный тест по Ли-Уайту, тромбоэластография.

3. Используется алгоритм действий при кровотечении: пригласить анестезиолога, вторую акушерку, предупредить неонатолога, развернуть операционную, обеспечить инфузию физиологического раствора через катетер в 2 вены, катетеризацию мочевого пузыря, согревание, мониторинг витальных функций, затем перевод в операционную.

В интересах беременной показано немедленное родоразрешение путем операции кесарева сечения, которое необходимо выполнить в течение 15 минут от установления диагноза. Обезболивание ЭТН, использование аппаратной реинфузии эритроцитов, одновременно начинается магниевая терапия с нагрузочной дозы - 4 г сухого вещества в/в болюсно, затем 1 г сухого вещества в час в/в до, во время и 24 часа после родоразрешения. Неонатолог должен быть готов к проведению реанимации новорожденного.

Ситуационная задача 12

Родильница К., 26 лет, 4-е сутки послеродового периода, вечерняя температура 37,0°C. Жалуется на общую слабость, познабливание, головную боль, тяжесть внизу живота.

Из анамнеза известно, что две предыдущие беременности у родильницы закончились медицинским абортom, последний осложнился эндометритом. Данная беременность третья, протекала с клиникой угрожающего выкидыша, трижды лечилась в стационаре по поводу многоводия. Роды преждевременные в сроке гестации 36 недель, осложнились дородовым излитием околоплодных вод. Родилась девочка весом 2200г, длиной 43 см с оценкой по Апгар 6 баллов. Педиатры подозревают у новорожденного внутриутробную инфекцию.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, умеренно бледные. На щеках румянец, видимые слизистые суховаты. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 18 в минуту. Пульс 90 уд/мин, удовлетворительного наполнения. Температура тела 38,4°C. АД 110/60 мм рт. ст. Язык влажный, умеренно обложен беловатым налетом. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, перитонеальных знаков нет. Печень не увеличена. Мочеиспускание не нарушено. Мочи, со слов женщины, достаточно. Стул был утром, оформленный.

Гинекологическое исследование: наружные половые органы без патологии. Слизистая влагалища не изменена, шейка матки формируется, пропускает 1 палец. Матка «тестоватой» консистенции, чувствительная при пальпации, дно ее на 3 см ниже пупка. Выделения из половых путей кровяные, мутные, в значительном количестве, с неприятным запахом.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз и его обоснование.
2. Необходимый объем обследования.
3. Общие принципы лечения. Напишите лист назначений.
4. Факторы риска развившейся патологии.
5. Профилактика.

Эталон ответа к задаче 12

1. Послеродовый эндометрит. Поздний послеродовый период. Диагноз выставлен на основании наличия интоксикационного синдрома, гипертермию до фебрильных цифр на 4-е сутки послеродового периода, «тестоватой» консистенции матки, её болезненности, мутных кровянистых выделений с неприятным запахом из влагалища

2. Необходимый объем обследования. УЗИ матки, общий анализ крови с лейкоформулой, общий белок, билирубин мочевины, КЩС, коагулограмма, посев на флору из влагалища, гистероскопия.

3. Дезинтоксикационная терапия, антибактериальная терапия 2-мя препаратами широкого спектра действия, антипиретики, опорожнение полости матки – МВА.

4. Факторами риска являются: 2 медицинских аборта, последний из которых закончился эндометритом, длительные неоднократные госпитализации во время беременности, многоводие, преждевременные роды, дородовое излитие вод, подозрение на внутриутробную инфекцию у новорожденного.

5. Антибактериальная терапия с началом родовой деятельности, прегравидарная подготовка, санация очагов инфекции до и во время беременности, в первую очередь, почек и влагалища.

Ситуационная задача 13

Пациентка Е., 54 лет, обратилась с жалобами на появившиеся несколько дней назад гноевидные выделения, которые в настоящее время носят характер «мясных помоев». Менопауза с 45 лет.

В анамнезе перед менопаузой ациклические кровотечения с выскабливанием полости матки - железистая гиперплазия эндометрия. Ожирение III ст., гипертоническая болезнь II ст., сахарный диабет - компенсированная форма.

Влагалищное исследование: ш\матки рожавшей, зев незначительно приоткрыт, выделения цвета «мясных помоев». Матка несколько увеличена, плотная, подвижная, придатки б\особенностей. В области параметриев небольшая инфильтрация.

Вопрос:

1. Диагноз.
2. Лечение.
3. Дополнительные методы обследования.

Эталон ответа к задаче 13

1. Рак тела матки, стадия распространения II-III
2. Аспирационная биопсия, цитологическое исследование влагалищных мазков, взятых из заднего свода. Раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала под контролем гистероскопии, онкомаркеры (KI- S2, KI- S4, KI- S5)
Для выявления отдаленных метастазов - проводят рентгенографию органов грудной клетки, УЗИ, компьютерную томографию органов брюшной полости и забрюшинных лимфоузлов.
3. При стадии Ib-IIa проводят экстирпацию матки с придатками, лимфаденэктомию. При отсутствии метастазов в лимфатических узлах и злокачественных клеток в перитонеальной жидкости, при неглубокой инвазии после операции следует провести эндовагинальное внутривлагалищное облучение.

Ситуационная задача 14

В населенном пункте М. имеется больница мощностью 258 коек. За год в данной медицинской организации было выписано 868 пациентов, умерло 47, проведено пациентами койко-дней 90 168.

Вопросы:

Рассчитайте основные показатели деятельности стационара: среднее число занятости койки в году, оборот койки, среднюю длительность пребывания больного на койке, среднее время простоя койки, показатель больничной летальности.

Эталон ответа к задаче 14

Среднее число занятости койки в году рассчитывается по формуле: число койко-дней / число среднегодовых коек.

Следовательно, показатель занятости койки в году для данной медицинской организации составит $90\ 168 / 258 = 349$ дней.

Показатель оборота койки вычисляем по формуле: число выбывших (выписанных и умерших) / число среднегодовых коек.

Следовательно, показатель оборота койки в году для данной медицинской организации составит $868 + 47 / 258 = 3,5$ больных.

Средняя длительность пребывания больного койке (койко-день) равна отношению общего количества койко-дней в году к числу выбывших (выписанных и умерших).

Следовательно, показатель средней длительности пребывания больного койке (койко-день) для данной медицинской организации составит $90\ 168 / 868 + 47 = 98,5$ дней.

Среднее время простоя койки вычисляется по формуле: число дней в году – среднее число дней занятости койки / оборот койки.

Следовательно, показатель среднего времени простоя койки для данной медицинской организации составит $365 - 349 / 3,5 = 4,6$ дней.

Показатель больничной летальности равен отношению числа умерших к числу выписанных (выписанных и умерших), выраженному в %.

Следовательно, показатель больничной летальности в данной медицинской организации составит $(47 / 868 + 47) \times 100 = 5,1\%$.

Ситуационная задача 15

На основании данных таблицы 1 оценить динамику заболеваемости с временной утратой трудоспособности с использованием графического изображения или вычисления показателя наглядности.

Таблица 1.

Характеристика динамики снижения заболеваемости с временной нетрудоспособностью по годам

Годы	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Количество случаев заболеваний	120	110	105	100	94	90

Эталон ответа на задачу 15. Показатель наглядности применяется для анализа степени изменения изучаемого явления во времени. Показатель наглядности получают при отношении ряда сравниваемых величин к исходной величине, принятой за 100.

Показатель наглядности вычисляется по формуле: значение исходной величины $\times 100$ / значение величины в изучаемый момент.

В данном случае исходная величина – количество случаев заболеваний с временной утратой трудоспособности в 2013 г. (120).

Таким образом показатель наглядности составит:

- для 2014 г.: $110 \times 100 / 120 = 91,7\%$

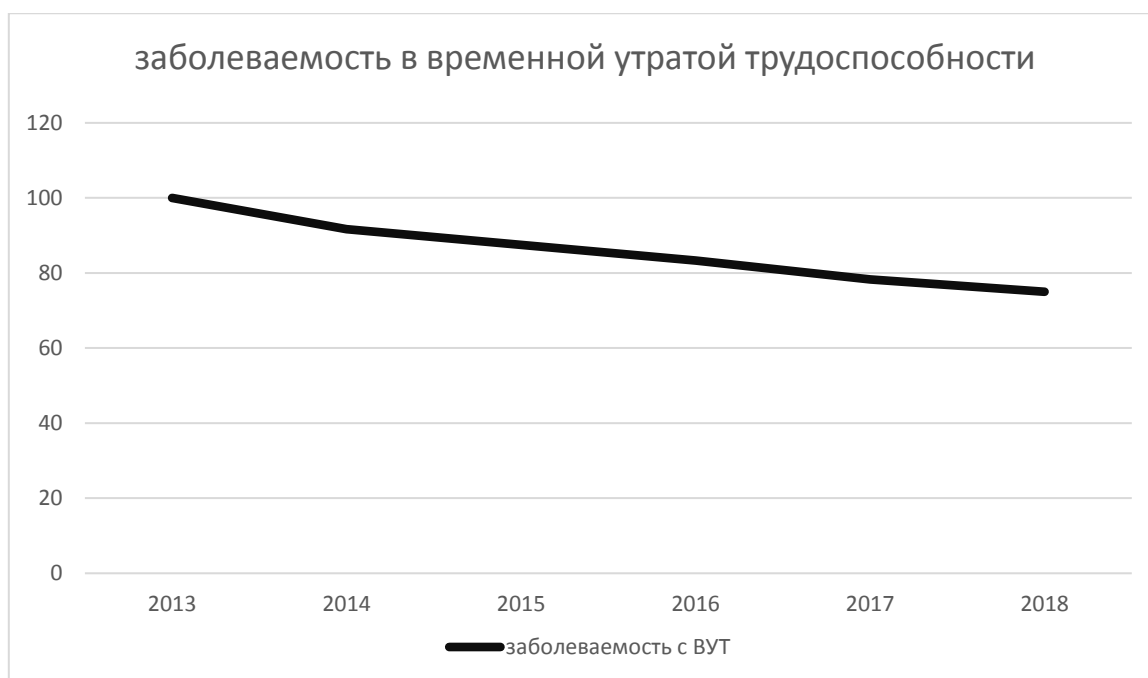
- для 2015 г.: $105 \times 100 / 120 = 87,5\%$

- для 2016 г.: $100 \times 100 / 120 = 83,3\%$

- для 2017 г.: $94 \times 100 / 120 = 78,3\%$

- для 2018 г.: $90 \times 100 / 120 = 75\%$.

На основании полученных данных построим диаграмму (график).



7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

650014, г. Кемерово, ул. Вахрушева, 4А;
 650056, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22А
 650001, г. Кемерово, ул. Назарова, 1А

Помещения:

учебные комнаты, лекционные залы, комната для самостоятельной подготовки, комнаты для практической подготовки обучающихся, анатомический зал и (или) помещения, предусмотренные для работы с биологическими моделями, помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами

Оборудование:

доски, столы, стулья

Средства обучения:

Типовые наборы профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований. Тонометр механический стетоскоп в комплекте, фонендоскоп, термометр, весы напольные, ростомер с мет. стульчиком, противошоковый набор, укладка для неотложной помощи, электрокардиограф, облучатель Дезар-5, наркозно-дыхательный аппарат, аппарат искусственной вентиляции легких SAVINA 300, инфузомат, отсасыватель хирургический ОХ-10, дефибрилятор-монитор ДКИ-Н-10 "АКСИОН", стол операционный, хирургический и микрохирургический инструментарий, универсальная система ранорасширителей с прикреплением к операционному столу, монитор прикроватный BSM-2351КС с принадлежностями, анализатор дыхательной смеси, компьютерный электроэнцефалограф, кресло гинекологическое ГКМ-3П, кольпоскоп КС-1-01, фотоприставка к кольпоскопу, инструментарий для гинекологического осмотра, анализатор доплеровский сердечно-сосудистой деятельности матери и плода малогабаритный, стетоскоп акушерский, тазомер.

Манекен ребенка раннего возраста для обучения уходу (Фантом КОКЕН младенец LM-026M – мальчик, LM-026G – девочка). Модель младенца, нуждающегося в специальном уходе. Манекен-тренажер Новорожденная Анна NewbornAnne (новорожденный ребенок: торс с головой, конечностями и пуповиной для получения и отработки навыковсеречно-

легочной реанимации). Многофункциональный женский манекен для обучения уходу за пациентом. Многофункциональный робот-симулятор пациента системы мониторинга жизненно важных показателей. Мобильный реалистичный полноростовой симулятор с обратной связью, позволяющий доводить до совершенства навыки оказания неотложной помощи на до- и внутригоспитальном этапе (Симулятор Оживленная Анна). Универсальный манекен-имитатор взрослого пациента для интубации, пункции и дренирования. Тренажер для интубации. Модель для тренинга реанимации новорожденного. Тренажер манипуляций на дыхательных путях младенца. SimJunior - Педиатрический симулятор. СимМэн Базовый. Симулятор недоношенного ребенка Анята. Манекен для обучения технике дренажа грудной клетки (LF03770U). Тренажер для установки центрального венозного катетера. Манекен, имитирующий торс ребенка для обучения аускультации при различных патологиях (РАТ). Студенческий аускультационный манекен (SAM II). Рука для обучения измерению артериального давления с беспроводным контролером (Симулятор для измерения артериального давления). Тренажер «Супер-рука» P1084. Усовершенствованная рука для венопункции. Тренажер руки для внутривенных инъекций и пункций, внутримышечных инъекций ИНМЭН-3. Тренажер для отработки навыков внутривенных инъекций, инфузий и пункций вен HS1. Акушерский муляж. Тренажер для внутримышечных и подкожных инъекций (Тренажер инъекций LT00310). Тренажёры катетеризации мочевого пузыря. Тренажер для наружного осмотра половых органов. УзиМентор - симулятор для обучения ультразвуковым исследованиям.

Технические средства:

мультимедийный комплекс (ноутбук, проектор, экран), аудиоколонки, компьютер с выходом в Интернет, принтер

Демонстрационные материалы:

наборы мультимедийных презентаций.

Оценочные средства на печатной основе:

тестовые задания по изучаемым темам, ситуационные задачи

Учебные материалы:

учебники, учебные пособия, раздаточные дидактические материалы

Программное обеспечение:

Microsoft Windows 7 Professional

Microsoft Office 10 Standard

Microsoft Windows 8.1 Professional

Microsoft Office 13 Standard

Microsoft Windows 10 Professiona

Microsoft Office 16 Standard

Linux лицензия GNU GPL

LibreOffice лицензия GNU LGPLv3

8. РЕКОМЕНДУЕМАЯ УЧЕБНАЯ ЛИТЕРАТУРА ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

8.1. Основная литература:

8.1.1 Радзинский, В.Е. Гинекология [Электронный ресурс] / под ред. В.Е. Радзинского, А. М. Фукса - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1000 с. - URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» www.rosmedlib.ru

8.1.2. Савельева, Г.М. Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / Савельева Г.М., Шаплина Р.И., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Курцер М.А. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 656 с. – URL : ЭБС «Консультант студента. Электронная библиотека медицинского вуза» www.studmedlib.ru

8.1.3. Савельева, Г.М. Акушерство [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 1080 с. - URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» www.rosmedlib.ru

8.1.4. Савельева, Г.М. Гинекология [Электронный ресурс] / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, И.Б. Манухина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 1008 с. - URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» www.rosmedlib.ru

8.2. Дополнительная литература:

8.2.1 Айламазян, Э. К. Инфекционно-воспалительные заболевания в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] / под ред. Э. К. Айламазяна - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 320 с. - URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» www.rosmedlib.ru

8.2.2 Апресян, С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях [Электронный ресурс] / С. В. Апресян; под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 536 с. - URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» www.rosmedlib.ru

8.2.3 Венедиктова, М.Г. Онкогинекология в практике гинеколога [Электронный ресурс] / М. Г. Венедиктова, Ю. Э. Доброхотова . - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 288 с. - URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» <http://www.rosmedlib.ru>

8.2.4 Гельфанд, Б.Р. Интенсивная терапия [Электронный ресурс] / Под ред. Б.Р. Гельфанда, А.И. Салтанова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 1744 с. ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 1184 с. - URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» www.rosmedlib.ru

8.2.5 Капительный, В.А. Акушерство и гинекология. Практические навыки и умения с фантомным курсом [Электронный ресурс] : учеб. пособие / В.А. Капительный, М.В. Беришвили, А.В. Мурашко; под ред. А.И. Ищенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 392 с. - URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» www.rosmedlib.ru

8.2.6 Манухин, И.Б. Гинекологическая эндокринология. Клинические лекции [Электронный ресурс] / И.Б. Манухин [и др.] - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 304 с. - URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» www.rosmedlib.ru

8.2.7 Рагимов, А.А. Трансфузиология [Электронный ресурс] / Под ред. А.А. Рагимова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 1184 с. - URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» www.rosmedlib.ru

8.2.8 Роговская, С.И. Практическая кольпоскопия. [Электронный ресурс] / Роговская С.И. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 240 с. - URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» <http://www.rosmedlib.ru>

8.2.9 Савельева, Г.М. Гистероскопия : атлас и руководство [Электронный ресурс] / Г. М. Савельева, В. Г. Бреусенко, Л. М. Каппушева - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 248 с. - URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» www.rosmedlib.ru

8.2.10 Серов, В.Н. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] / В.Н. Серов, И.И. Баранов, О.Г. Пекарев, А.В. Пырегов, В.Л. Тютюнник, Р.Г. Шмаков - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 240 с. - URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» www.rosmedlib.ru

8.2.11 Серов, В.Н. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] / под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1136 с. - URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» www.rosmedlib.ru

8.3. Базы данных, информационно-справочные и поисковые системы:

№ п/п	Наименование и краткая характеристика библиотечно-информационных ресурсов и средств обеспечения образовательного процесса, в том числе электронно-библиотечных систем и электронных образовательных ресурсов (электронных изданий и информационных баз данных)	Количество экземпляров, точек доступа
	ЭБС:	
1	Электронная библиотечная система « Консультант студента »: [Электронный ресурс] / ООО «ИПУЗ» г. Москва. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru – карты индивидуального доступа.	по договору, срок оказания услуги 01.01.2019–31.12.2019
2	« Консультант врача . Электронная медицинская библиотека» [Электронный ресурс] / ООО ГК «ГЭОТАР» г. Москва. – Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru – карты индивидуального доступа.	по договору, срок оказания услуги 01.01.2019–31.12.2019
3	Электронная библиотечная система « ЭБС ЛАНЬ » - коллекция «Лаборатория знаний» [Электронный ресурс] / ООО «ЭБС ЛАНЬ». – СПб. – Режим доступа: http://www.e.lanbook.ru через IP-адрес университета, с личного IP-адреса по логину и паролю.	по договору, срок оказания услуги 01.01.2019–31.12.2019
4	Электронная библиотечная система « Букап » [Электронный ресурс] / ООО «Букап» г. Томск. – Режим доступа: http://www.books-up.ru – через IP-адрес университета, с личного IP-адреса по логину и паролю.	по договору, срок оказания услуги 01.01.2019–31.12.2019
5	Электронно-библиотечная система « ЭБС ЮРАЙТ » [Электронный ресурс] / ООО «Электронное издательство ЮРАЙТ» г. Москва. – Режим доступа: http://www.biblio-online.ru – через IP-адрес университета, с личного IP-адреса по логину и паролю.	по договору, срок оказания услуги 01.01.2019–31.12.2019
6	Информационно-справочная система КОДЕКС с базой данных № 89781 «Медицина и здравоохранение» [Электронный ресурс] / ООО «ГК Кодекс». – г. Кемерово. – Режим доступа: http://www.kodeks.ru/medicina_i_zdravoohranenie#home через IP-адрес университета.	по договору, срок оказания услуги 01.01.2019–31.12.2019
7	Справочная правовая система Консультант Плюс [Электронный ресурс] / ООО «Компания ЛАД-ДВА». – М.– Режим доступа: http://www.consultant.ru через IP-адрес университета.	по договору, срок оказания услуги 01.01.2019–31.12.2019
8	Электронная библиотека КемГМУ (Свидетельство о государственной регистрации базы данных № 2017621006 от 06.09 2017г.)	неограниченный
	Интернет-ресурсы:	
1	http://www.cochrane.ru / Библиотека Cochrane	on-line
2	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/ Национальная Библиотека медицины США	on-line
3	http://www.rcog.org.uk/guidelines/ Клинические протоколы Британского Королевского общества акушеров-гинекологов	on-line
4	http://www.acog.org/ Протоколы Американского общества акушеров-гинекологов	on-line
5	http://www.sogc.org/guidelines/ Протоколы Канадского общества акушеров-гинекологов	on-line
6	http://apps.who.int/rhl/ru/index.html/ Библиотека ВОЗ по репродуктивному здоровью	on-line
8	https://kuzdrav.ru/ Сайт ДОЗН КО, клинические рекомендации (протоколы лечения)	on-line

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Государственная итоговая аттестация (ГИА) выпускников проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися основной образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.01 «Акушерство и гинекология» требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации № 1043 от «25» августа 2014 г. (рег. В Министерстве юстиции РФ № 34426 от 23.10.2014г.) и установления уровня подготовленности выпускника по направлению подготовки 31.08.01 «Акушерство и гинекология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации) к выполнению профессиональных задач.

Задачи ГИА:

- проверка уровня теоретической подготовки выпускника;
- проверка уровня освоения выпускником практических навыков и умений.

ГИА выпускников является обязательным завершающим этапом обучения. К ГИА допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по соответствующей образовательной программе ординатуры по специальности 31.08.01 «Акушерство и гинекология». Успешное прохождение ГИА является основанием для выдачи выпускнику документа об окончании ординатуры образца, установленного Министерством образования и науки Российской Федерации.

1.1 НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ ДЛЯ РАЗРАБОТКИ ПРОГРАММЫ ГИА

В настоящей программе использованы ссылки на следующие документы:

- Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по направлению подготовки 31.08.01 «Акушерство и гинекология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации). Утверждён приказом Минобрнауки России № 1043 от «25» августа 2014 г. (рег. В Министерстве юстиции РФ № 34426 от 23.10.2014г.);
- Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 13 июля 2017 г. № 653 «О внесении изменений в федеральные государственные образовательные стандарты высшего образования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 7 августа 2017 г., регистрационный № 47703);
- Учебный план по специальности / направлению подготовки 31.08.01 «Акушерство и гинекология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденный Ученым советом ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России «31» января 2019г., Протокол № 5;
- Приказ Министерства образования и науки РФ от 19 ноября 2013 г. N 1258 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры" (зарегистрировано в Минюсте РФ 28 января 2014 г., регистрационный N 31136);
- Приказ Минобрнауки России от 18.03.2016 N 227 "Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки" (зарегистрировано в Минюсте России 11.04.2016 N 41754)
- Положение о государственной итоговой аттестации СМК-ОС-03-ПД-00.10- 2018 (утверждено ректором 27.12.2018 года);

- Положение об основной профессиональной образовательной программе СМК-ОС-02-ПД-00.06-2019 (утверждено ректором 25.04.2019 г.);
- Устав ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России.

2. ТРЕБОВАНИЯ ФГОС ВО ПО НАПРАВЛЕНИЮ ПОДГОТОВКИ

31.08.01 АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ) К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

физические лица женского пола (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);

население;

совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Основной целью ГИА выпускников по направлению подготовки 31.08.01 «Акушерство и гинекология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации) является определение и оценка уровня теоретической и практической подготовки, предусмотренной Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования. Выпускник по направлению подготовки 31.08.01 «Акушерство и гинекология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации) должен быть подготовлен к выполнению следующих видов профессиональной деятельности:

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная;
- реабилитационная;
- психолого-педагогическая;
- организационно-управленческая.

В ходе проведения ГИА проверяется уровень сформированности всех компетенций по специальности 31.08.01 «Акушерство и гинекология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации):

Универсальные компетенции

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Профессиональные компетенции

профилактическая деятельность:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни,

предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

- готовность к ведению, родовспоможению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании акушерско-гинекологической медицинской помощи (ПК6);

- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

Таблица 1

Компетенции в результате освоения программы

Компетенции	Характеристика обязательного порогового уровня		
	Тесты	Практические навыки	Ситуационные задачи
УК-1	№ 1-20	№ 1, 2, 14	№1-15
УК-2	№ 21-30	Не предусмотрено	№1-15
УК-3	№ 31-40	Не предусмотрено	Не предусмотрено
ПК-1	№ 41-60	№ 1-3, 5, 14, 15, 21, 23, 24	№1-13
ПК-2	№ 61-70	№ 1, 2, 5, 14, 15, 17, 21, 23, 24	№1-15

ПК-3	№ 71-80	Не предусмотрено	Не предусмотрено
ПК-4	№ 81-98	Не предусмотрено	№14-15
ПК-5	№ 99-118	№ 1, 2, 5, 7, 8, 14, 15, 17, 21, 23, 24	№1-13
ПК-6	№ 119-141	№ 1-33	№1-13
ПК-7	№ 142-151	№ 1, 2, 11, 13-15, 25, 31, 33	Не предусмотрено
ПК-8	№ 152-160	№ 1-3, 14, 30	№1-13
ПК-9	№ 161-170	№ 1-2, 14, 21	Не предусмотрено
ПК-10	№ 171-180	Не предусмотрено	Не предусмотрено
ПК-11	№ 181-190	Не предусмотрено	№14-15
ПК-12	№ 191-200	№ 1, 2, 11, 13-15, 25, 31, 33	№14-15

Уровень подготовки выпускника должен быть достаточен для решения профессиональных задач в соответствии с требованиями соответствующего Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования.

Теоретическая подготовка обеспечивает знания основ дисциплин учебных циклов, необходимых для понимания этиологии, патогенеза, клиники, методов диагностики, лечения, реабилитации и профилактики основных болезней человека.

3. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Трудоемкость: 108 ч.; 3 з. ед.

Время: в соответствии с установленным расписанием ГИА выпускников ординатуры Кемеровского государственного медицинского университета проводится в форме итогового междисциплинарного экзамена по направлению подготовки 31.08.01 «Акушерство и гинекология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации).

Итоговый междисциплинарный экзамен включает следующие обязательные аттестационные испытания:

I - оценка уровня теоретической подготовки путём тестирования;

II - оценка уровня освоения практических навыков и умений;

III - оценка умений решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования по комплексным, междисциплинарным ситуационным задачам

ОЦЕНКА УРОВНЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ

Для проверки уровня теоретической подготовки путём тестирования разработаны тесты по всем дисциплинам учебного плана. Тесты распределены по вариантам, один из которых предлагается выпускнику. Время, отводимое на ответы, составляет 60 минут.

ОЦЕНКА УРОВНЯ УСВОЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

Аттестационное испытание проходит согласно расписания на клинической базе и в симуляционном центре. Выпускник получает больного, краткую выписку из истории болезни, дополнительные материалы, конкретные задания. Аттестационное испытание

проводится у постели больного. В симуляционном центре на тренажерах, в т.ч. компьютерных, оцениваются мануальные навыки, путем выполнения операций и пособий.

ОЦЕНКА УМЕНИЙ РЕШАТЬ КОНКРЕТНЫЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАДАЧИ В ХОДЕ СОБЕСЕДОВАНИЯ

Итоговое междисциплинарное собеседование проводится по билетам, включающим ситуационные задачи. Ситуационные задачи для заключительного этапа ГИА разрабатываются, согласуются и утверждаются в порядке, определенном Положением о фондах оценочных средств СМК-ОС-02-ПД-00.07-2018

В задачах изложена клиническая ситуация. Выпускнику предлагается несколько вопросов с целью ее оценки, формулировки диагноза, его обоснования и дифференциального диагноза. Предлагается также оценить данные дополнительных исследований, обосновать их необходимость, обсудить тактику лечения больного, оценить трудоспособность, прогноз в отношении течения заболевания, осложнений, исхода.

При подготовке к экзамену студент ведет записи в листе устного ответа. По окончании ответа лист устного ответа, подписанный выпускником, сдается экзаменатору.

В ходе устного ответа члены экзаменационной комиссии оценивают целостность профессиональной подготовки выпускника, то есть уровень его компетенции в использовании теоретической базы для решения профессиональных ситуаций. Итоговая оценка выставляется выпускнику после обсуждения его ответов членами экзаменационной комиссии.

Результаты каждого аттестационного испытания государственного экзамена объявляются выпускникам в тот же день после оформления и утверждения протокола заседания Государственной экзаменационной комиссии.

4. ОЦЕНКА СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ

4.1. Установление уровня сформированности компетенций осуществляется ГЭК на основании итогов всех испытаний междисциплинарного государственного экзамена в соответствии с разработанной шкалой.

Таблица 2

Шкала оценивания уровня сформированности компетенций обучающихся

Уровни освоения компетенций	Критерии установления
Пороговый уровень - наличие у выпускника общего представления об основных закономерностях функционирования объектов профессиональной деятельности, о методах и алгоритмах решения типовых профессиональных задач	1. Успешное прохождение итоговой аттестации и выполнение программы в полном объеме.

<p>Продвинутый уровень - способность выпускника решать нетиповые, повышенной сложности задачи, принимать профессиональные и управленческие решения как по известным алгоритмам, методикам и правилам, так и в условиях неполной определенности, при недостаточном документальном, нормативном и методическом обеспечении деятельности</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Наличие у выпускника призовых мест в олимпиадах, профессиональных конкурсах межрегионального, всероссийского и международного уровней и соответствующих подтверждений. 2. Выпускник имеет 75% и более оценок «отлично» по итогам освоения ОПОП. 3. Активность при выполнении научно-исследовательской работы, участие в научно-практических конференциях, наличие публикаций межрегионального, всероссийского и международного уровней.
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.1. ОЦЕНКА УРОВНЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ (I аттестационное испытание) И ОЦЕНКА УРОВНЯ УСВОЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ (II аттестационное испытание)

ЗАЧТЕНО – Выпускник владеет практическими навыками и умениями в полном объеме в соответствии с ФГОС ВО и учебными программами; хорошо ориентируется и умеет применять методики исследований по всем разделам дисциплин; рационально использует специальную терминологию; хорошо ориентируется в вопросах применения необходимых инструментов и оборудования; умеет давать обоснованные заключения.

НЕ ЗАЧТЕНО – Выпускник не владеет практическими навыками и умениями в объеме, необходимом в соответствии с ФГОС ВО и учебными программами дисциплин; плохо ориентируется или не умеет применять методики исследований по всем разделам дисциплин; не владеет специальной терминологией; плохо ориентируется в вопросах применения необходимых инструментов и оборудования; не умеет давать обоснованные заключения.

5.2. ОЦЕНКА УМЕНИЙ РЕШАТЬ КОНКРЕТНЫЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАДАЧИ В ХОДЕ СОБЕСЕДОВАНИЯ

ОТЛИЧНО - Выпускник владеет знаниями в полном объеме в соответствии с ФГОС ВО и учебными программами, специальной терминологией; достаточно глубоко осмысливает категории и проблемы дисциплин; самостоятельно и в логической последовательности излагает изученный материал, выделяя при этом самое существенное; четко формулирует ответы на заданные вопросы; логически решает ситуационные задачи, применяя необходимые по ситуации законодательные, нормативные, методические документы; показывает высокий уровень мышления, знакомство с основной и дополнительной литературой.

ХОРОШО - Выпускник владеет знаниями в полном объеме, в соответствии с требованиями ФГОС ВО и учебных программ; излагает материал без серьезных ошибок, правильно применяя терминологию; логично и правильно отвечает на поставленные вопросы, допуская незначительные неточности формулировок; умеет решать ситуационные задачи, показывая способность применять законодательную, нормативно-методическую документацию и знания излагаемого материала в объеме учебной литературы.

УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО - Выпускник владеет базовым объемом знаний, но проявляет затруднения, как в уровне самостоятельного мышления, так и при ответах на вопросы; излагает материал, используя специальную терминологию, непоследовательно или неточно; умеет решать ситуационные задачи, но недостаточно четко ориентируется в вопросах применения нормативных документов.

НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО - выпускник не владеет обязательным минимумом знаний специальных дисциплин, не способен ответить на вопросы билета даже при дополнительных наводящих вопросах экзаменатора. Выпускник не владеет практическими навыками обследования больного, допускает грубые ошибки при обосновании клинического диагноза, проведении дифференциальной диагностики, назначении лечения, не знает алгоритма оказания врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.

6. СОДЕРЖАНИЕ ЭТАПОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ ВЫПУСКНИКОВ ПО НАПРАВЛЕНИЮ ПОДГОТОВКИ 31.08.01 «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ» (УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ)

I АТТЕСТАЦИОННОЕ ИСПЫТАНИЕ

Перечень тестовых заданий

№	Осваиваемые компетенции (индекс компетенции)	Тестовое задание	Ответ на тестовое задание
1	УК-1	ПРИ НОРМАЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ а) экскреция хорионического гонадотропина свидетельствует о функциональном состоянии плаценты; б) уровень тиреоидных гормонов понижен; в) уровень эстрогенных гормонов перед родами снижен; г) экскреция хорионического гонадотропина максимальна перед родами; д) все перечисленное верно	а)
2	УК-2	ПРАВИЛО ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ АКУШЕРСКОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВКЛЮЧАЕТ а) одновременное оказание помощи бригадой специалистов акушера-гинеколога, анестезиолога-реаниматолога, неонатолога, трансфузиолога б) взаимодействие акушера-гинеколога и акушерки в) операцию кесарево сечение г) инфузионную терапию д) наличие врача-трансфузиолога в штате медицинской организации	а)

3	УК-3	<p>ПРИЗНАКАМИ УСВОЕНИЯ УЧАЩИМИСЯ ЗНАНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) применение материала на практике б) осознание фактов правил понятий в) готовность пересказать материал своими словами г) формулирование правил понятий д) готовность приводить примеры для конкретизации выводов обобщений</p>	а)
4	ПК-1	<p>ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ НЕВЫНАШИВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) неоднократная гистероскопия б) ограничение половой жизни при беременности в) ограничение числа переносимых эмбрионов при ВРТ г) прегравидарная подготовка антиоксидантами д) постельный режим</p>	а)
5	ПК-1	<p>ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ ИЗОСЕНСИБИЛИЗАЦИИ ПО Rh – ФАКТОРУ У ПЕРВОБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН</p> <p>а) гемотерапия несовместимой по Rh – фактору кровью б) Rh- отрицательная кровь у матери в) Rh –положительная кровь у матери г) вакцинация в детстве д) резус-положительный отец женщины</p>	а)
6	ПК-2	<p>СОВРЕМЕННЫМ ПОХОДОМ К СКРИНИНГУ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) ВПЧ – типирование б) цитология в) цитология+кольпоскопия г) кольпоскопия д) расширенная кольпоскопия</p>	а)
7	ПК-3	<p>ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ БЕРЕМЕННЫХ С БАКТЕРИОВЫДЕЛЕНИЕМ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) в обсервационное акушерское отделение родильного дома б) в специализированный акушерский стационар (родильный дом) в) в неспециализированный родильный дом г) в специальные боксы соответствующих отделений инфекционной больницы</p>	а)

		д) в пульмонологическое отделение	
8	ПК-4	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА а) с 22-й недели внутриутробного развития, включая 7 дней после родов б) первые 7 дней после родов в) от зачатия до родоразрешения г) с 22-й недели внутриутробного развития, включая 10 дней после родов д) с 24-й недели беременности до 7 дня после родов	a)
9	ПК-5	ПРИ БЕСПЛОДИИ ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИЮ ЛУЧШЕ ПРОИЗВОДИТЬ а) на 7-й день менструального цикла б) на 9-2-й день менструального цикла в) на 13-5-й день менструального цикла г) на 16-0-й день менструального цикла д) на 21-5-й день менструального цикла	a)
10	ПК-5	ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПРОБЫ С КОМБИНИРОВАННЫМИ ЭСТРОГЕН-ГЕСТАГЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ свидетельствует о а) маточной аменорее б) гипофизарной аменорее в) яичниковой аменорее г) гипоталамической аменорее д) надпочечниковой аменорее	a)
11	ПК-6	КЛИНИКА ЦЕРВИЦИТА а) гнойные выделения и кровоточивость из цервикального канала б) контактные кровяные выделения в) гнойные выделения г) межменструальные кровотечения д) боли в низу живота	a)
12	ПК-6	АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ РЕИНФУЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ а) массивная кровопотеря б) послеродовое кровотечение в) предлежание плаценты г) преждевременная отслойка плаценты д) анафилактический шок	a)
13	ПК-6	АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ АППЕНДИЦИТЕ ПРИ ДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ а) консервативное ведение родов	a)

		б) кесарево сечение с последующей надвлагалищной ампутацией матки в) кесарево сечение г) кесарево сечение с последующей экстирпацией матки без придатков д) кесарево сечение с последующей экстирпацией матки с маточными трубами	
14	ПК-7	СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ ПОКАЗАНА а) при внезапно развившихся терминальных состояниях б) только при внезапной смерти детей в) в каждом случае смерти больного г) только при внезапной смерти молодых женщин д) только при внезапной смерти молодых мужчин	а)
15	ПК-8	ПРОВЕДЕНИЕ КОМПЛЕКСА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ а) сразу после самопроизвольного аборта б) по истечении 3 месяцев после самопроизвольного аборта в) по истечении 6 месяцев г) по истечении 1 месяца д) через 1 год	а)
16	ПК-8	ВВЕДЕНИЕ АНТИРЕЗУС ИММУНОГЛОБУЛИНА РЕЗУС ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ ПОКАЗАНО а) в ближайшие 72 часа после родов б) в ближайшие 2 недели после родов в) до инвазивных вмешательств г) до наступления беременности д) при выявлении сенсибилизации	а)
17	ПК-9	ВОСПИТАНИЕ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМОЕ В ЦЕЛЯХ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА И ДОСТИЖЕНИЯ ПРАВИЛЬНОГО ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ: а) валеология б) физическое воспитание в) профессиональный спорт г) закаливание д) подготовка спортсмена	а)
18	ПК-10	ФОРМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ а) экстренная, неотложная, плановая	а)

		б) амбулаторная, стационарная, на дому в) первичная, специализированная, высокотехнологичная, скорая, паллиативная г) на платной основе, по полису ОМС д) доврачебная, врачебная, специализированная	
19	ПК-11	ПОКАЗАТЕЛЬ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ - ЭТО: а) смертность детей до 1 года жизни б) смертность детей до 6 месяцев жизни в) смертность детей 1-го месяца жизни г) смертность детей до 4 лет жизни д) смертность детей до 7 дней жизни	а)
20	ПК-12	ПРИ НАЛИЧИИ В АТМОСФЕРЕ ПАРОВ АММИАКА НЕОБХОДИМО ПЕРЕМЕЩАТЬСЯ а) в нижние этажи и подвалы б) оставаться на месте в) выйти из помещения г) в верхние этажи зданий д) в помещения без окон	а)

II. АТТЕСТАЦИОННОЕ ИСПЫТАНИЕ

перечень практических навыков и умений

Практический навык 1. Наружное обследование беременной: аускультация плода с помощью стетоскопа, ручного доплеровского устройства, пельвиометрия, измерение окружности живота, высоты дна матки, пальпация плода, определение положения и предлежащей части плода.

Практический навык 2. Бимануальное влагалищное или ректоабдоминальное исследование. Осмотр вульвы, влагалища, шейки матки в зеркалах. Оценка зрелости шейки матки по шкале Bischof.

Практический навык 3. Введение и удаление внутриматочного контрацептива.

Практический навык 4. Введение разгружающего pessaria во время беременности.

Практический навык 5. Ведение гравидограммы и партограммы в родах.

Практический навык 6. Внутриматочная баллонная тампонада

Практический навык 7. Диагностическая гистероскопия, гистерорезектоскопия.

Практический навык 8. Диагностическая лапароскопия.

Практический навык 9. Резекция яичника, цистэктомия, оофорэктомия лапароскопическим доступом.

Практический навык 10. Гистерэктомия лапароскопическими или абдоминальным доступом.

Практический навык 11. Эпизиотомия, эпизиоррафия, ушивание разрывов мягких тканей родовых путей.

Практический навык 12. Приемы оказания помощи при дистоции плечиков.

Практический навык 13. Оказание пособия в родах при тазовом предлежании плода.

Практический навык 14. Клиническая оценка состояния пациента; общее физикальное обследование различных органов и систем.

- Практический навык 15.** Контроль (тест) шевелений плода во время беременности.
- Практический навык 16.** Коагуляция и биопсия очагов эндометриоза лапароскопическим доступом.
- Практический навык 17.** КТГ плода/плодов; оценка состояния плода (по данным ультразвукового исследования, доплерометрии).
- Практический навык 18.** Миомэктомия лапаротомным и лапароскопическим доступом.
- Практический навык 19.** Наложение акушерских щипцов.
- Практический навык 20.** Наложение вакуум-экстрактора.
- Практический навык 21.** Осмотр и пальпация молочных желез; оценка степени развития молочных желез (В 1-5) и полового оволосения (Р1-5,6) по Таннеру.
- Практический навык 22.** Медицинский аборт.
- Практический навык 23.** Оценка менструального календаря.
- Практический навык 24.** Определение срока беременности.
- Практический навык 25.** Оказание пособия в родах при головном предлежании плода.
- Практический навык 26.** Проведение классического наружно-внутреннего (комбинированного) акушерского поворота плода на ножку.
- Практический навык 27.** Перевязка восходящей ветви маточной артерии, наложение компрессионных швов при послеродовом кровотечении.
- Практический навык 28.** Тубэктомия/аднексэктомия, удаление плодного яйца при внематочной беременности лапаротомным и лапароскопическим доступом.
- Практический навык 29.** Плодоразрушающие операции.
- Практический навык 30.** Разделение синехий полости матки.
- Практический навык 31.** Родоразрешение путем операции кесарева сечения.
- Практический навык 32.** Ручное обследование стенок полости матки, отделение и выделение последа.
- Практический навык 33.** Сердечно-легочная реанимация.

III АТТЕСТАЦИОННОЕ ИСПЫТАНИЕ

Итоговое собеседование

Ситуационная задача 1

В приемное отделение обратилась пациентка В., 19 лет, с жалобами на задержку менструации в течение 5 недель, тошноту, рвоту до 20 раз в сутки, не связанную с приемом пищи, слабость. Считает себя беременной.

Из анамнеза выяснено: менархе в 14 лет, менструальный цикл 28 дней, регулярный, менструации по 5 дней, умеренные, безболезненные. Начало половой жизни в 17 лет, в браке. От беременности не предохранялась, беременность первая, желанная. На 2 неделе задержки менструации проведен тест на ХГ – положительный, примерно в это же время появилась тошнота; с 3 недели задержки менструации беспокоит рвота до 5-6 раз в сутки, по поводу чего лечилась амбулаторно в дневном стационаре. Последние два дня беспокоит рвота до 20 раз в сутки, не зависимо от приема пищи. Вес до беременности 70 кг.

Объективно: общее состояние ближе к удовлетворительному, умеренного питания, рост 167 см, вес 63 кг, положение активное. Кожные покровы с иктеричным оттенком, видимые слизистые сухие. Температура тела 37,40С; ЧД 21 в мин, пульс 106 уд в мин, АД 90/60 мм рт. ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный, перитонеальных знаков нет. Печень + 3 см от края реберной дуги, безболезненная. Отмечает снижение количества мочи за сутки, моча концентрированная.

Гинекологическое исследование: наружные половые органы сформированы правильно, оволосение по женскому типу. Влагалище свободное, слизистая не изменена, шейка матки цианотичная, конической формы, наружный зев точечный. Матка отклонена кпереди, шаровидной формы, мягкая, размером, соответствующим гусиному яйцу, безболезненная,

подвижная. Придатки матки с обеих сторон не определяются, их область безболезненная. Своды свободные, безболезненные. Выделения из половых путей слизистые, без запаха.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное осложнение?
3. Объем обследования пациентки
4. Лечебная тактика
5. Показания к прерыванию беременности

Эталон ответа к задаче 1

1. Диагноз: беременность 6 недель. Токсикоз первой половины беременности тяжелой степени.

Обоснование диагноза: Срок беременности соответствует 6 неделям на основании даты последней менструации, положительного теста на ХГ, размеров матки и наличия вероятного признака беременности (цианоз шейки матки) при гинекологическом исследовании. Тяжелая степень токсикоза 1 половины беременности диагностирована на основании рвоты, возникающей с частотой до 20 раз в сутки; потери массы тела 7 кг; клиническими симптомами обезвоживания. Обезвоживание диагностировано на основании сухости видимых слизистых и языка; интоксикационного синдрома: слабости, гипертермии, тахикардии; снижения количества мочи и повышения ее концентрации.

2. Дифференциальную диагностику необходимо проводить с пищевой токсикоинфекцией (отсутствие связи с приемом недоброкачественной пищи, диареи, отсутствие задержки менструации, вероятных признаков беременности); пищевым отравлением (отсутствие эпидемиологического анамнеза, связи с приемом пищевого продукта, диареи, отсутствие задержки менструации, вероятных признаков беременности); острым гастритом (наличие абдоминального болевого синдрома, связанного с приемом пищи, облегчение болей после приема молочных продуктов, отсутствие задержки менструации, вероятных признаков беременности).

3. Минимальный объем обследования:

- общий анализ крови для оценки гематокрита, позволяющего оценить степень обезвоживания;
- общий анализ мочи для определения уровня нарушения углеводного обмена (ацетон мочи);
- биохимическое исследование: оценка функции печени, почек и углеводного обмена, метаболических нарушений (общий белок, общий билирубин и его фракции, ферменты печени, мочевины, креатинин), КЩС

4. Лечебная тактика врача приемного отделения заключается в госпитализации больной в отделение реанимации, назначение полупостельного режима, дезинтоксикационной терапии, витаминов. При токсикозе 1 половины беременности средней степени тяжести показано купирование рвоты с использованием церукала, дроперидола, перед назначением которых необходимо информировать пациентку о том, что эти препараты относятся к 3 классу по классификации FDI безопасности лекарственных препаратов и пищевых продуктов. В особых случаях при белковом истощении в первые несколько суток показано парентеральное питание.

5. Показания к прерыванию беременности: чрезмерная рвота беременной (токсикоз первой половины беременности тяжелой степени) при отсутствии эффекта от лечения. **Вопросы:**

Ситуационная задача 2

Дежурный врач роддома приглашен акушеркой в отделение патологии беременных. Беременная Н., 32-х лет, жалуется на уменьшение шевеления плода в течение последних двух дней, сегодня после обеда шевеление плода не ощущает; час назад появились периодические схватки через 5 минут, малоболезненные.

Из анамнеза выяснено, что данная беременность вторая, первая беременность 3 года назад закончилась стремительными срочными родами, ребенок родился в состоянии тяжелой асфиксии, отстает в физическом и психическом развитии, наблюдается у невролога.

Данная беременность желанная, в женской консультации наблюдалась регулярно. В раннем сроке беременности перенесла ОРВИ. Госпитализирована три дня назад в сроке 37-38 недель по поводу отеков беременной. При ультразвуковом исследовании, проведенном вчера, было выявлено, что по менструации срок беременности соответствует 38 неделям, по фетометрии плод соответствует 35 неделям; маловодие (амниотический индекс 10 при норме от 12 до 20); уменьшение толщины плаценты.

Беременная курит на протяжении всей беременности, пачки сигарет хватает на 2 дня.

Объективно: Состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, отеки на нижних конечностях. Беременная несколько возбуждена, обеспокоена состоянием ребенка. Пульс 88 уд/мин, удовлетворительного наполнения, АД 130/80 мм рт. ст. Размеры таза 24-27-29-18 см. Окружность живота 95 см, высота стояния дна матки 32 см. Родовая деятельность – схватки через 5 минут, по 15 секунд, малоболезненные. Матка вне схваток в нормотонусе, безболезненная. Положение плода продольное. Предлежит головка плода, находится над входом в малый таз. Сердцебиение плода глухое, ритмичное с частотой 130 уд/мин, с эпизодами урежения сердцебиения после схватки до 105 уд/мин.

PV: влаглище рожавшей, шейка укорочена до 0,5см, цервикальный канал пропускает 4 см. Плодный пузырь цел, наливается во время схватки. Головка плода неплотно прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа у лона. Мыс не достигается, таз емкий, экзостозов нет. Выделения светлые, слизистые.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование
2. Вероятные причины осложнения
3. Необходимые исследования, подтверждающие диагноз
4. Оцените данные КТГ
5. Лечебная тактика

Эталон ответа к задаче 2

1. Беременность 37-38 недель. Положение плода продольное, вторая позиция, передний вид, головное предлежание. Задержка внутриутробного развития 1 степени. Угрожающее состояние плода. Срочные роды, первый период, активная фаза.

Обоснование диагноза: срок беременности соответствует доношенному на основании данных анамнеза; первый период срочных родов на основании наличия регулярных схваток, открытия шейки матки на 4 см; задержка внутриутробного развития 1 степени - на основании размеров матки, размеров плода, отстающих по фетометрии на 3 недели от срока беременности по менструации, маловодие; угрожающее состояние плода - на основании жалоб на отсутствие шевеления плода и брадикардии (ЧСС 105 уд/мин) при аускультации плода.

2. Вероятнее всего, угрожающее состояние плода развилось на фоне хронической фетоплацентарной недостаточности, которая была обусловлена перенесенным ОРВИ в раннем сроке беременности и вредной привычкой – курением.

3. Подтвердить диагноз угрожающего состояния плода необходимо кардиотокографическим исследованием. Помощь в диагностике может оказать доплерометрия маточно-плацентарного и фетального кровотока, рН фетальной крови из предлежащей части.

4. По КТГ регистрируются поздние глубокие длительные по времени децелерации, что свидетельствует о тяжелом дистрессе плода.

5. В интересах плода показано немедленное родоразрешение путем операции кесарево сечение, которое необходимо выполнить в течение 15 минут от установления диагноза. На этапе транспортировки больной в операционную желательнее внутривенно струйно ввести

400 мл физиологического раствора. Неонатолог должен быть готов к оказанию реанимации новорожденного.

Ситуационная задача 3

Больная И., 28 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на задержку менструации в течение 4 недель, ноющие боли внизу живота, отмечает тошноту по утрам, в последние 2 недели - рвоту 1 раз в сутки.

Из анамнеза установлено: менархе с 15 лет, установились через 6 месяцев, по 3-4 дня, умеренные, безболезненные, цикл 30 дней. Последняя нормальная менструация началась 8 недель назад. Половая жизнь с 20 лет, последние 6 месяцев от беременности не предохранялась (ранее с целью контрацепции использовала презервативы). Три года назад первая беременность закончилась медицинским абортom, который осложнился метрoэндометритом, потребовавшим стационарного лечения.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Слизистые розового цвета, влажные. Пульс 72 уд в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 120/80 мм рт. ст., температура тела 36,7°C. Со стороны дыхательной, сердечно-сосудистой, мочевыводящей систем патологии не выявлено. Живот мягкий, участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный в нижних отделах, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стул регулярный. Мочеиспускание свободное, не учащено.

Гинекологическое исследование: шейка матки и слизистая влагалища цианотичные, выделения светлые, в обычном количестве. Шейка матки коническая, отклонена кзади, наружный зев замкнут, щелевидный. Влагалище нерожавшей женщины. Матка в типичном положении, увеличена до 5-6 недель беременности, при пальпации легко возбудима, отмечаются положительные симптомы Снегирева, Пискачека, Гентера. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Своды глубокие, безболезненные.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование
2. Объем исследований, необходимых для уточнения диагноза
3. Возможные причины развития осложнений
4. Тактика врача и необходимый объем лечения
5. Прогноз

Эталон ответа к задаче 3

1. Диагноз: Беременность 5-6 недель. ОАГА. Угрожающий ранний самопроизвольный выкидыш. Обоснование диагноза: беременность и ее срок установлены на основании вероятных признаков: задержки менструации, цианоза слизистых влагалища и шейки матки, симптомов Снегирева, Гентера, Пискачека, обнаруженных при влагалищном исследовании; можно учесть сомнительные признаки беременности: тошноту по утрам.

Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез - на основании перенесенного большой медицинской абортa, осложненного метрoэндометритом.

Угрожающий ранний самопроизвольный выкидыш диагностирован на основании жалоб женщины на боли внизу живота, повышенной возбудимости матки при бимануальном исследовании.

2. Для дальнейшего диспансерного наблюдения по поводу желанной беременности необходимы общий анализ мочи, общий анализ крови, сахар крови, RW, ВИЧ, кал на яйца глистов, ЭКГ, мазок из цервикального канала на флору, осмотр терапевта, окулиста, стоматолога. Поскольку имеется клиника угрожающего прерывания беременности, необходим контроль базальной температуры, кольпоцитологическое исследование влагалищного мазка, УЗИ матки в 10-12 недель.

3. Развитие угрожающего прерывания беременности можно связать с осложненным акушерско-гинекологическим анамнезом.

Необходимо амбулаторное наблюдение и дообследование беременной. Принимая во внимание то, что в сроке беременности до 6 недель основной причиной прерывания беременности являются генные и хромосомные нарушения, терапию на сохранение беременности проводить нецелесообразно. Обязательно назначение фолиевой кислоты 400 мг/сут в целях профилактики аномалий нервной трубки. При доказанном факте гормональной недостаточности (по тестам функциональной диагностики, мазкам на кольпоцитологию) - проводится гормонозаместительная терапия. При возникновении клинических симптомов начавшегося выкидыша показана госпитализация, удаление плодного яйца.

4. Условно благоприятный; имеется риск невынашивания, плацентарной недостаточности.

Ситуационная задача 4

На прием к детскому гинекологу обратилась мать с девочкой 4 лет, у которой наблюдаются зуд и покраснение в области наружных половых органов, гнойные выделения из половых путей. Данные симптомы возникают периодически в течение года, гигиена половых органов соблюдается. Ребёнок наблюдается врачом-аллергологом в связи с атопическим дерматитом (кожные высыпания на локтевых сгибах и на лице).

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Ваша тактика
3. Что может быть причиной возникновения вульвовагинитов у девочек?
4. Что играет ведущую роль в развитии вульвовагинита у девочек до 8 лет?
5. Какое лечение необходимо назначить?

Эталон ответа к задаче 4:

1. Неспецифический вульвовагинит.
2. Обследование для уточнения этиологии вульвагинита, в т.ч. на энтеробиоз.
3. Причиной вульвовагинитов у девочек может являться энтеробиоз, гонорея, аллергическое заболевание, инородное тело влагалища
4. Ведущую роль в развитии вульвовагинита у девочек играет дефицит эстрогенов
5. Лечение будет зависеть от причины вульвагинита, но обязательным компонентом будет местное применение препаратов эстрогенов

Ситуационная задача 5

Дежурный врач роддома приглашен акушеркой в отделение патологии беременных. Беременная Н., 32-х лет, жалуется на внезапное появление обильного кровотечения из влагалища, родовой деятельности нет.

Из анамнеза выяснено, что данная беременность вторая, первая беременность 3 года назад закончилась операцией кесарево сечение по поводу слабости родовой деятельности, ребенок здоров, послеродовый период осложнился эндометритом.

Данная беременность желанная, в женской консультации наблюдалась регулярно. В раннем сроке беременности перенесла ОРВИ. Госпитализирована три дня назад в сроке 36 недель по поводу предлежания плаценты. При ультразвуковом исследовании, проведенном вчера, было выявлено, что срок беременности соответствует 36 неделям, положение плода поперечное.

Объективно: Состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные, отеки на нижних конечностях. Беременная несколько возбуждена. Пульс 106 уд/мин, удовлетворительно-наполнения, АД 100/70 мм рт. ст. Размеры таза 24-27-29-18 см. Окружность живота 98 см, высота стояния дна матки 38 см. Вес 78 кг. Родовая деятельность – отсутствует. Матка в нормотонусе, безболезненная. Положение плода поперечное. Головка плода слева. Сердцебиение плода глухое, ритмичное с частотой 130 уд/мин. Выделения обильные кровянистые около 800 мл.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование

2. Необходимые исследования, подтверждающие диагноз

3. Первый этап оказания помощи, тактика

Эталон ответа к задаче 5

1. Беременность 36 недель. Полное предлежание плаценты с кровотечением. Геморрагический шок 2 ст. Поперечное положение плода. Рубец на матке

Обоснование диагноза: срок беременности соответствует 36 неделям на основании данных анамнеза, объективного осмотра и УЗИ; предлежание плаценты выявлено по УЗИ, кровотечение без болевого синдрома, нормотонус матки, отсутствие страдания плода подтверждает диагноз предлежания. Умеренная тахикардия, отсутствие гипотензии, кровопотеря 15% от ОЦК соответствуют 2 степени геморрагического шока.

2. Для подтверждения диагноза и оценки состояния пациентки необходимо исследовать общий анализ крови, коагулограмму, прикроватный тест по Ли-Уайту, тромбоэластография.

3. Используется алгоритм действий при кровотечении: пригласить анестезиолога, вторую акушерку, предупредить неонатолога, развернуть операционную, обеспечить инфузию физиологического раствора через катетер в 2 вены, катетеризацию мочевого пузыря, согревание, мониторинг витальных функций, затем перевод в операционную.

5. В интересах беременной показано немедленное родоразрешение путем операции кесарево сечение, которое необходимо выполнить в течение 15 минут от установления диагноза. Обезболивание ЭТН, использование аппаратной реинфузии эритроцитов. Неонатолог должен быть готов к оказанию реанимации новорожденного.

Ситуационная задача 6

В гинекологическое отделение поступила больная К., 23 лет, с жалобами на умеренные кровянистые выделения из половых путей, несильные боли в низу живота, повышение температуры тела до 37,5 °С. Накануне произошел выкидыш при беременности 12-13 нед., кровопотеря около 300 мл. Сразу к врачу не обратилась.

При поступлении состояние больной средней тяжести, кожные покровы бледные, лицо гиперемировано, температура тела 37,4 °С, пульс 100 уд/мин, удовлетворительного наполнения, АД 110/60 мм рт. ст.

При влагалищном исследовании установлено: шейка матки укорочена, цервикальный канал проходим для одного пальца за внутренний зев, где определяется плацентарная ткань. Матка увеличена, ее размер соответствует 11-12 нед. беременности, мягковатая, слегка болезненная при исследовании, выделения кровянистые, незначительные. Мочеиспускание не нарушено, диурез достаточный.

Вопросы:

1. Установите диагноз

2. Определите последовательность проведения диагностических лечебных мероприятий.

3. Определите последовательность проведения диагностических лечебных мероприятий

Эталон ответа к задаче 6

1. Диагноз устанавливается на основании данных об имевших место аборте при сроке беременности 12-13 нед, невысокой лихорадке, тахикардии, кровопотере, результатов специального обследования, подтверждающих наличие воспалительных явлений в матке (эндометрите), а также на основании симптомов неполного выкидыша (структурные изменения шейки матки, болезненность и увеличение матки, наличие за внутренним зевом частей плодного яйца, умеренных кровянистых выделений).

Диагноз: Неполный инфицированный внебольничный аборт при сроке беременности 12-13 нед.

2. Необходимые методы обследования: посев, мазок из цервикального канала, уретры, клинические анализы крови и мочи, УЗИ. Динамическое наблюдение за общим состоянием больной, артериальным давлением, частотой дыхания и пульса, почасовым диурезом.

3. Наиболее безопасным является консервативно-выжидательный метод лечения при опасном для жизни кровотечении - опорожнение матки от плодного яйца. Последовательно проводятся:

- инфузионная терапия путем внутривенного введения коллоидных и кристаллоидных растворов, гемотрансфузия по показаниям; общее количество вводимых растворов не менее 1,5-2 л;
- постельный режим;
- антибиотики широкого спектра действия (предпочтительны цефалоспорины, фторхинолоны или полусинтетические защищенные пенициллины, возможно сочетание с метронидазолом в максимальных терапевтических дозах) внутривенно после взятия мазков и биосубстратов для определения флоры и чувствительности с последующей сменой антибиотиков в соответствии с антибиотикограммой;
- отсроченное на 12-24 ч (после стабилизации температуры тела и улучшения общего состояния больной) бережное опорожнение матки от инфицированных остатков или плодного яйца абортангом и тупой кюреткой методом *in situ* или МВА под внутривенным обезболиванием;
- при обильном и продолжающемся кровотечении (более 400-500 мл) по жизненным показаниям следует немедленно выполнить удаление абортангом свободно лежащую часть плода и кюретаж тупой кюреткой или МВА, одновременно провести антибактериальную и инфузионную терапию, при необходимости - гемотрансфузию.
- применение после опорожнения матки сокращающих матку средств - окситоцин.

Ситуационная задача 7

Больная Г., 40 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на обильное кровотечение из половых путей в течение 3 суток и сильные схваткообразные боли в низу живота. Из анамнеза известно: месячные с 14 лет, регулярные, по 5-6 дней через 28-30 дней. Половая жизнь с 20 лет в браке. Родов - 2, аборт - 4. Последний осмотр гинеколога был 4 года назад, патологии не выявлено. В течение года боли в низу живота, месячные обильные и болезненные. Данные месячные пришли в срок, но были очень обильными и болезненными. После обращения в женскую консультацию больная госпитализирована.

При поступлении в клинику состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, пульс 88 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные, дыхание везикулярное, язык чистый, влажный, живот участвует в акте дыхания, несколько болезненный в нижних отделах, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Физиологические отправления в норме. Обильное кровотечение из половых путей.

Гинекологическое исследование: шейка матки покрыта неизменной слизистой оболочкой, цервикальный канал расширен, в нем находится ткань с гладкой поверхностью, выделения кровянистые, со сгустками, обильные.

Внутреннее исследование: шейка матки бочкообразной формы, сглажена, цервикальный канал проходим для 1 пальца, в нем пальпируется фиброматозный узел, ножкой уходящий в полость матки. Матка увеличена до 7-8 нед беременности, плотная, подвижная, безболезненная при исследовании, придатки не пальпируются, своды свободные глубокие.

Вопросы:

1. Клинический диагноз
2. Тактика врача

Эталон ответа к задаче 7

1. Постановка диагноза.

В данном наблюдении диагноз устанавливается на основании жалоб больной на схваткообразные боли, обильные и болезненные месячные, увеличение матки до 7-8 нед. беременности и пальпации узла в цервикальном канале.

Диагноз: миома матки, рождающийся субмукозный узел; менометроррагия.

2. Последовательность проведения лечебных мероприятий.

Учитывая обильное кровотечение и рождающийся субмукозный узел, необходимо произвести консервативную миомэктомию влагалищным доступом под внутривенным наркозом (калпсол, деприван). Соблюдая правила асептики и антисептики, во влагалище вводят ложкообразное зеркало, захватывают шейку матки пулевыми щипцами, зондируют полость матки. Щипцами Мюзо захватывают фиброматозный узел, вращательными движениями по часовой стрелке откручивают его и выполняют раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала.

Кровопотеря во время манипуляции составила 50 мл, общая кровопотеря - 200 мл. Удаленный узел и соскоб эндометрия отсылают на гистологическое исследование.

Ситуационная задача 8

В гинекологическое отделение доставлена больная В., 60 лет, с жалобами на боли в левой паховой области и левом бедре, особенно по ночам. Боли носят «грызущий» характер. Мочеиспускание также сопровождается болями. Акт дефекации затруднен. В моче и кале присутствует кровь. Больна больше года. К врачу не обращалась.

Больная истощена. Кожа и видимые слизистые, бледные. Через брюшную стенку в гипогастральном области пальпируется плотное образование без четких контуров, неподвижное. Объективное исследование: при поступлении состояние средней тяжести. Пульс 90 уд. в мин, слабого наполнения. АД 90/60 мм рт. ст. Температуре 37,2

Осмотр при помощи зеркал: влагалище укорочено. В куполе его на месте шейки матки виден кратер с некротическим налетом. Выделения из влагалища имеют цвет «мясных помоев».

Влагалищное исследование: стенки влагалища на протяжении 2/3 его инфильтрированы. В малом тазу определяется конгломерат опухоли плотной консистенции, достигающий до стенок таза с двух сторон, неподвижный, болезненный.

Ректальное исследование: слизистая прямой кишки неподвижна. В параметриях с двух сторон отмечаются инфильтраты, достигающие стенок таза. На пальце, которым проводится исследование, остается кровь.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.
3. Причины болей.

Эталон ответа к задаче 8

1. Рак шейки матки IV стадии с вовлечением в опухолевый процесс мочевого пузыря и прямой кишки, кахексия.
2. Обезболивающая и общеукрепляющая терапия.
3. Сдавление нервных стволов, а также нервов, проходящих в запирательном отверстии.

Ситуационная задача 9

Больная Н, 32 лет, поступила в стационар с жалобами на резкие боли внизу живота, мажущие кровянистые выделения из половых путей в течение 2-х дней.

Анамнез: менструации регулярные, безболезненные, необильные. Последняя менструация была 15 января, с задержкой на 2 недели. Половая жизнь с 22 лет, беременности не имела. Гинекологических заболеваний не отмечает. Считает себя больной с 12 февраля, когда почувствовала боли внизу живота, с иррадиацией в прямую кишку; 2 дня назад появились мажущие кровянистые выделения из половых путей, усилились боли в низу живота.

При поступлении состояние больной средней тяжести, отмечается выраженная бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек. Пульс 120 уд/мин, слабого наполнения, АД 90/50 мм рт. ст. Язык чистый, суховат. Передняя брюшная стенка напряжена. При пальпации отмечается резкая болезненность в нижних отделах живота, больше справа. Симптом

Щеткина положительный в левой подвздошной области. При перкуссии отмечается притупление перкуторного звука в боковых отделах живота.

Влагалищное исследование: шейка матки цилиндрической формы, пальпация матки затруднена из-за резкой болезненности и напряжения брюшной стенки, придатки матки пальпировать не удалось, область их резко болезненна, больше справа. Тракции за шейку матки резко болезненны. Выделения темно-красные, умеренные.

Вопросы:

1. Установите диагноз.
2. Определите объем обследования и лечебную тактику.

Эталон ответа к задаче 9

1. Данные анамнеза и обследования больной позволяют предположить прервавшуюся внематочную беременность.

Диагноз: нарушенная внематочная беременность.

2. У больной задержка менструации и признаки беременности, биологические реакции на беременность не проводились. Можно предположить, что внутрибрюшное кровотечение скорее связано с прерыванием трубной беременности.

Ультразвуковое исследование подтверждает наличие жидкости в брюшной полости и отсутствие плодного яйца в полости матки. Экспресс-тест на ХГЧ подтвердит факт беременности. Дополнительно группа крови, резус-фактор, фенотип, общий анализ крови, общий белок, коагулограмма.

Необходима срочная операция. Объем операции: удаление маточной трубы, с одновременной инфузионно-трансфузионной терапией и противошоковыми мероприятиями.

Ситуационная задача 10

Повторнородящая П., 32 года, находится в ОПБ 10 дней по поводу беременности 36 недель, изосенсибилизации по резус-фактору. Во время беременности определяется титр антител в динамике 1:32, 1:64. В анамнезе один выкидыш в 26 недель. 1 роды, ребёнок умер от ГБН.

Вопросы:

1. Установите и обоснуйте диагноз.
2. Определите тактику.

Эталон ответа к задаче 10

1. Беременность 36 недель. Изосенсибилизация по Rh – фактору.

2. Учитывая срок беременности, надо провести обследование и начать подготовку к родоразрешению. Провести УЗИ, доплерометрическое исследование кровотока в системе мать – плацента – плод, определение биофизического профиля плода, определить биологическую готовность беременной к родам. В случае недостаточной готовности шейки матки использовать ламинарии. Предусматриваются программированные роды со вскрытием плодного пузыря. После рождения ребёнка кровь на Rh – фактор, группу крови, гемоглобин, билирубин – прямой и непрямой, а также почасовой прирост билирубина. В результате динамического наблюдения решить вопрос о заменном переливании крови.

Ситуационная задача 11

Первородящая 28 лет, поступила в родильный дом в сроке беременности 39 недель. Жалобы на головную боль, боли в животе и кровяные выделения из половых путей. В сроке 33 недели повысилось А/Д до 140/90, появился белок в моче 0,3 г/л. 3 недели лечили в отделении беременных по поводу преэклампсии. Общее состояние при поступлении тяжелое - головная боль, мелькание мушек перед глазами, кожные покровы и видимые слизистые бледны, PS 100 уд. в мин слабого наполнения и напряжения, А/Д 150/100-160/100. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. Матка овоидной формы, напряжена, резко болезненна при пальпации, в области левого угла определяется выбухание. Определить положение и предлежание плода не удастся из-за резкого напряжения матки. Сердцебиение плода 90 уд. в мин приглушено. Из половых путей кровяные выделения. При влагалищном

исследовании шейка матки сохранена, зев закрыт. Предлежит головка, прижата ко входу в таз. Своды свободны. Размеры таза нормальные.

Вопросы:

1. Установите диагноз.
2. Определите необходимый объем обследования.
3. Выберите тактику ведения

Эталон ответа к задаче 11

1. Диагноз: Беременность 39 недель. Тяжелая преэклампсия. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Угрожающее состояние плода. Геморрагический шок 2 ст.

Диагноз тяжелой преэклампсии установлен на основании наличия гипертензии и неврологической симптоматики. Состояние соответствует геморрагическому шоку 2 степени – пульс 100 уд. в мин слабого наполнения и напряжения. Появление кровянистых выделений, болевой синдром, напряжение и болезненность матки, невозможность пальпации плода, урежение сердечных сокращений и глухость сердечных тонов плода, данные влагалищного исследования свидетельствуют о преждевременной отслойке плаценты

2. Для подтверждения диагноза и оценки состояния пациентки необходимо исследовать общий анализ крови, коагулограмму, прикроватный тест по Ли-Уайту, тромбоэластография.

3. Используется алгоритм действий при кровотечении: пригласить анестезиолога, вторую акушерку, предупредить неонатолога, развернуть операционную, обеспечить инфузию физиологического раствора через катетер в 2 вены, катетеризацию мочевого пузыря, согревание, мониторинг витальных функций, затем перевод в операционную.

В интересах беременной показано немедленное родоразрешение путем операции кесарево сечение, которое необходимо выполнить в течение 15 минут от установления диагноза. Обезболивание ЭТН, использование аппаратной реинфузии эритроцитов, одновременно начинается магнезиальная терапия с нагрузочной дозы - 4 г сухого вещества в/в болюсно, затем 1 г сухого вещества в час в/в до, во время и 24 часа после родоразрешения. Неонатолог должен быть готов к проведению реанимации новорожденного.

Ситуационная задача 12

Родильница К., 26 лет, 4-е сутки послеродового периода, вечерняя температура 37,0⁰С. Жалуется на общую слабость, познабливание, головную боль, тяжесть внизу живота.

Из анамнеза известно, что две предыдущие беременности у родильницы закончились медицинским абортом, последний осложнился эндометритом. Данная беременность третья, протекала с клиникой угрожающего выкидыша, трижды лечилась в стационаре по поводу многоводия. Роды преждевременные в сроке гестации 36 недель, осложнились родовым излитием околоплодных вод. Родилась девочка весом 2200г, длиной 43 см с оценкой по Апгар 6 баллов. Педиатры подозревают у новорожденного внутриутробную инфекцию.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, умеренно бледные. На щеках румянец, видимые слизистые суховаты. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 18 в минуту. Пульс 90 уд/мин, удовлетворительного наполнения. Температура тела 38,4⁰С. АД 110/60 мм рт. ст. Язык влажный, умеренно обложен беловатым налетом. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, перитонеальных знаков нет. Печень не увеличена. Мочеиспускание не нарушено. Мочи, со слов женщины, достаточно. Стул был утром, оформленный.

Гинекологическое исследование: наружные половые органы без патологии. Слизистая влагалища не изменена, шейка матки формируется, пропускает 1 палец. Матка «тестоватой» консистенции, чувствительная при пальпации, дно ее на 3 см ниже пупка. Выделения из половых путей кровяные, мутные, в значительном количестве, с неприятным запахом.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз и его обоснование.
2. Необходимый объем обследования.

3. Общие принципы лечения. Напишите лист назначений.
4. Факторы риска развившейся патологии.
5. Профилактика.

Эталон ответа к задаче 12

1. Послеродовый эндометрит. Поздний послеродовый период. Диагноз выставлен на основании наличия интоксикационного синдрома, гипертермию до фебрильных цифр на 4-е сутки послеродового периода, «тестоватой» консистенции матки, её болезненности, мутных кровянистых выделений с неприятным запахом из влагалища
2. Необходимый объем обследования. УЗИ матки, общий анализ крови с лейкоформулой, общий белок, билирубин мочевины, КЩС, коагулограмма, посев на флору из влагалища, гистероскопия.
3. Дезинтоксикационная терапия, антибактериальная терапия 2-мя препаратами широкого спектра действия, антипиретики, опорожнение полости матки – МВА.
4. Факторами риска являются: 2 медицинских аборта, последний из которых закончился эндометритом, длительные неоднократные госпитализации во время беременности, многоводие, преждевременные роды, родовое излитие вод, подозрение на внутриутробную инфекцию у новорожденного.
5. Антибактериальная терапия с началом родовой деятельности, прегравидарная подготовка, санация очагов инфекции до и во время беременности, в первую очередь, почек и влагалища.

Ситуационная задача 13

Пациентка Е., 54 лет, обратилась с жалобами на появившиеся несколько дней назад гнойные выделения, которые в настоящее время носят характер «мясных помоев». Менопауза с 45 лет.

В анамнезе перед менопаузой ациклические кровотечения с выскабливанием полости матки - железистая гиперплазия эндометрия. Ожирение III ст., гипертоническая болезнь II ст., сахарный диабет - компенсированная форма.

Влагалищное исследование: ш\матки рожавшей, зев незначительно приоткрыт, выделения цвета «мясных помоев». Матка несколько увеличена, плотная, подвижная, придатки особенностей. В области параметриев небольшая инфильтрация.

Вопрос:

1. Диагноз.
2. Лечение.
3. Дополнительные методы обследования.

Эталон ответа к задаче 13

1. Рак тела матки, стадия распространения II-III
2. Аспирационная биопсия, цитологическое исследование влагалищных мазков, взятых из заднего свода. Раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала под контролем гистероскопии, онкомаркеры (KI- S2, KI- S4, KI- S5)
Для выявления отдаленных метастазов - проводят рентгенографию органов грудной клетки, УЗИ, компьютерную томографию органов брюшной полости и забрюшинных лимфоузлов.
3. При стадии Ib-IIa проводят экстирпацию матки с придатками, лимфаденэктомию. При отсутствии метастазов в лимфатических узлах и злокачественных клеток в перитонеальной жидкости, при неглубокой инвазии после операции следует провести эндовагинальное внутривлагалищное облучение.

Ситуационная задача 14

В населенном пункте М. имеется больница мощностью 258 коек. За год в данной медицинской организации было выписано 868 пациентов, умерло 47, проведено пациентами койко-дней 90 168.

Вопросы:

Рассчитайте основные показатели деятельности стационара: среднее число занятости койки в году, оборот койки, среднюю длительность пребывания больного на койке, среднее время простоя койки, показатель больничной летальности.

Эталон ответа к задаче 14

Среднее число занятости койки в году рассчитывается по формуле: число койко-дней / число среднегодовых коек.

Следовательно, показатель занятости койки в году для данной медицинской организации составит $90\ 168 / 258 = 349$ дней.

Показатель оборота койки вычисляем по формуле: число выбывших (выписанных и умерших) / число среднегодовых коек.

Следовательно, показатель оборота койки в году для данной медицинской организации составит $868 + 47 / 258 = 3,5$ больных.

Средняя длительность пребывания больного койке (койко-день) равна отношению общего количества койко-дней в году к числу выбывших (выписанных и умерших).

Следовательно, показатель средней длительности пребывания больного койке (койко-день) для данной медицинской организации составит $90\ 168 / 868 + 47 = 98,5$ дней.

Среднее время простоя койки вычисляется по формуле: число дней в году – среднее число дней занятости койки / оборот койки.

Следовательно, показатель среднего времени простоя койки для данной медицинской организации составит $365 - 349 / 3,5 = 4,6$ дней.

Показатель больничной летальности равен отношению числа умерших к числу выбывших (выписанных и умерших), выраженному в %.

Следовательно, показатель больничной летальности в данной медицинской организации составит $(47 / 868 + 47) \times 100 = 5,1\%$.

Ситуационная задача 15

На основании данных таблицы 1 оценить динамику заболеваемости с временной утратой трудоспособности с использованием графического изображения или вычисления показателя наглядности.

Таблица 1.

Характеристика динамики снижения заболеваемости с временной нетрудоспособностью по годам

Годы	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Количество случаев заболеваний	120	110	105	100	94	90

Эталон ответа на задачу 15. Показатель наглядности применяется для анализа степени изменения изучаемого явления во времени. Показатель наглядности получают при отношении ряда сравниваемых величин к исходной величине, принятой за 100.

Показатель наглядности вычисляется по формуле: значение исходной величины X 100 / значение величины в изучаемый момент.

В данном случае исходная величина – количество случаев заболеваний с временной утратой трудоспособности в 2013 г. (120).

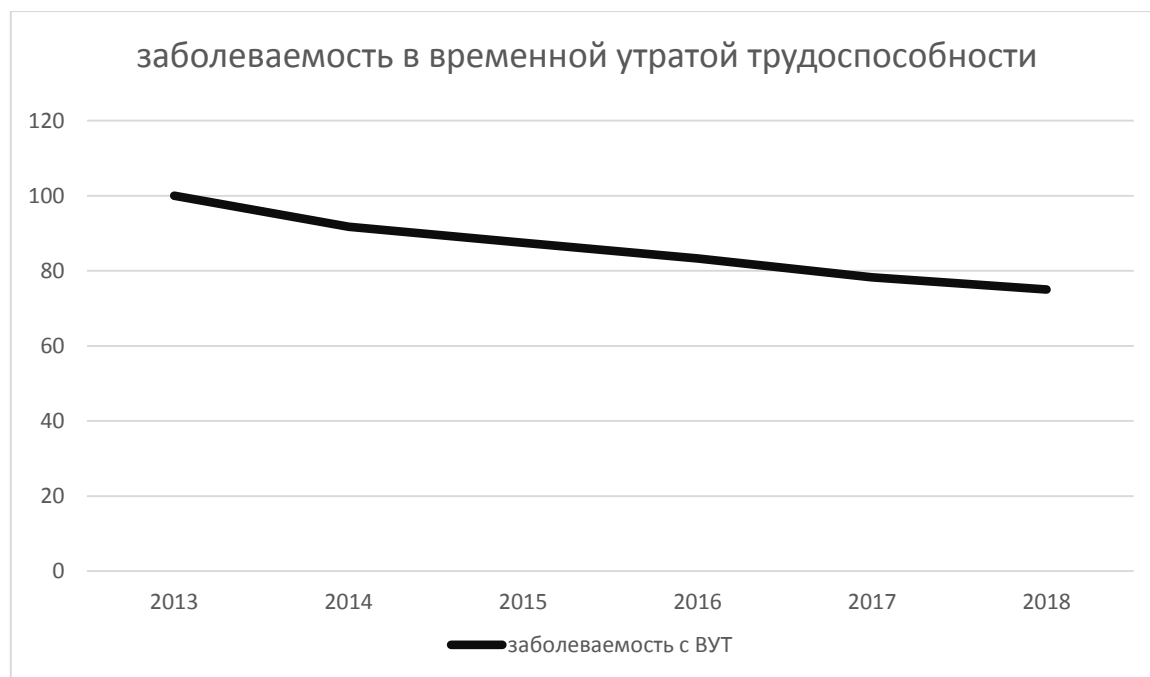
Таким образом показатель наглядности составит:

- для 2014 г.: $110 \times 100 / 120 = 91,7\%$
- для 2015 г.: $105 \times 100 / 120 = 87,5\%$
- для 2016 г.: $100 \times 100 / 120 = 83,3\%$

- для 2017 г.: $94 \times 100 / 120 = 78,3\%$

- для 2018 г.: $90 \times 100 / 120 = 75\%$.

На основании полученных данных построим диаграмму (график).



7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Помещения:

учебные комнаты, лекционные залы, комната для самостоятельной подготовки, комнаты для практической подготовки обучающихся с фантомной и симуляционной техникой, анатомический зал и (или) помещения, предусмотренные для работы с биологическими моделями, помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами

Оборудование:

доски, столы, стулья

Средства обучения:

Типовые наборы профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований. Тонмометр механический стетоскоп в комплекте, фонендоскоп, термометр, весы напольные, ростомер с мет. стульчиком, противошоковый набор, укладка для неотложной помощи, электрокардиограф, облучатель Дезар-5, наркозно-дыхательный аппарат, аппарат искусственной вентиляции легких SAVINA 300, инфузомат, отсасыватель хирургический ОХ-10, дефибриллятор-монитор ДКИ-Н-10 "АКСИОН", стол операционный, хирургический и микрохирургический инструментарий, универсальная система ранорасширителей с креплением к операционному столу, монитор прикроватный BSM-2351KC с принадлежностями, анализатор дыхательной смеси, компьютерный электроэнцефалограф, кресло гинекологическое ГKM-3П, кольпоскоп КС-1-01, фотоприставка к кольпоскопу, инструментарий для гинекологического осмотра, анализатор доплеровский сердечно-сосудистой деятельности матери и плода малогабаритный, стетоскоп акушерский, тазомер.

Манекен ребенка раннего возраста для обучения уходу (Фантом KOKEN младенец LM-026M – мальчик, LM-026G – девочка). Модель младенца, нуждающегося в специальном уходе. Манекен-тренажер Новорожденная Анна NewbornAnne (новорожденный ребенок: торс с головой, конечностями и пуповиной для получения и отработки навыков сердечно-легочной

реанимации). Многофункциональный женский манекен для обучения уходу за пациентом. Многофункциональный робот-симулятор пациента системы мониторинга жизненно важных показателей. Мобильный реалистичный полноростовой симулятор с обратной связью, позволяющий доводить до совершенства навыки оказания неотложной помощи на до- и внутригоспитальном этапе (Симулятор Оживленная Анна). Универсальный манекен-имитатор взрослого пациента для интубации, пункции и дренирования. Тренажер для интубации. Модель для тренинга реанимации новорожденного. Тренажер манипуляций на дыхательных путях младенца. SimJunior - Педиатрический симулятор. СимМэн Базовый. Симулятор недоношенного ребенка Анюта. Манекен для обучения технике дренажа грудной клетки (LF03770U). Тренажер для установки центрального венозного катетера. Манекен, имитирующий торс ребенка для обучения аускультации при различных патологиях (РАТ). Студенческий аускультационный манекен (SAM II). Рука для обучения измерению артериального давления с беспроводным контролером (Симулятор для измерения артериального давления). Тренажер «Супер-рука» P1084. Усовершенствованная рука для венепункции. Тренажер руки для внутривенных инъекций и пункций, внутримышечных инъекций ИНМЭН-3. Тренажер для отработки навыков внутривенных инъекций, инфузий и пункций вен HS1. Акушерский муляж. Тренажер для внутримышечных и подкожных инъекций (Тренажер инъекций LT00310). Тренажеры катетеризации мочевого пузыря. Тренажер для наружного осмотра половых органов. УзиМентор - симулятор для обучения ультразвуковым исследованиям.

Технические средства:

мультимедийный комплекс (ноутбук, проектор, экран), аудиоколонки, компьютер с выходом в Интернет, принтер

Демонстрационные материалы:

наборы мультимедийных презентаций.

Оценочные средства на печатной основе:

тестовые задания по изучаемым темам, ситуационные задачи

Учебные материалы:

учебники, учебные пособия, раздаточные дидактические материалы

Программное обеспечение:

Microsoft Windows 7 Professional

Microsoft Office 10 Standard

Microsoft Windows 8.1 Professional

Microsoft Office 13 Standard

Microsoft Windows 10 Professional

Microsoft Office 16 Standard

Linux лицензия GNU GPL

LibreOffice лицензия GNU LGPLv3

Антивирус Dr.Web Security Space

Kaspersky Endpoint Security Russian Edition для бизнеса

8. РЕКОМЕНДУЕМАЯ УЧЕБНАЯ ЛИТЕРАТУРА ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

8.1. Основная литература:

8.1.1 Радзинский, В.Е. Гинекология [Электронный ресурс] / под ред. В.Е. Радзинского, А. М. Фукса - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1000 с. - URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» www.rosmedlib.ru

8.1.2. Савельева, Г.М. Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / Савельева Г.М., Шалина Р.И., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Курцер М.А. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 656 с.

– URL : ЭБС «Консультант студента. Электронная библиотека медицинского вуза»
www.studmedlib.ru

8.1.3. Савельева, Г.М. Акушерство [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 1080 с. - URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» www.rosmedlib.ru

8.1.4. Савельева, Г.М. Гинекология [Электронный ресурс] / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, И.Б. Манухина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 1008 с. - URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» www.rosmedlib.ru

8.2. Дополнительная литература:

8.2.1 Айламазян, Э. К. Инфекционно-воспалительные заболевания в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] / под ред. Э. К. Айламазяна - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 320 с. - URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» www.rosmedlib.ru

8.2.2 Апресян, С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях [Электронный ресурс] / С. В. Апресян; под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 536 с. - URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» www.rosmedlib.ru

8.2.3 Венедиктова, М.Г. Онкогинекология в практике гинеколога [Электронный ресурс] / М. Г. Венедиктова, Ю. Э. Доброхотова . - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 288 с. - URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» <http://www.rosmedlib.ru>

8.2.4 Гельфанд, Б.Р. Интенсивная терапия [Электронный ресурс] / Под ред. Б.Р. Гельфанда, А.И. Салтанова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 1744 с. ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 1184 с. - URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» www.rosmedlib.ru

8.2.5 Капительный, В.А. Акушерство и гинекология. Практические навыки и умения с фантомным курсом [Электронный ресурс] : учеб. пособие / В.А. Капительный, М.В. Беришвили, А.В. Мурашко; под ред. А.И. Ищенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 392 с. - URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» www.rosmedlib.ru

8.2.6 Манухин, И.Б. Гинекологическая эндокринология. Клинические лекции [Электронный ресурс] / И.Б. Манухин [и др.] - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 304 с. - URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» www.rosmedlib.ru

8.2.7 Рагимов, А.А. Трансфузиология [Электронный ресурс] / Под ред. А.А. Рагимова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 1184 с. - URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» www.rosmedlib.ru

8.2.8 Роговская, С.И. Практическая кольпоскопия. [Электронный ресурс] / Роговская С.И. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 240 с. - URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» <http://www.rosmedlib.ru>

8.2.9 Савельева, Г.М. Гистероскопия : атлас и руководство [Электронный ресурс] / Г. М. Савельева, В. Г. Бреусенко, Л. М. Каптушева - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 248 с. - URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» www.rosmedlib.ru

8.2.10 Серов, В.Н. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] / В.Н. Серов, И.И. Баранов, О.Г. Пекарев, А.В. Пырегов, В.Л. Тютюнник, Р.Г. Шмаков - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 240 с. - URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» www.rosmedlib.ru

8.2.11 Серов, В.Н. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] / под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1136 с. - URL: «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» www.rosmedlib.ru

8.3. Базы данных, информационно-справочные и поисковые системы:

№ п/п	Наименование и краткая характеристика библиотечно-информационных ресурсов и средств обеспечения образовательного процесса, в том числе электронно-библиотечных систем и электронных образовательных ресурсов (электронных изданий и информационных баз данных)	Количество экземпляров, точек доступа
	ЭБС:	
1	Электронная библиотечная система « Консультант студента »: [Электронный ресурс] / ООО «ИПУЗ» г. Москва. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru – карты индивидуального доступа.	по договору, срок оказания услуги 01.01.2019–31.12.2019
2	« Консультант врача . Электронная медицинская библиотека» [Электронный ресурс] / ООО ГК «ГЭОТАР» г. Москва. – Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru – карты индивидуального доступа.	по договору, срок оказания услуги 01.01.2019–31.12.2019
3	Электронная библиотечная система « ЭБС ЛАНЬ » - коллекция «Лаборатория знаний» [Электронный ресурс] / ООО «ЭБС ЛАНЬ». – СПб. – Режим доступа: http://www.e.lanbook.ru через IP-адрес университета, с личного IP-адреса по логину и паролю.	по договору, срок оказания услуги 01.01.2019–31.12.2019
4	Электронная библиотечная система « Букап » [Электронный ресурс] / ООО «Букап» г. Томск. – Режим доступа: http://www.books-up.ru – через IP-адрес университета, с личного IP-адреса по логину и паролю.	по договору, срок оказания услуги 01.01.2019–31.12.2019
5	Электронно-библиотечная система « ЭБС ЮРАЙТ » [Электронный ресурс] / ООО «Электронное издательство ЮРАЙТ» г. Москва. – Режим доступа: http://www.biblio-online.ru – через IP-адрес университета, с личного IP-адреса по логину и паролю.	по договору, срок оказания услуги 01.01.2019–31.12.2019
6	Информационно-справочная система КОДЕКС с базой данных № 89781 «Медицина и здравоохранение» [Электронный ресурс] / ООО «ГК Кодекс». – г. Кемерово. – Режим доступа: http://www.kodeks.ru/medicina_i_zdravoohranenie#home через IP-адрес университета.	по договору, срок оказания услуги 01.01.2019–31.12.2019
7	Справочная правовая система Консультант Плюс [Электронный ресурс] / ООО «Компания ЛАД-ДВА». – М.– Режим доступа: http://www.consultant.ru через IP-адрес университета.	по договору, срок оказания услуги 01.01.2019–31.12.2019
8	Электронная библиотека КемГМУ (Свидетельство о государственной регистрации базы данных № 2017621006 от 06.09 2017г.)	неограниченный
	Интернет-ресурсы:	
1	http://www.cochrane.ru / Библиотека Cochrane	on-line
2	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/ Национальная Библиотека медицины США	on-line
3	http://www.rcog.org.uk/guidelines/ Клинические протоколы Британского Королевского общества акушеров-гинекологов	on-line
4	http://www.acog.org/ Протоколы Американского общества акушеров-гинекологов	on-line
5	http://www.sogc.org/guidelines/ Протоколы Канадского общества акушеров-гинекологов	on-line
6	http://apps.who.int/rhl/ru/index.html/ Библиотека ВОЗ по репродуктивному здоровью	on-line
8	https://kuzdrav.ru/ Сайт ДОЗН КО, клинические рекомендации (протоколы лечения)	on-line

