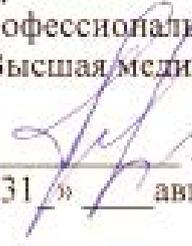




*Здоровье Вашей
Организации!*

УТВЕРЖДАЮ

Директор Негосударственного
образовательного частного
учреждения дополнительного
профессионального образования
«Высшая медицинская школа»


В.В. Левашова
« 31 » августа 2022

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
«ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ АКУШЕРСТВО»**

УТВЕРЖДЕНО

Приказом директора
Негосударственного
образовательного частного
учреждения дополнительного
профессионального образования
«Высшая медицинская школа»

Приказ № ВН-077-22
От « 31 » _____ августа 2022

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
«Патологическое акушерство»**

Категория слушателей:

Основная специальность: Акушерство и гинекология

Форма обучения: заочная

Продолжительность: 36 академических часов

СОДЕРЖАНИЕ

Пояснительная записка	
Цели, планируемые результаты обучения	
Организационно-педагогические условия и материально-техническое обеспечение. Учебно-методическое обеспечение	
Формы аттестации	
Учебный план	
Календарный учебный график	
Рабочая программа	
Модуль 1. Невынашивание беременности	
Модуль 2. Кесарево сечение	
Модуль 3. Кровотечение во время беременности	
Модуль 4. Патологическое акушерство	
Модуль 5. Контрацепция	
Рекомендуемая литература	

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации является нормативно-методическим документом, регламентирующим содержание и организационно-методические формы обучения по направлению «Акушерство и гинекология» (основная специальность, профстандарт 02.084, утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 19.04.2021 № 262н в дополнительном профессиональном образовании врачей.

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации «Патологическое акушерство» разработана методическим отделом Негосударственного образовательного частного учреждения «Высшая медицинская школа».

Актуальность дополнительной профессиональной программы повышения квалификации «Патологическое акушерство» обусловлена ростом патологических состояний женского здоровья, необходимостью комплексного обследования пациенток в этих патологических состояниях и ведения пациенток.

На обучение по программе повышения квалификации принимаются врачи по специальности «Акушерство и гинекология».

Обучение проводится в заочной форме.

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации «Патологическое акушерство» включает в себя цель, планируемые результаты обучения, учебный план, календарный учебный график, рабочие программы учебных модулей/тем, организационно-педагогические условия, формы аттестации, оценочные материалы.

Учебный план определяет перечень, трудоемкость, последовательность и распределение тем и формы аттестации.

Образовательная деятельность по реализации дополнительной профессиональной программы повышения квалификации «Патологическое акушерство» предусматривает следующие виды учебных занятий и учебных работ: видеолекции, самостоятельная работа и самоконтроль.

Реализация дополнительной профессиональной программы повышения квалификации «Патологическое акушерство» обеспечивается посредством привлечения ведущих специалистов в данной области, а также преподавателей НОЧУ ДПО «ВМШ».

Для методического руководства распоряжением Директора назначается руководитель программы из числа преподавателей. Руководитель программы несет персональную ответственность

за организацию и осуществление образовательной деятельности, формирует преподавательский состав, составляет смету и расчет стоимости образовательной услуги на одного слушателя.

Применение дистанционных образовательных технологий:

Дистанционные образовательные технологии применяются частично.

В учебном процессе используются следующие организационные формы учебной деятельности:

- видеолекции;
- самостоятельная работа с ЭУМК;
- самостоятельная работа с программами контроля знаний (тестами);

Цель обучения: Получение, закрепление теоретических и практических знаний в области акушерства, совершенствование навыков ведения пациенток с различной акушерской патологией.

ЗАДАЧИ КУРСА:

1. Углубление знаний по наиболее часто встречающимся осложнениям в течении беременности, родов и послеродовом периоде.
2. Совершенствование компетенции – ведение беременных в соответствии с современными требованиями (стандартами) в женской консультации, родильном доме.
3. Изучение новых подходов в диагностике и лечении акушерской патологии, в том числе отработка алгоритмов.
4. Повышение знаний специалистов о современных методах персонифицированного подхода к профилактике, диагностике и лечению акушерской патологии.

Компетенции, совершенствуемые в ходе обучения:

Перечень знаний:

- Усовершенствование знаний по основам этиологии и патогенеза основных акушерских осложнений течения беременности, родов и послеродового периода, что позволит не только сформировать эффективный план обследования и лечения пациенток, но и улучшить перинатальных исход.
- Современные тенденции в акушерстве.
- Современные алгоритмы действий врача при неотложных состояниях в акушерстве.

Перечень практических навыков:

- Грамотно организовывать и контролировать план ведения пациенток с различными акушерскими осложнениями.
- Правильно обосновывать назначенное лечение и оценивать его возможную эффективность.
- Правильно рассчитывать риски всех возможных акушерских осложнений и своевременно их профилактировать.

Организационно-педагогические условия и материально-техническое обеспечение: Для реализации программы ДПО ПК «Патологическое акушерство» в объеме 36 часов НОЧУДПО «ВМШ» располагает необходимыми учебными аудиториями для проведения практических занятий, оборудованными всем необходимым, в т.ч. для мультимедийных презентаций. С целью предоставления слушателям учебного материала дистанционной части программы НОЧУДПО «ВМШ» использует ресурс образовательного портала Teachbase. Лекции и практические занятия проводят высококвалифицированные преподаватели – специалисты в данной области.

Учебно-методическое обеспечение: по программе ДПО ПК «Патологическое акушерство» разработан учебный план, представлены рабочие программы модулей; видеолекции, тесты по материалам видеолекций, учебные материалы для самостоятельного изучения в электронном виде размещены на образовательном портале Teachbase.

ФОРМЫ АТТЕСТАЦИИ, ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Текущий контроль знаний осуществляется в процессе изучения учебной темы. По окончании изучения каждого модуля проводится **промежуточный контроль**. При этом используется тестовый контроль.

По окончании обучения **итоговая аттестация** не проводится. При успешной промежуточной аттестации и посещении очной части курса обучающийся получает документ установленного образца – удостоверение о повышении квалификации.

**УЧЕБНЫЙ ПЛАН
ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ
КВАЛИФИКАЦИИ**

«Патологическое акушерство»

Цель: Получение и закрепление теоретических знаний и практических навыков в области акушерства, совершенствование навыков ведения пациенток с различными осложнениями в течении беременности, родов и послеродовом периоде.

Категория обучающихся: акушер-гинекологи

Срок обучения: 36 академических часов

Режим занятий: не более 8 АЧ в день

Форма обучения: заочная

Темы	ВЛ	СП	ПА/ИА	Всего часов
Модуль 1. Невынашивание беременности				
Невынашивание беременности: Предгравидарная подготовка пациенток с привычным невынашиванием. Ведение беременности у пациенток с привычным невынашиванием. Основные задачи амбулаторного врача	1	2	0,5	3,5
Преждевременные роды. Возможные пути улучшения перинатального исхода	1			1
Преждевременные роды. Клинический протокол	2	1		3
Модуль 2. Кесарево сечение				
Кесарево сечение в современном акушерстве	1	2	0,5	3,5
Кесарево сечение: Ведение беременности у женщин с рубцом на матке. Самопроизвольные роды у женщин с рубцом на матке (VBAC). Несостоятельный рубец на матке после кесарева сечения. Критерии диагноза		2		2
Модуль 3. Кровотечение во время беременности				
Акушерские кровотечения	1		0,5	1,5
Акушерские кровотечения: Первый, второй, третий триместры и ранний послеродовый период. Алгоритм действий врача		4		4
Модуль 4. Патологическое акушерство				
Резус-иммуносенсибилизированная беременность. Профилактика резус-конфликта	2	2	0,5	4,5
Многоплодная беременность. Особенности ведения на амбулаторном этапе и родоразрешения.	1			1
Сахарный диабет во время беременности. Что делать?	3	2	0,5	5,5

Внутриутробные инфекции. Диагностика и лечение	2	1	0,5	3,5
Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки	1	1		2
Модуль 5. Контрацепция				
Контрацепция после родов. Современные возможности		1		1
Итого	15	18	3	36

КАЛЕНДАРНЫЙ УЧЕБНЫЙ ГРАФИК

День	Темы	ВЛ	СП	Тест	Место проведения занятий
1 день	Модуль 1. Невынашивание беременности Невынашивание беременности: Предгравидарная подготовка пациенток с привычным невынашиванием. Ведение беременности у пациенток с привычным невынашиванием. Основные задачи амбулаторного врача. Преждевременные роды. Возможные пути улучшения перинатального исхода. Клинический протокол	4			Дистанционно, на образовательном портале Teachbase
2 день	Модуль 1. Невынашивание беременности Невынашивание беременности: Предгравидарная подготовка пациенток с привычным невынашиванием. Ведение беременности у пациенток с привычным невынашиванием. Основные задачи амбулаторного врача. Преждевременные роды. Возможные пути улучшения перинатального исхода. Клинический протокол		3	0,5	Дистанционно, на образовательном портале Teachbase
3 день	Модуль 2. Кесарево сечение Кесарево сечение в современном акушерстве. Кесарево сечение: Ведение беременности у женщин с рубцом на матке, Самопроизвольные роды у женщин с рубцом на матке (VBAC). Несостоятельный рубец на матке после кесарева сечения. Критерии диагноза	1	4	0,5	Дистанционно, на образовательном портале Teachbase
4 день	Модуль 3. Кровотечение во время беременности Акушерские кровотечения Акушерские кровотечения: Первый, второй, третий триместры и ранний	1	4	0,5	Дистанционно, на образовательном портале Teachbase

	послеродовой период. Алгоритм действий врача.				
5 день	Модуль 4. Патологическое акушерство Резус-иммуносенсибилизированная беременность. Профилактика резус-конфликта Многоплодная беременность. Особенности ведения на амбулаторном этапе и родоразрешения. Сахарный диабет во время беременности. Что делать?	6	2	1,5	Дистанционно, на образовательном портале Teachbase
6 день	Модуль 4. Патологическое акушерство Сахарный диабет во время беременности. Что делать? Внутриутробные инфекции. Диагностика и лечение. Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки Модуль 5. Контрацепция Контрацепция после родов. Современные возможности.	3	3 1		Дистанционно, на образовательном портале Teachbase

РАБОЧИЕ ПРОГРАММЫ
МОДУЛЕЙ, ТЕМДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
«Патологическое акушерство»

<p>Модуль 1. Невынашивание беременности Невынашивание беременности: Предгравидарная подготовка пациенток с привычным невынашиванием. Ведение беременности у пациенток с привычным невынашиванием. Основные задачи амбулаторного врача. Преждевременные роды. Возможные пути улучшения перинатального исхода. Клинический протокол</p>
<p>Модуль 2. Кесарево сечение Кесарево сечение в современном акушерстве. Кесарево сечение: Ведение беременности у женщин с рубцом на матке, Самопроизвольные роды у женщин с рубцом на матке (VBAC). Несостоятельный рубец на матке после кесарева сечения. Критерии диагноза</p>
<p>Модуль 3. Кровотечение во время беременности Акушерские кровотечения: Первый, второй, третий триместры и ранний послеродовый период. Алгоритм действий врача.</p>
<p>Модуль 4. Патологическое акушерство Резус-иммуносенсибилизированная беременность. Профилактика резус-конфликта. Многплодная беременность. Особенности ведения на амбулаторном этапе и родоразрешения. Сахарный диабет во время беременности. Что делать? Внутриутробные инфекции. Диагностика и лечение. Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки.</p>
<p>Модуль 5. Контрацепция Контрацепция после родов. Современные возможности.</p>

Содержание учебных модулей

Модуль 1. Невынашивание беременности

Количество часов/кредитов: 7,5.

Вид занятий: видеолекции –4, ПА – 0,5, СР - 3

Лекция: Преждевременные роды. Возможные пути улучшения перинатального исхода. Клинический протокол

Содержание: Актуальность лекции обусловлена распространённостью такой патологии, как преждевременные роды. Частота данной патологии в развитых странах составляет 5-7%, неонатальная смертность - 28%. Ежегодно в мире рождается 15 миллионов недоношенных детей. Преждевременные роды (ПР) являются комплексной медико-социальной проблемой, связанной с решением задач по улучшению качества последующей жизни детей, родившихся недоношенными и сопряженными материально-экономическими затратами. Тяжесть осложнений, связанных с недоношенностью, пропорциональна гестационному сроку преждевременных родов. В настоящее время перед акушерами стоят две основные задачи: детекция угрожающих преждевременных родов во избежание ненужных вмешательств и подготовка плода к преждевременному рождению с помощью адекватных и одновременно безопасных медикаментозных средств. На лекции и семинарском занятии будет представлен обзор достижений в клиническом ведении выкидыша и нехирургические подходы к опорожнению матки. Будет рассказана тактика ведения пациенток с угрожающими преждевременными родами. Уделено внимание особенностям проведения токолиза, профилактике РДС плода, а также методам родоразрешения с перинатальных позиций.

План лекции:

1. Актуальность темы
2. Патогенез, этиология и факторы риска преждевременных родов.
3. Особенности диагностика преждевременных родов.

4. Тактика проведения токолиза и профилактики РДС-плода.
5. Тактика ведения беременных с дородовым излитием околоплодных вод (ДИВ).

Лекция: Невынашивание беременности.

План:

1. Патогенез и этиология невынашивания беременности.
2. Методы диагностики и критерии постановки диагноза привычного невынашивания беременности.
3. Предгравидарная подготовка пациенток с привычным невынашиванием.
4. Персонализированный современный подход к ведению беременности у пациенток с невынашиванием беременности.

Самоподготовка:

1. Клинические рекомендации (протокол) Преждевременные роды Москва, 2014 год.
2. Клиническое акушерство: учеб. пособие / С. А. Леваков [и др.]. - Москва : МЕДпресс-информ, 2016 - 296 с.
3. Акушерство : учеб. / под ред.: В. Е. Радзинского, А. М. Фукса. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016 - 1040 с.
4. Занько С. Н. Акушерские пессарии: дифференцированный подход : рук. для врачей / С. Н. Занько, В. Г. Дородейко, А. Ю. Журавлев. - Витебск, 2016 - 32 с.
5. О. Ф. Серова, Л. В. Седая, Н. В. Шутикова и др. Преждевременные роды, осложненные преждевременным разрывом плодных оболочек. Лечение и профилактика. 2017 № 2. С. 43-46.
6. Э. Жукова, Д. Сычев, Р. Чилова и др. Преждевременные роды: диагностика и лечение. Ж: Врач. 2018 Т. 29, № 2. С. 78-79.
7. И. В. Фомина, В. А. Полякова, Н. В. Пыленко и др. Преждевременные роды: куда двигаться дальше? Междунар. науч.-исслед. журн. 2017 № 12-4. С. 124-127.
8. Садыкова Г. К. Оценка факторов риска преждевременных родов. Sciences of Europe. 2018 № 24-1. С. 28-31.

Пример теста по теме: «Невынашивание беременности»:

1. Невынашивание беременности это:

- А. прерывание беременности в сроки от зачатия до 37 недель*
- Б. включает все случаи антенатальной и интранатальной гибели плода
- В. чаще наблюдается во II триместре беременности
- Г. не требует лечения вне беременности

Пример задачи 1.

В приемное отделение родильного дома 17.12.18 в 15 часов 30 минут обратилась повторнوبرеменная 35 лет с жалобами на обильные слизистые выделения из половых путей.

Со слов пациентки 17.12.18 в 14 часов 00 минут, она отметила возникновение обильных жидких из половых путей в большом количестве. Испугавшись, возможного излития околоплодных вод, ею было принято решение обратиться в ближайшее медицинское учреждение.

Анамнез жизни:

Из перенесенных заболеваний пациентка отмечает краснуху (в детстве), «простудные» заболевания. Менархе с 12 лет, установились сразу, в последнее время длительность менструации составляет 5-7 дней, длительность менструального цикла 28-30 дней, регулярные, безболезненные, умеренные. Гинекологические заболевания: хламидиоз в 2014 году, пролечен с положительным эффектом. Контроль эффективности лечения проводился. До наступления беременности использовала барьерные (презервативы) методы контрацепции. Настоящая беременность – вторая. Роды предстоят вторые. Первая беременность была в 2008 году, завершилась своевременными самопроизвольными родами в головном предлежании без осложнений. Родилась здоровая девочка массой 4000 г, ростом 55 см. Послеродовый период протекал без осложнений. Данная беременность вторая. При первом скрининге в первом триместре беременности был установлен высокий риск хромосомной патологии. Пациентке было рекомендовано проведение инвазивной пренатальной диагностики, от которой она

отказалась. На сроке 6-7 недель беременности в связи с возникшей угрозой прерывания беременности был назначен препарат прогестерона, лечение проводилось амбулаторно. Во втором триместре на сроке 18 недель была диагностирована истмико-цервикальная недостаточность, в связи с чем в стационаре была проведена ее коррекция, путем наложения циркулярного шва на шейку матки. В послеоперационном периоде в условиях стационара ей была проведена магниезиальная и антибактериальная терапия, получала препараты прогестерона. На сроке беременности 27 недель были выявлены отклонения по данным морфологического исследования отделяемого цервикального канала.

В третьем триместре беременности на сроке 28 недель был выявлен вульвовагинальный кандидоз, ассоциированный с *Candida albicans*, в связи с чем, пациентке была проведена противогрибковая терапия. На сроке 30-31 неделя возникла угроза преждевременных родов и осуществлена госпитализация в стационар 3 – его уровня. В условиях лечебного учреждения пациентке была осуществлена токолитическая терапия и проведена профилактика респираторного дистресс синдрома плода (дексаметазон).

Общая прибавка веса за беременность +10 кг

Объективный статус:

Общее состояние средней тяжести. Рост 174 см. Вес 80 кг. ИМТ 26,4. Зрение ясное. Голова не болит. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, нормальной влажности. Язык не обложен. Область зева не гиперемирована. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 80 ударов в минуту. Пульс 80 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. АД 120/80 мм рт. ст. (на левой руке) и 115/75 мм рт. ст. (на правой руке). Температура тела 36,7⁰С. Живот увеличен за счет беременной матки и соответствует 34 неделям гестации, безболезненный при пальпации. Симптомов раздражения брюшины не выявлено. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Диурез адекватный. Стул оформленный, обычного цвета, 1 раз в сутки.

Status localis: матка в нормальном тоне, при пальпации безболезненна. Высота стояния дна матки – 34 см, окружность живота 90 см. Срок беременности при расчете с первого дня последней менструации – 34 недели. Положение плода продольное. Предлежит головка плода, слегка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 ударов в минуту.

Осмотр шейки матки в зеркалах: наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Шейка матки сформирована, длина 1,0 – 1,5 см, наружный зев закрыт. Швы лежат хорошо. В заднем своде влагалища визуализируется скопление жидких, прозрачных выделений. Выделения из половых путей жидкие, прозрачные, обильные.

Проведен амниотест – результат положительный.

1. Ваш диагноз?
2. Оптимальная тактика врача приемного отделения?
3. Оптимальная тактика врача родильного отделения?
4. Назовите противопоказания для выжидательной тактики.
5. Выберите необходимые лабораторные методы обследования, необходимые для оценки тяжести состояния пациентки в стационаре.
6. Выберите необходимые инструментальные методы обследования, необходимые для оценки тяжести состояния пациентки и плода в стационаре.
7. С целью проведения профилактики гнойно-септических осложнений назначение каких препаратов показано?
8. Укажите оптимальный способ родоразрешения данной пациентки?
9. Какой метод обезболивания наиболее оправдан для данной пациентки при проведении родоразрешения?

Модуль 2. Кесарево сечение.

Количество часов/кредитов: 5,5.

Вид занятий: видеолекции – 2, ПА – 0,5, СР - 3

Лекция: Самопроизвольные роды у женщин с рубцом на матке (VBAC).

Содержание: Актуальность темы обусловлена неуклонным ростом частоты операции кесарево сечение, которая занимает первое место среди таких оперативных вмешательств, как холецистэктомия и аппендэктомия.

План лекции:

1. Актуальность темы
2. Разбор показаний и противопоказаний.
3. Погрешность методов диагностики
4. Критерии отбора пациенток для самопроизвольных родов.

Самоподготовка:

1. Пастернак А.Ю. Особенности родоразрешения женщин с оперированной маткой. Автореф. Дисс. к.м.н. С. 2-3. Москва – 2014 г.
2. Шмаков Р.Г., Баев О.Р., Пекарев О.Г., Пырегов А.В., Приходько А.М., Павлович С.В. Кесарево сечение. Учебное пособие. С. 51-55. Москва 2016.
3. Studsgaard A., Skorstengaard M., Glavind J. et al. Trial of labor compared to repeat cesarean section in women with no other risk factors than a prior cesarean delivery. Acta Obstet Gynecol Scand. 2013; 92(11): 1256 – 63.
4. Mets T.D., Stoddard G.J., Henry E. et. al. Simple, validated vaginal birth after cesarean delivery prediction model for use at the time of admission. Obstet. Gynecol. 2013; 122(3): 571 – 78.

Пример теста по теме «Кесарево сечение»:

1. Абсолютными противопоказаниями для естественных родов у пациенток с рубцом на матке после операции кесарево сечение являются все кроме:

- А. Предыдущее корпоральное КС/ якорный разрез/неизвестный разрез
- Б. Разрыв матки в анамнезе
- В. Рубец на матке после 2х и более операций КС
- Г. Рубец на матке после одной операции кесарево сечение*

Пример задачи 1.

В приемное отделение родильного дома скорой медицинской помощью доставлена пациентка 35 лет с жалобами на тянущие боли внизу живота. Сбор анамнеза затруднен ввиду языкового барьера. Со слов бригады скорой медицинской помощи установлено, что у женщины данная беременность третья, наступила самостоятельно. Предыдущие две беременности закончились операцией кесарево сечение. Показания, техника операций и особенности течения послеродового периода после двух предыдущих родов не известны. Особенности течения настоящей беременности не известны, так на учете в женской консультации пациентка не состояла.

По данным наружного осмотра в приемном отделении установлено:

Состояние удовлетворительное. Зрение ясное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, обычной влажности. Температура тела 36,7 С. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 19 в минуту. Пульс 86 уд/мин, ритмичный. АД 110/70 мм.рт.ст. (D), 115/75 мм.рт.ст. (S). Живот увеличен за счет беременной матки, соответствует 35-36 неделям беременности, при пальпации безболезненный. Матка в нормотонусе, слегка возбудима при пальпации. С/биение плода ясное, ритмичное 146 уд/мин. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

St. localis: в области передней брюшной стенки визуализируется рубец после нижнесрединной лапаротомии. Безболезненный при пальпации.

Данные влагалищного исследования:

Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище узкое. Шейка матки длиной 1,5 см, цервикальный канал пропускает кончик пальца. Воды целы. Через своды влагалища пальпируется головка плода, прижата ко входу в малый таз. Мыс не достижим. Экзостозов в малом тазу нет. Выделения из половых путей светлые слизистые.

УЗИ матки и пода: Беременность 35-36 недель. Головное предлежание. Гемодинамических нарушений нет. (особенности рубца на матке не описаны, так как врач УЗД не смог их установить).

1. Диагноз?
2. Акушерская тактика?

Лекция: Кесарево сечение

- План: 1. Ведение беременности у женщин с рубцом на матке.
2. Особенности оперативного родоразрешения. Техника операции.
 3. Самопроизвольные роды у женщин с рубцом на матке (VBAC).
 4. Особенности ведения послеоперационного периода.
 5. Несостоятельный рубец на матке после кесарева сечения. Критерии диагноза.
 6. Разбор клинических случаев.

Модуль 3. Кровотечения во время беременности

Количество часов/кредитов: 5,5.

Вид занятий: лекции – 1, ПА – 0,5, семинар – 2, СР - 2

Лекция: Акушерские кровотечения.

Содержание: В настоящее время кровотечения – частые осложнения в акушерской практике и одна из основных причин материнской смертности. Ежегодно в мире 140 тысяч женщин (26% всей материнской смертности) умирают от кровотечений. Проблема стратегии и тактики восполнения острой кровопотери особенно актуальна. По тому, как она решается, можно судить о квалификации медицинского персонала, об организации неотложной помощи в том или ином родовспомогательном учреждении. Акушерские кровотечения выступают в структуре материнской смертности как конкурирующая причина – в 42%, а как фоновая – до 78%. Показатель акушерских кровотечений колеблется от 3 до 8% по отношению к общему числу родов. При этом 2- 4% случаев кровотечений связано с гипотонией матки в послеродовом и послеродовом периодах, около 1% возникает при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты и предлежании плаценты. В лекции будет сделан акцент на современной тактике оказания медицинской помощи при акушерских кровотечениях и особенностях воспаления кровопотери.

План лекции.

- Частота и основные причины массивных акушерских кровотечений.
- Классификация акушерских кровотечений.
- Акушерская тактика при предлежании плаценты.
- Акушерская тактика при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.
- Патология III периода родов.
- Акушерская тактика при массивных кровотечениях в послеродовом периоде.
- Способы определения кровопотери.
- Принципы адекватной инфузионно-трансфузионной терапии.

Самоподготовка: Кровотечение в третьем и раннем послеродовом периодах. Алгоритм действий врача.

Источники литературы:

1. Профилактика, лечение и алгоритм ведения при акушерских кровотечениях Клинические рекомендации (Протокол лечения). 2014 год.

Пример теста по теме «Кровотечение в третьем и раннем послеродовом периодах. Алгоритм действий врача»:

1. Кровотечение во время беременности и родов как правило обусловлено:

- А. Предлежанием плаценты
- Б. Преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты
- В. Гипо – атонией матки

Г. Верно А и Б*

Пример задачи 1.

В связи с послеродовым гипотоническим кровотечением роженице 30 лет произведена операция наложения клемм по Бакшееву. Матка сократилась. Кровотечение остановилось. Однако через 15 минут кровотечение возобновилось. Кровопотеря достигла 800 мл и продолжается.

1. Диагноз?
2. Тактика ведения?

Лекция: Акушерские кровотечения

План:

- Кровотечения в первой половине беременности.
- Внематочная (эктопическая) беременность.
- Кровотечения во второй половине беременности.
- Предлежание плаценты
- Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
- Разрывы матки: классификация, диагностика, лечение.
- Кровотечения в третьем и раннем послеродовом периодах.

Модуль 4. Патологические состояния при беременности

Количество часов/кредитов: 15,5.

Вид занятий: лекции – 6 , ПА – 1,5 , семинар – 3, СР - 6

Лекция: «Резус-иммуносенсибилизированная беременность. Профилактика резус-конфликта»

План лекции

- Понятие Rh- фактор, и его наследование
- Резус-конфликт
- Осложнения резус – конфликтной беременности
- Гемолитическая болезнь новорожденных
- Формы гемолитической болезни новорожденных
- Тактика ведения беременности
- Инструментальные методы диагностики
- Методы лечения
- Профилактика Rh – сенсibilизации
- Сроки и методы родоразрешения

Содержание: Несмотря на существенные достижения в области перинатологии, многие вопросы ведения беременных с резус-иммунизацией, диагностики и лечения гемолитической болезни плода и новорожденного не могут считаться до конца решенными. Среди иммунологически обусловленных осложнений беременности ведущее место занимает гемолитическая болезнь плода и новорожденного, которая развивается в следствие несовместимости крови матери и плода по различным эритроцитарным антигенам. Показатели перинатальной смертности при гемолитической болезни плода остаются высокими и составляют 15–16 % [4]. Значимое снижение перинатальной заболеваемости и смертности от гемолитической болезни плода невозможно без организации мер по своевременной и всеобщей профилактике резусизоиммунизации во время беременности и в раннем послеродовом периоде на популяционном уровне. В лекции подробно изложены современные методы диагностики и лечения таких пациенток. Особое внимание уделено профилактике Rh – сенсibilизации.

Пример теста «Резус-иммуносенсибилизированная беременность. Профилактика резус-конфликта»:

1. Беременной с RH(-) принадлежностью крови необходимо:

- А. Проводить контроль за титром антител в первой половине беременности один раз в месяц*
- Б. Проводить контроль за титром антител во второй половине беременности каждые две недели*
- В. Проводить мониторинговое наблюдение за состоянием плода*
- Г. Проводить профилактическую десенсибилизирующую терапию*
- Д. Родоразрешение путем операции кесарево сечение

Пример задачи 1.

У беременной 32 лет с резус-отрицательной кровью при исследовании в женской консультации в 10 недель беременности были обнаружены резус – антитела (титр 1:8). В анамнезе переливания крови не было. Первая беременность закончилась своевременными родами. Ребенок жив, здоров, 2-я, 3-я беременности закончились искусственными абортми при сроке 7-8 недель. Данная беременность 4-я.

1. Диагноз?
2. Распишите дальнейший план обследования беременной.

Лекция «Резус – иммуносенсибилизированная беременность. Профилактика резус-конфликт»

План:

- Резус - фактор, принципы наследования
- Особенности течения и принцип ведения беременности у женщин с отрицательным резус-фактором
- Гемолитическая болезнь новорожденных. Методы диагностики и лечения
- Особенности и сроки родоразрешения

Лекция «Многоплодная беременность. Особенности ведения на амбулаторном этапе и родоразрешения»

План лекции

- Эпидемиология
- Классификация
- Материнские и плодовые осложнения в течении многоплодной беременности
- Тактика ведения беременности при многоплодии
- Профилактика преждевременных родов при многоплодной беременности
- Особенности течения родов при многоплодии
- Особенности диагностики многоплодной беременности на различных сроках гестации
- Фето-фетальный трансфузионный синдром.

Содержание: Актуальность проблемы многоплодной беременности заключается в значительном числе осложнений во время беременности и родов, повышении удельного веса кесарева сечения, осложнений послеродового периода, повышенном уровне антенатальных потерь в различные гестационные сроки, высокой частоте неврологических нарушений у выживших детей. Имевшийся еще с древних времен интерес к многоплодной беременности усилился в последние 15–20 лет в связи с лавинообразным ростом многоплодия, связанным с внедрением вспомогательных репродуктивных технологий. В представленной лекции подробным образом изложены особенности тактике ведения беременности и родоразрешения у таких пациенток. Огромное внимание уделено диагностике такого осложнения в течении беременности как фето-фетальный трансфузионный синдром.

Лекция «Сахарный диабет во время беременности. Что делать?»

План лекции

- Этиология СД
- Патогенез СД 1 и 2 типа
- Диагностика СД и критерии диагноза

- Специфика развития осложнений беременности при СД
- Гестационный сахарный диабет
- Диабетическая фетопатия
- Планирование беременности при СД, кому противопоказана?
- Специфика ведения беременности, лечения осложнений и родоразрешения при СД.

Содержание: Гестационный сахарный диабет (ГСД) является наиболее частым нарушением обмена веществ у беременных, с которым встречаются эндокринологи и акушеры-гинекологи и, следовательно, является важной междисциплинарной проблемой. Это обусловлено как увеличением числа беременных с данной патологией, связанного с резким ростом заболеваемости СД в популяции, так и улучшением качества его диагностики.

Несмотря на достижения акушерской диабетологии, общая частота осложнений беременности и заболеваемость новорожденных при ГСД не опускается ниже 80%. Течение беременности при данной патологии осложняется развитием преэклампсии в 25-65% случаев. Дистоция плечиков плода при ГСД достигает 6,3%, перелом ключицы у новорожденного - 19%, паралич Эрба - 7,8%, тяжелая асфиксия - 5,3%. Нарушение мозгового кровообращения травматического генеза имеет место у 20% новорожденных. У этих детей высока вероятность развития гиперинсулинизма и постнатальной гипогликемии, полицитемии и гипербилирубинемии, а также респираторного дистресс-синдрома и неврологических нарушений. Показатели перинатальной смертности новорожденных с массой тела 4 кг и более в 1,5-3 раза выше, чем при рождении детей с нормальными весовыми параметрами.

Частота ГСД в общей популяции разных стран варьирует от 1% до 20%, составляя в среднем 7%. Указанные вариации обусловлены различиями в способах его диагностики и напрямую связаны с распространенностью СД 2 типа в отдельных этнических группах. По данным литературы, у 20-50% женщин, перенесших ГСД, он возникает при последующей беременности, а у 25-75% - через 16-20 лет после родов развивается манифестный СД. В лекции будут подробно изложены современные методы диагностики и тактика ведения беременности при сахарном диабете.

Самоподготовка:

1. Гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение, послеродовое наблюдение. Клинические рекомендации (протокол лечения), 2013 год.

Пример теста по теме «Сахарный диабет и беременность»

1. При сроке беременности 36 недель у больной сахарным диабетом I типа отмечено ухудшение шевелений и на КТГ - признаки гипоксии плода. Показано:

- Расширение консервативной терапии, сохранение беременности до доношенного срока
- Начать подготовку к родовозбуждению
- Родовозбуждение, при отсутствии эффекта - кесарево сечение
- Родовозбуждение, при ухудшении состояния плода или матери - кесарево сечение
- Кесарево сечение*

Пример задачи 1.

Беременная И, 27 лет при беременности 30 недель обратилась к врачу женской консультации и была направлена в стационар с жалобами на общую слабость, жажду, чувство ненасытного голода, кожный зуд, обильное мочеиспускание, употребление жидкости до 3-5 л / с. Беременная очень хочет сохранить беременность, но беспокоится по поводу того, что в прошлом году при таких же клинических проявлениях у неё при сроке беременности 28-29 недель произошли преждевременные роды мёртвым плодом массой 2800г.

Из анамнеза выяснено то, что менструации с 14 лет, установились сразу по 3 дня, регулярные через 28 дней, умеренные, безболезненные, половая жизнь с 26 лет, настоящая беременность вторая, на учёте в женской консультации не стоит. Считала себя здоровой. Наследственность не отягощена.

Объективно: правильного телосложения, пониженного питания. Температура тела 36,6*С. АД – 110 \ 70 – 110 \ 75 мм. рт. ст. Пульс ритмичный, 82 уд \ мин. Со стороны внутренних органов патологических изменений не выявлено.

Живот овоидной формы, окружность 96 см, высота стояния дна матки-29 см. Положение плода продольное, головка над входом в малый таз, с/б плода ясное, ритмичное, 134 удара в 1 мин. Размеры таза 25-27-30-20.

Данные влагалищного исследования. Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки сформирована, плотная, длиной 3 см, наружный зев закрыт. Через своды влагалища определяется головка плода. Изменений со стороны костного таза не выявлено.

Клинические показатели крови и мочи в пределах нормы. Уровень глюкозы в крови 10,2 ммоль / л, в моче – 5 ммоль / л. Реакция мочи на кетоновые тела отрицательная.

1. Диагноз?
2. Обоснование диагноза?
3. Возможные осложнения данной беременности?
4. Дальнейшая тактика ведения?

Лекция «Сахарный диабет и беременность»

План:

- Понятие сахарный диабет: 1 и 2 типа, гестационный СД
- Этиология и патогенез СД
- Диагностика СД и критерии диагноза
- Особенности течения беременности на фоне сахарного диабета
- Специфика ведения беременности, лечения осложнений и родоразрешения при СД.

Лекция «Внутриутробные инфекции. Диагностика и лечение»

План лекции

- Структура заболеваний, вызывающих внутриутробную инфекцию
- Роль внутриутробной инфекции в невынашивании беременности
- Инфекционная заболеваемость новорожденных
- Патогенез восходящей инфекции плода
- Патогенез гематогенной инфекции плода
- Фетальный системный воспалительный ответ
- Методы диагностики внутриутробной инфекции
- Вирусная инфекция при беременности
- Особенности терапии бактериальной и вирусной инфекции при беременности

Содержание: На современном этапе развития акушерства и неонатологии, по-прежнему, не угасает интерес к проблеме внутриутробного инфицирования (ВУИ), являющейся одной из ведущих причин заболеваемости и смертности в пери- и неонатальном периодах развития плода и новорожденного. В Российской Федерации проблема ВУИ затрагивает от 30 до 68% рождённых детей, около 70% которых являются недоношенными. Доля неонатальных потерь, обусловленной реализацией ВУИ, составляет на сегодняшний день до 45%. В связи с этим, в лекции подробно изложены особенности патогенеза, методы диагностики и лечения бактериальной и вирусной инфекции при беременности.

Самоподготовка:

1. Долгушина Н.В. Патогенез и профилактика плацентарной недостаточности и синдрома потери плода у беременных с вирусными инфекциями: Автореф. дис. ... д.м.н. М 2009; 40.
2. Кан Н.Е., Орджоникидзе В.Н. Современные представления о внутриутробной инфекции. Акуш и гин 2004; 6: 3—5.

3. Кан Н.Е. Современные технологии в диагностике и прогнозировании внутриутробных инфекций: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 2005;
4. Сидорова И.С., Макаров И.О., Матвиенко Н.А. Внутриутробная инфекция: диагностика, профилактика и лечение: Пособие для врачей женских консультаций. М: МЕДпресс-информ 2006; 31.
5. Сидорова И.С., Макаров И.О., Матвиенко Н.А. Профилактика внутриутробной инфекции по триместрам развития беременности. Вопросы акушерства и гинекологии и перинатологии 2006; 5: 2: 53—58.

Пример теста по теме «Внутриутробные инфекции. Актуальные вопросы»

1. Хронические инфекционные процессы во время беременности, как правило:

- А. Находятся в стойкой ремиссии
- Б. Влияние не выявлено
- В. Обостряются*

Лекция «Внутриутробные инфекция. Диагностика и лечение»

План семинара

- Понятие – внутриутробная инфекция
- Патогенез развития инфекции у плода
- Методы диагностики внутриутробной инфекции
- Тактика лечения внутриутробной инфекции
- Алгоритм ведения лечения и методы родоразрешения при наличии внутриутробной инфекции

Лекция. Эмболизация маточных артерий для лечения миомы матки.

Миома матки самая распространенная опухоль у женщин, (25-30%), после 30 лет, причём ещё в репродуктивном возрасте. Основными проявлениями этого доброкачественного заболевания являются маточное кровотечение (меноррагия, метроррагия, менометроррагия), болевой синдром в области таза, обструкция мочеточника и другие симптомы. Общеизвестно, что среди широкого спектра гинекологической патологии миома матки занимает ведущие позиции, частота выявления миомы матки колеблется от 10 до 35% у женщин репродуктивного возраста и возрастает до 43 — 48% у женщин в пременопаузальном возрасте.

Основными методами лечения миомы матки является консервативная миомэктомия, гистерэктомия и гормонотерапия. Каждый из этих методов имеет свои преимущества и недостатки. К основным отрицательным моментам можно отнести высокую частоту рецидивов и потерю репродуктивной функции после гистерэктомии. Одним из методов остановки маточного кровотечения является перевязка внутренних подвздошных артерий, но операция не обеспечивает долговременный гемостаз, так как из-за быстрого развития коллатералей возникает рецидив кровотечения.

Наличие сочетанной соматической патологии может являться противопоказанием к медикаментозному, оперативному вмешательству, эндотрахеальному наркозу. Некоторые пациентки категорически отказываются от операции из-за боязни операции, нереализованной репродуктивной функции.

В настоящее время эмболизация маточных артерий является методом выбора для остановки кровотечений из половых путей при неоперабельных образованиях матки и для предоперационной деваскуляризации сосудистых опухолей и артериовенозных аномалий с целью облегчения их хирургического удаления и снижения кровопотери. В лекции будут подробно разобраны показания и противопоказания к выполнению данной методики лечения. Изложена техника операции. Уделено особое внимание преимуществам и недостаткам данной методики лечения.

План лекции:

- Частота и основные причины развития миомы матки.
- Клинико-анатомическая классификация миомы матки.
- Показания и противопоказания для ЭМА.
- Техника проведения ЭМА.
- ЭМА при нестандартных ситуациях.

- ЭМА – преимущества и недостатки.

Самоподготовка

1. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки/ Е.М. Вихляева - М.:МЕДпресс-информ.- 2004.- 400 с
2. Капранов С.А. Влияние технических и анатомических факторов на эффективность эмболизации маточных артерий//С.А. Капранов, Б.Ю. Бобров// Ангиология и сосудистая хирургия.- 2006.- N 2.-С.51-5.
3. Курцер М.А. Перевязка внутренних подвздошных артерий как альтернатива гистерэктомии при массивных акушерских кровотечениях/ М.А. Курцер, А.В. Панина, Л.В. Сушевич //Акуш. и гинек. - 2005. - №4. - С.12-15.
4. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Новый принцип лечения миомы матки. М. 2006. 48 с.
5. Тетелютина. Ф.К. Результаты эмболизации маточных артерий при лечении больных миомой матки. //Ф.К. Тетелютина, Е.А. Толстолуцкая, М.Е. Соловьева и др. //Медицинский альманах.- 2010.- № 3 (12) - С.89-91.

Модуль 5. Контрацепция

Количество часов/кредитов: 1.

Вид занятий: семинар – 1

Лекция «Контрацепция после родов. Современные возможности»

План семинара:

- Контрацепция, особенности назначения после родов
- Показания и противопоказания разных видов контрацепции

Рекомендуемая литература

1. Клинические рекомендации (протокол) Преждевременные роды Москва, 2014 год.
2. Клиническое акушерство: учеб. пособие / С. А. Леваков [и др.]. - Москва : МЕДпресс-информ, 2016 - 296 с.
3. Акушерство : учеб. / под ред.: В. Е. Радзинского, А. М. Фукса. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016 - 1040 с.
4. Занько С. Н. Акушерские pessaries: дифференцированный подход : рук. для врачей / С. Н. Занько, В. Г. Дородейко, А. Ю. Журавлев. - Витебск, 2016 - 32 с.
5. О. Ф. Серова, Л. В. Седа, Н. В. Шутикова и др. Преждевременные роды, осложненные преждевременным разрывом плодных оболочек. Лечение и профилактика. 2017 № 2. С. 43-46.
6. Э. Жукова, Д. Сычев, Р. Чилова и др. Преждевременные роды: диагностика и лечение. Ж: Врач. 2018 Т. 29, № 2. С. 78-79.
7. И. В. Фомина, В. А. Полякова, Н. В. Пыленко и др. Преждевременные роды: куда двигаться дальше? Междунар. науч.-исслед. журн. 2017 № 12-4. С. 124-127.
8. Садыкова Г. К. Оценка факторов риска преждевременных родов. Sciences of Europe. 2018 № 24-1. С. 28-31.
9. Пастернак А.Ю. Особенности родоразрешения женщин с оперированной маткой. Автореф. Дисс. к.м.н. С. 2-3. Москва – 2014 г.
10. Шмаков Р.Г., Баев О.Р., Пекарев О.Г., Пырегов А.В., Приходько А.М., Павлович С.В. Кесарево сечение. Учебное пособие. С. 51-55. Москва 2016.
11. Studsgaard A., Skorstengaard M., Glavind J. et al. Trial of labor compared to repeat cesarean section in women with no other risk factors than a prior cesarean delivery. Acta Obstet Gynecol Scand. 2013; 92(11): 1256 – 63.
12. Mets T.D., Stoddard G.J., Henry E. et. al. Simple, validated vaginal birth after cesarean delivery prediction model for use at the time of admission. Obstet. Gynecol. 2013; 122(3): 571 – 78.
13. Профилактика, лечение и алгоритм ведения при акушерских кровотечениях Клинические рекомендации (Протокол лечения). 2014 год. <http://moag.pro/?p=1494> (ссылка на сайт Московского общества акушеров гинекологов)

14. МЕТОДИЧЕСКОЕ ПИСЬМО «Преждевременные роды» http://moag.pro/wp-content/uploads/2014/10/pred_rod.pdf
15. Ведение родильниц после абдоминального родоразрешения (Клинические рекомендации) <http://moag.pro/wp-content/uploads/2014/10/3kes.pdf>.
16. Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 июня 2011 г. № 15-4/10/2-6139 “Кесарево сечение в современном акушерстве”.
17. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки/ Е.М. Вихляева - М.:МЕДпресс-информ.- 2004.- 400 с
18. Капранов С.А. Влияние технических и анатомических факторов на эффективность эмболизации маточных артерий//С.А. Капранов, Б.Ю. Бобров// Ангиология и сосудистая хирургия.- 2006.- N 2.-С.51-5.
19. Курцер М.А. Перевязка внутренних подвздошных артерий как альтернатива гистерэктомии при массивных акушерских кровотечениях/ М.А. Курцер, А.В. Панина, Л.В. Сушевич //Акуш. и гинек. - 2005. - №4. - С.12-15.
20. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Новый принцип лечения миомы матки. М. 2006. 48 с.
21. Тетелютина. Ф.К. Результаты эмболизации маточных артерий при лечении больных миомой матки. //Ф.К. Тетелютина, Е.А. Толстолуцкая, М.Е. Соловьева и др. //Медицинский альманах.- 2010.- № 3 (12) - С.89-91.