

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ФАКУЛЬТЕТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ**

ПРИНЯТО
на заседании ученого совета
ФГБОУ ВО РостГМУ
Минздрава России
Протокол № 6
«17» 06 2025г.

УТВЕРЖДЕНО
приказом ректора
«20» 06 2025г.
№ 341

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

**"Заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта у
беременных: вопросы диагностики и лечения"**

**по основной специальности: гастроэнтерология
по смежным специальностям: акушерство и гинекология, терапия**

Трудоемкость: 36часов

Форма освоения: очная;

Документ о квалификации: удостоверение о повышении квалификации

Ростов-на-Дону, 2025

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации «Заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта у беременных: вопросы диагностики и лечения» обсуждена и одобрена совместном заседании кафедр гастроэнтерологии и эндоскопии и акушерство и гинекологии №3 факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России.

Заведующий кафедрой д.м.н., профессор Яковлев А.А.

З
а
в
Е
д
у
ю
щ
и
й
к
а
ф
е
д
р
о
й
д
.
м
.
н
д
о
ц
е
н
т

Программа рекомендована к утверждению рецензентами:

1. Ткачев Александр Васильевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
2. Хворостухина Наталия Федоровна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета Саратовского государственного медицинского университета им. В. И. Разумовского.

Лебедеко Е.Ю.

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации «Заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта у беременных: вопросы диагностики и лечения» (далее - Программа) разработана рабочей группой сотрудников кафедр гастроэнтерологии и эндоскопии и акушерство и гинекологии №3 факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, заведующий кафедрой Яковлев А.А., заведующая кафедрой Лебеденко Е.Ю.

Состав рабочей группы:

№№	Фамилия, имя, отчество	Учёная степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1	2	3	4	5
1.	Яковлев Алексей Александрович	д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой гастроэнтерологии и эндоскопии	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
2.	Лебеденко Елизавета Юрьевна	д.м.н., доцент	Заведующая кафедрой акушерство и гинекологии №3	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
3.	Бутова Елена Николаевна	к.м.н.,	Доцент кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Глоссарий

ДПО - дополнительное профессиональное образование;
ФГОС - Федеральный государственный образовательный стандарт
ПС - профессиональный стандарт
ОТФ - обобщенная трудовая функция
ТФ - трудовая функция
ПК - профессиональная компетенция
ЛЗ - лекционные занятия
СЗ - семинарские занятия;
ПЗ - практические занятия;
СР - самостоятельная работа;
ДОТ - дистанционные образовательные технологии;
ЭО - электронное обучение;
ПА - промежуточная аттестация;
ИА - итоговая аттестация;
УП - учебный план;
АС ДПО - автоматизированная система дополнительного профессионального образования.

КОМПОНЕНТЫ ПРОГРАММЫ.

1. Общая характеристика Программы.

- 1.1. Нормативно-правовая основа разработки программы.
- 1.2. Категории обучающихся.
- 1.3. Цель реализации программы.
- 1.4. Планируемые результаты обучения.

2. Содержание Программы.

- 2.1. Учебный план.
- 2.2. Календарный учебный график.
- 2.3. Рабочие программы модулей.
- 2.4. Оценка качества освоения программы.
 - 2.4.1. Формы промежуточной (при наличии) и итоговой аттестации.
 - 2.4.2. Шкала и порядок оценки степени освоения обучающимися учебного материала Программы.
- 2.5. Оценочные материалы.

3. Организационно-педагогические условия Программы.

- 3.1. Материально-технические условия.
- 3.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение.
- 3.3. Кадровые условия.

1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОГРАММЫ.

1.1. Нормативно-правовая основа разработки Программы.

- Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», статья 76.
- Приказ Минобрнауки России от 1 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам».
- Профессиональный стандарт «Врач-гастроэнтеролог» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 11 марта 2019г. N 139н., регистрационный номер 1248).
- Профессиональный стандарт «Врач-акушер-гинеколог» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 19 апреля 2021г. N 262н., регистрационный номер 1435).
- Профессиональный стандарт «Врач-терапевт участковый» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 21 марта 2017г. N 293н., регистрационный номер 1006).
- ФГОС ВО по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология утверждённый приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 13 марта 2025г. № 298.
- ФГОС ВО по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология утверждённый приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014г. № 1043
- ФГОС ВО по специальности 31.08.49 Терапия утверждённый приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014г. № 1092
- Лицензия Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки на осуществление образовательной деятельности ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России от 22 июня 2017 г. № 2604.

1.2. Категории обучающихся.

Основная специальность – гастроэнтерология

Смежные специальности – акушерство и гинекология, терапия

1.3. Цель реализации программы

Совершенствование имеющихся профессиональных компетенций и повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации по специальностям «Гастроэнтерология», «Акушерство и гинекология», «Терапия», а именно качественное расширение области знаний, умений и профессиональных навыков, востребованных при диагностике и лечения, заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта в период беременности.

Вид профессиональной деятельности по специальностям «Гастроэнтерология»: профилактика, диагностика и лечение заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы; медицинская реабилитация пациентов
 Уровень квалификации: 8

Вид профессиональной деятельности по специальностям «Акушерство и гинекология»: Оказание медицинской помощи пациентам в период беременности, родов, в послеродовой период, после прерывания беременности, с акушерскими осложнениями, гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез
 Уровень квалификации: 8

Вид профессиональной деятельности по специальностям «Терапия»: сохранение и укрепление здоровья взрослого населения
 Уровень квалификации: 7

Связь программы с профессиональным стандартом представлена в таблице 1.

Таблица 1

Связь Программы с профессиональным стандартом

Профессиональный стандарт 1: Профессиональный стандарт «Врач -гастроэнтеролог» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 11 марта 2019г. N 139н., регистрационный номер 1248).		
ОТФ	Трудовые функции	
	Код ТФ	Наименование ТФ
<i>А: оказание медицинской помощи населению по профилю "гастроэнтерология"</i>	A/01.8	Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы
	A/02.8	Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности
– Профессиональный стандарт 2: Профессиональный стандарт «Врач - акушер-гинеколог» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 19 апреля 2021г. N 262н., регистрационный номер 1435).		
ОТФ	Трудовые функции	
	Код ТФ	Наименование ТФ

А: Оказание медицинской помощи населению по профилю «акушерство и гинекология» в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара	А/01.8	Проведение медицинского обследования пациентов в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара
	А/02.8	Назначение и проведение лечения пациентам в период беременности, в послеродовой период, после прерывания беременности, с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез, контроль его эффективности и безопасности
Профессиональный стандарт 3: Профессиональный стандарт «Врач -терапевт участковый» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 21 марта 2017г. N 293н., регистрационный номер 1006).		
ОТФ Оказание первичной медико-санитарной помощи взрослому населению в амбулаторных условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, в том числе на дому при вызове медицинского работника	Трудовые функции	
	А:	
	Код ТФ	Наименование ТФ
	А/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
	А/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности

1.4. Планируемые результаты обучения

Таблица 2

Планируемые результаты обучения

ПК	Описание компетенции	Код ТФ профстандарта
ПК-1 Диагностика заболеваний	готовность к: сбором жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни пациентов в период беременности (его законного представителя) с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта; анализ и интерпретация информации, полученной от пациента в период беременности (его законного представителя) с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного	А/01.8 А/01.8 А/02.7

<p>верх- них от- делов желу- дочно- кишеч- ного тракта в пе- риод бере- менно- сти</p>	<p>тракта; проведение осмотра пациентов в период беременности с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта; интерпретация и анализ результатов осмотра пациентов в период беременности с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта; оценка тяжести заболевания и (или) состояния пациентов в период беременности с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта; формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований пациентов в период беременности с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта; направление пациентов в период беременности с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта на лабораторные и инструментальные исследования при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; направление пациентов в период беременности с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; проведение дифференциальной диагностики заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта, акушерских осложнений, гинекологических заболеваний у пациентов в период беременности; установка диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ); направление пациентов в период беременности с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара; определение медицинских показаний для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам в период беременности, с заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта</p>	
	<p>должен знать: порядок оказания медицинской помощи по профилю «гастроэнтерология», «акушерство и гинекология»; стандарты медицинской помощи по профилю «гастроэнтерология», «акушерство и гинекология»; клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи;</p>	

	<p>анатомо-физиологические особенности в период беременности;</p> <p>методика сбора жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациентов в период беременности, заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта;</p> <p>методика осмотра и физикального обследования пациентов в период беременности с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта;</p> <p>медицинские показания к проведению лабораторных и инструментальных исследований в период беременности с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта;</p> <p>методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта в период беременности;</p> <p>клиническая картина заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта в период беременности;</p> <p>особенности клинической картины, течения и осложнения заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта в период беременности;</p> <p>медицинские показания для направления пациентов в период беременности с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта к врачам-специалистам;</p> <p>медицинские показания для оказания помощи в неотложной форме у пациентов в период беременности, с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта;</p> <p>МКБ;</p> <p>симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, которые могут возникнуть в результате инструментальных обследований у пациентов в период беременности, с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта.</p>	
	<p>должен уметь:</p> <p>осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациентов в период беременности, (ее законного представителя) с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта;</p> <p>анализировать и интерпретировать информацию, полученную от пациентов в период беременности (его законного представителя) с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта;</p> <p>производить осмотр пациентов в период беременности с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта;</p> <p>анализировать и интерпретировать результаты физикального обследования пациентов в период беременности (пальпация, перкуссия, аускультация) с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта;</p> <p>формулировать предварительный диагноз и составлять план проведения лабораторных и инструментальных исследований, с определением очередности, объема, содер-</p>	

жание диагностических мероприятий для пациентов в период беременности, с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта;
обосновывать необходимость и объем лабораторных и инструментальных исследований пациенток в период беременности, с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта;
интерпретировать результаты инструментального обследования пациентов в период беременности с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта;
обосновывать необходимость направления пациентов в период беременности с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта к врачам-специалистам;
оценивать тяжесть заболевания и (или) состояния пищеварительной системы пациентов в период беременности;
устанавливать диагноз с учетом МКБ пациентам в период беременности с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта;
производить дифференциальную диагностику заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы, акушерских осложнений, гинекологических заболеваний, заболеваний молочных желез используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений), с учетом МКБ;
определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
определять медицинские показания для направления в целях оказания медицинской помощи в стационарные условия или условия дневного стационара

должен владеть:

сбором жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни пациентов в период беременности (его законного представителя) с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта;
анализ и интерпретация информации, полученной от пациента в период беременности (его законного представителя) с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта;
проведение осмотра пациентов в период беременности с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта;
интерпретация и анализ результатов осмотра пациентов в период беременности с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта;
оценка тяжести заболевания и (или) состояния пациентов в период беременности с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта;
формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований пациентов в период беременности с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта;

	<p>направление пациентов в период беременности с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта на лабораторные и инструментальные исследования при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>направление пациентов в период беременности с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>проведение дифференциальной диагностики заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта, акушерских осложнений, гинекологических заболеваний у пациентов в период беременности;</p> <p>установка диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ);</p> <p>направление пациентов в период беременности с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара;</p> <p>определение медицинских показаний для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам в период беременности, с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта</p>	
<p>ПК-2 Лечение заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта в период беременности</p>	<p>готовность к:</p> <p>разработкой плана лечения пациентов в период беременности, с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития;</p> <p>назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий пациентам в период беременности, с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания пациентам в период беременности, с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам в период беременности, с заболеваниями верхних</p>	<p>A/02.8 A/02.8 A/03.7</p>

	<p>отделов желудочно-кишечного тракта; оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациентов в период беременности, с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта; оценка эффективности и безопасности применения немедикаментозной терапии, лечебного питания у пациентов в период беременности, с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта; направление пациентов в период беременности, с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта для оказания медицинской помощи в стационарные условия или в условия дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	
	<p>должен знать: правила назначения лекарственных препаратов, медицинские показания к применению медицинских изделий пациентам в период беременности, с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии; медицинские показания и медицинские противопоказания к их назначению; побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, вызванные их применением; методы организации персонализированного лечения пациентам в период беременности, с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта; методы немедикаментозной терапии, лечебное питание пациентам в период беременности, с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; неотложные состояния, у пациентов в период беременности, с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта</p>	
	<p>должен уметь: составлять и обосновывать план лечения пациентам в период беременности, с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии</p>	

	<p>с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>назначать лекарственные препараты, медицинские изделия пациентам в период беременности, с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>назначать немедикаментозное лечение и лечебное питание пациентам в период беременности, с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>оказывать медицинскую помощь пациентам в период беременности, с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>анализировать фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов у пациентов в период беременности, с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта;</p> <p>оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациентов в период беременности, с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта;</p> <p>оценивать эффективность и безопасность применения немедикаментозной терапии, лечебного питания у пациентов в период беременности, с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта; направлять пациентов в период беременности, с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта для оказания медицинской помощи в стационарные условия или в условия дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	
	<p>должен владеть: ...</p> <p>разработкой плана лечения пациентов в период беременности, с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития;</p>	

	<p>назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий пациентам в период беременности, с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания пациентам в период беременности, с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам в период беременности, с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта;</p> <p>оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациентов в период беременности, с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта;</p> <p>оценка эффективности и безопасности применения немедикаментозной терапии, лечебного питания у пациентов в период беременности, с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта;</p> <p>направление пациентов в период беременности, с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта для оказания медицинской помощи в стационарные условия или в условия дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	
--	--	--

1.5 Форма обучения

График обучения	Акад. часов в день	Дней в неделю	Общая продолжительность программы, месяцев (дней, недель)
Очная	6	6	1 неделя, 6 дней

2. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ.

2.1 Учебный план.

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации

"Заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта у беременных: вопросы диагностики и лечения"

в объёме 36 часов

№№	Наименование модулей	Всего часов	Часы без ДОТ и ЭО	В том числе				Часы с ДОТ и ЭО	В том числе				Стажировка)	Обучающий симуляционный курс	Совершенствуемые ПК	Форма контроля
				ЛЗ	ПЗ	СЗ	СР		ЛЗ	СЗ	ПЗ	СР				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Модуль 1 Заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта у беременных: вопросы диагностики и лечения																
1.1	Заболевания пищевода в период беременности	8	4		2	2		4	2		2				ПК-1 ПК-2	ТК
1.2	Заболевания желудка и 12 перстной кишки в период беременности	14	8		4	4		6	4		2				ПК-1 ПК-2	ТК
1.3	Физиология и патология гестационного процесса	12						12	12						ПК-1 ПК-2	ТК
	Всего часов (специальные дисциплины)	34	12		6	6		22	18		4					
	Итоговая аттестация	2														зачет
	Всего часов по программе	36	12		6	6		22	18		4					

2.2. Календарный учебный график.

Учебные занятия проводятся в течение 1 недели: шесть дней в неделю по 6 академических часа в день.

2.3. Рабочие программы учебных модулей.

МОДУЛЬ 1 "Заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта у беременных: вопросы диагностики и лечения"

Код	Наименование тем, элементов и т. д.
1.1	Заболевания пищевода в период беременности
1.1.1	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь в период беременности
1.1.1.1	Общие вопросы и классификация
1.1.1.2	Этиология и патогенез
1.1.1.3	Клиника, клинические «маски» заболевания
1.1.1.4	Осложнения
1.1.1.5	Диагноз, дифференциальный диагноз
1.1.1.6	Лечение
1.1.2	Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы в период беременности
1.1.2.1	Классификация
1.1.2.2	Механизмы развития ГПОД: аксиальных, параэзофагеальных, короткого пищевода
1.1.2.3	Клиника, осложнения
1.1.2.4	Диагностика
1.1.2.5	Лечение, показания к оперативному лечению
1.1.3	Эзофагиты в период беременности
1.1.3.1	Общие вопросы и классификация
1.1.3.2	Этиология, патогенез
1.1.3.3	Клинико-морфологические формы: катаральный, эрозивный, геморрагический, фибринозный, мембранозный, некротический, септический и другие эзофагиты
1.1.3.4	Осложнения
1.1.3.5	Диагноз, дифференциальный диагноз
1.1.3.6	Лечение: диетотерапия, лекарственная терапия. Показания к хирургическому лечению
1.1.4	Дивертикулы пищевода в период беременности
1.1.4.1	Распространение, классификация
1.1.4.2	Этиология, патогенез
1.1.4.3	Особенности клиники в зависимости от локализации
1.1.4.4	Осложнения
1.1.4.5	Диагноз и дифференциальный диагноз
1.1.4.6	Лечение
1.1.5	Специфические поражения пищевода в период беременности
1.2	Заболевания желудка и 12 перстной кишки в период беременности
1.2.1	Функциональные расстройства желудка
1.2.1.1	Классификация, Римские критерии
1.2.1.2	Этиология и патогенез
1.2.1.3	Клиника
1.2.1.4	Диагноз и дифференциальный диагноз

1.2.1.5	Лечение
1.2.2	Хронические гастриты
1.2.2.1	Общие вопросы и классификация. Сиднейская система, Хьюстонская классификация
1.2.2.2	Этиология и патогенез, роль Нр
1.2.2.3	Клиника
1.2.2.4	Особые формы гастрита (гранулематозный, лимфоцитарный, инфекционный эозинофильный, геморрагический, гигантский гипертрофический)
1.2.2.5	Диагноз и дифференциальный диагноз
1.2.2.6	Лечение
1.2.3	Язвенная болезнь с локализацией процесса в желудке и двенадцатиперстной кишке
1.2.3.1	Общие вопросы и классификация
1.2.3.2	Этиология, патогенез, роль Нр
1.2.3.3	Клиника, особенности клинического течения при различной локализации язвы. Осложнения
1.2.3.4	Диагностика и дифференциальный диагноз
1.2.3.5	Лечение, показания к хирургическому лечению
1.2.4	Симптоматические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки
1.2.5	Болезни оперированного желудка (постгастрорезекционные расстройства)
1.2.5.1	Общие вопросы
1.2.5.2	Патогенез
1.2.5.3	Клиника
1.2.5.4	Диагностика и дифференциальный диагноз
1.2.5.5	Лечение
1.2.6	Хронические дуодениты
1.2.6.1	Классификация
1.2.6.2	Этиология
1.2.6.3	Патогенез
1.2.6.4	Морфологическая картина
1.2.6.5	Клиника
1.2.6.6	Диагноз и дифференциальный диагноз
1.2.6.7	Лечение
1.2.7	Хроническое нарушение проходимости двенадцатиперстной кишки - дуоденостаз
1.3	Физиология и патология гестационного процесса
1.3.1	Микробиота в аспекте женского репродуктивного здоровья
1.3.1.1.	Нормальная микрофлора женского полового тракта
1.3.1.2.	Патологические выделения из половых путей женщины
1.3.1.3	Взаимосвязь кишечной и влагалищной микробиоты
1.3.2	Физиологические изменения пищеварительной системы при беременности
1.3.3.	«Маски» акушерских осложнений, дифференциальная диагностика с заболеваниями ЖКТ
1.3.3.1	Рвота беременных
1.3.3.2.	Острая жировая дистрофия печени у беременных
1.3.3.3	Внутрипеченочный холестаз при беременности
1.3.3.4.	Преэклампсия

2.4. Оценка качества освоения программы.

2.4.1. Форма и итоговой аттестации.

2.4.1.1. Контроль результатов обучения проводится:

- в виде итоговой аттестации (ИА).

Обучающийся допускается к ИА после освоения рабочих программ учебных модулей в объёме, предусмотренном учебным планом (УП). Форма итоговой аттестации – зачет, который проводится посредством: тестового контроля в АС ДПО, заданий открытого типа на дополнение и решения одной ситуационной задачи (в АС ДПО или письменно)

2.4.1.2. Лицам, успешно освоившим Программу и прошедшим ИА, выдаётся удостоверение о повышении квалификации установленного образца

2.4.2. Шкала и порядок оценки степени освоения обучающимися учебного материала Программы.

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	Удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	Удовлетворительные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.	Низкая способность анализировать ситуацию	Недостаточные навыки решения ситуации	Отсутствует

	Нет ответа. Не было попытки решить задачу			
--	---	--	--	--

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА НА ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ

Процент правильных ответов	Отметка
91-100	отлично
81-90	хорошо
71-80	удовлетворительно
Менее 71	неудовлетворительно

2.5. Оценочные материалы.

Оценочные материалы представлены в виде вопросов на дополнение, тестов и ситуационных задач на электронном носителе, являющимся неотъемлемой частью Программы.

3. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

3.1. Материально-технические условия.

3.1.1. Перечень помещений Университета и/или медицинской организации, предоставленных структурному подразделению для образовательной деятельности:

№№	Наименование ВУЗА, учреждения здравоохранения, клинической базы или др.), адрес	Этаж, кабинет
1	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России (кафедра гастроэнтерологии и эндоскопии), Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский 29 Литер Б-А	5 этаж эндоскопическое отделение, каб. № 511, каб. № 513, каб. № 514
2	ГБУ РО ОКБ №2, г. Ростов-на-Дону, ул.1-й Конной Армии 33 (Патологоанатомическое отделение)	3 этаж, конференц зал ПАО

3.1.2. Перечень используемого для реализации Программы медицинского оборудования и техники:

№№	Наименование медицинского оборудования, техники, аппаратуры, технических средств обучения и т.д.
1.	Помещение укомплектовано специализированной учебной мебелью: типовые наборы профессиональных моделей с результатами лабораторных и инструментальных методов исследования, мультимедийный презентационный комплекс, компьютерная техника, подключенная к сети «Интернет» с обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду университета.
2.	Мультимедийный презентационный комплекс
3.	Типовые наборы профессиональных моделей с результатами лабораторных и инструментальных методов исследования

3.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение.

3.2.1. Литература

№№	Автор, название, место издания, издательство, год издания учебной и учебно-методической литературы, кол стр..
	Основная литература
1.	Гастроэнтерология. Национальное рук-во: краткое издание / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 480 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача».
2.	Акушерство и гинекология № 2 (20),2018 [Электронный ресурс] / - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2018. - ISBN AG-2018-02.
	Дополнительная литература
1	Гастроэнтерология [Электронный ресурс]: руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. -816 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача».
2	Гастроэнтерология: справочник / под ред. А.Ю. Барановского. СПб.: Питер, 2011. – 506 с.
3	Практическая гастроэнтерология. Ф.И. Комаров, М.А. Осадчук, А.М. Осадчук. Москва. МИА. 2010. – 480 с.
4.	Схемы лечения. Акушерство и гинекология: для врачей, студентов, интернов и ординаторов медицинских вузов / под ред. В.Н. Серова. - 3-е изд., испр. и доп. - Москва: Литтерра, 2020. - 368 с. - (Схемы лечения)

3.2.2. Информационно-коммуникационные ресурсы.

№№	Наименование ресурса	Электронный адрес
1	Электронная библиотека РостГМУ.	http://109.195.230.156:9080/opac/
2	Консультант врача. Электронная медицинская библиотека: ЭБС. – Москва: ООО ГК «ГЭОТАР».	http://www.rosmedlib.ru
3	Консультант Плюс: справочная правовая система.	http://www.consultant.ru
4	Научная электронная библиотека eLIBRARY.	http://elibrary.ru
5	Национальная электронная библиотека.	http://нэб.пф/
6	Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России.	http://www.femb.ru/feml/ , http://feml.scsm.l.rssi.ru
7	КиберЛенинка : науч. электрон. биб-ка.	http://cyberleninka.ru/
8	Архив научных журналов / НЭИКОН.	https://archive.neicon.ru/xmlui/
9	ECO-Vector Journals Portal / Open Journal Systems.	https://journals.eco-vector.com/
10	Журналы открытого доступа на русском языке / платформа EIPub НЭИКОН.	https://elpub.ru/
11	Медицинский Вестник Юга России.	https://www.medicalherald.ru/jour или с сайта РостГМУ
12	Всемирная организация здравоохранения.	http://who.int/ru/
13	Evrika.ru информационно-образовательный портал для врачей.	https://www.evrika.ru/
14	Med-Edu.ru: медицинский видеопортал.	http://www.med-edu.ru/
15	Univadis.ru: международ. мед. портал.	http://www.univadis.ru/
16	DoctorSPB.ru: информ.-справ. портал о медицине.	http://doctorspb.ru/
17	Современные проблемы науки и образования: электрон. журнал.	http://www.science-education.ru/ru/issue/index

18	Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России.	http://cr.rosminzdrav.ru/
	Другие открытые ресурсы вы можете найти по адресу: http://rostgmu.ru →Библиотека→Электронный каталог→Открытые ресурсы интернет→далее по ключевому слову...	http://rostgmu.ru

3.2.3. Автоматизированная система (АС ДПО).

Обучающиеся, в течение всего периода обучения, обеспечиваются доступом к автоматизированной системе дополнительного профессионального образования (АС ДПО) sdo.rostgmu.ru.

Основными дистанционными образовательными технологиями Программы являются интернет-технологии с методикой синхронного и/или асинхронного дистанционного обучения. Методика синхронного дистанционного обучения предусматривает on-line общение, которое реализуется в виде вебинара, онлайн-чата, виртуальный класс. Асинхронное обучение представляет собой offline просмотр записей аудиолекций, мультимедийного и печатного материала. Каждый слушатель получает доступ к учебным материалам портала и к электронной информационно-образовательной среде.

АС ДПО обеспечивает:

- возможность входа обучающегося из любой точки, в которой имеется доступ к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;
- одновременный доступ не менее 25 процентов обучающихся по Программе;
- доступ к учебному содержанию Программы и электронным образовательным ресурсам в соответствии с формой обучения;
- фиксацию хода образовательного процесса, результатов итоговой аттестаций.

3.3. Кадровые условия.

Реализация Программы обеспечивается научно-педагогическими работниками кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии и кафедры акушерства и гинекологии №3 факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов.

Доля научно-педагогических работников, имеющих образование, соответствующее профилю преподаваемой дисциплины, модуля, имеющих сертификат специалиста по специальностям «Гастроэнтерология», «Акушерство и гинекология», в общем числе научно-педагогических работников, реализующих Программу, составляет 100%.

Доля научно-педагогических работников, имеющих ученую степень и/или ученое звание, в общем числе научно-педагогических работников, реализующих Программу, составляет 100%.

Доля работников из числа руководителей и работников организации, деятельность которых связана с направленностью реализуемой Программы (имеющих

стаж работы в данной профессиональной области не менее 3 лет), в общем числе работников, реализующих Программу, составляет 100%.

Профессорско-преподавательский состав программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество,	Ученая степень, ученое звание	Должность	Место работы (основное/совмещение)
	Яковлев Алексей Александрович	д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой гастроэнтерологии и эндоскопии	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
	Лебеденко Елизавета Юрьевна	д.м.н., доцент	Заведующая кафедрой акушерство и гинекологии №3	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
	Бутова Елена Николаевна	к.м.н.	Доцент кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
	Волков Александр Сергеевич	к.м.н.	Доцент кафедры гастроэнтерологии и эндоскопии	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
	Михельсон Артур Александрович	к.м.н. доцент	Доцент кафедры акушерства и гинекологии №3	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
6	Феоктистова Татьяна Евгеньевна	к.м.н. доцент	Доцент кафедры акушерства и гинекологии №3	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**1. Оформление тестов фонда тестовых заданий.**

к дополнительной профессиональной программе
повышения квалификации врачей «Заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта у беременных: вопросы диагностики и лечения» со сроком освоения 36 академических часов по специальности «гастроэнтерология», «акушерство и гинекология», «терапия»

1	Кафедра	гастроэнтерологии и эндоскопии
2	Факультет	повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов
3	Адрес (база)	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
4	Зав. кафедрой	Яковлев А.А.
5	Ответственный составитель	Бутова Е.Н.
6	Е-mail	gastro@rostgmu.ru
7	Моб. телефон	+79185572934
8	Кабинет №	511
9	Учебная дисциплина	Гастроэнтерология
10	Учебный предмет	Гастроэнтерология
11	Учебный год составления	2025
12	Специальность	Гастроэнтерология, акушерство и гинекология, терапия
13	Форма обучения	Все
14	Модуль	Заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта у беременных: вопросы диагностики и лечения
15	Тема	1.1-1.3.3
16	Подтема	все
17	Количество вопросов	100
18	Тип вопроса	<i>multiple</i>
19	Источник	-

Список тестовых заданий

1	1	1			
1			При беременности скорость прохождения пищи по кишечнику уменьшается вследствие:		
	*		снижение тонуса гладкой мускулатуры внутренних органов		
			повышения тонуса гладкой мускулатуры внутренних органов		
			повышается всасываемость жидкости из толстой кишки.		
			гиподинамии		
1	1	2			
2			Патофизиология ГЭРБ при беременности		
	*		патофизиология ГЭРБ при беременности, многофакторная, с участием как механических, так и гормональных факторов		
			патофизиология ГЭРБ при беременности, многофакторная, с участием гормональных факторов		
			патофизиология ГЭРБ при беременности, многофакторная, с участием механических факторов		
			патофизиология ГЭРБ при беременности, многофакторная		
1	1	3			
3			Одним из ведущих механизмов развития ГЭРБ при беременности является		
	*		снижение давления в нижнем пищеводном сфинктере		
			гиперчувствительный пищевод		
			нарушение клиренса пищевода		
			нарушение моторики желудка		

1	1	4			
4			Давление нижнего пищеводного сфинктера снижается в течение беременности, достигая минимальных значений на		
			на 26 неделе беременности		
			на 30 неделе беременности		
	*		на 36 неделе беременности		
			на 12 неделе беременности		
1	1	5			
5			Повышенный уровень прогестерона в кровообращении во время беременности способствует		
	*		способствует расслаблению гладкой мускулатуры нижнего пищеводного сфинктера.		
			способствует спазму гладкой мускулатуры нижнего пищеводного сфинктера.		
			Не влияет на тонус нижнего пищеводного сфинктера.		
			Повышает чувствительность слизистой пищевода		
1	1	6			
6			Частота возникновения симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) (изжоги, срыгивания, ощущения кислого вкуса во рту) составляет в первом триместре		
	*		26,1%,		
			36,1%,		
			52,1%.		
			80,1%.		
1	1	7			
7			Частота возникновения симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) (изжоги, срыгивания, ощущения кислого вкуса во		

			рту) составляет во втором три- местре		
			26,1%,		
	*		36,1%,		
			52,1%.		
			80,1%.		
1	1	8			
8			Частота возникновения симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) (изжоги, срыгива- ния, ощущения кислого вкуса во рту) составляет в третьем три- местре		
			26,1%,		
			36,1%,		
	*		52,1%.		
			80,1%.		
1	1	9			
9			О чрезмерной рвоте беременной можно говорить в том случае, если		
	*		если рвота сопровождается поте- рей массы тела более 5%, обезво- живанием и электролитными нару- шениями.		
			нет потери массы тела		
			если рвота сопровождается поте- рей массы тела более 5%,		
			если рвота сопровождается обез- воживанием и электролитными нарушениями.		
1	1	10			
10			Проведение диагностической эндо- скопии верхнего отдела желу- дочно-кишечного тракта во время беременности для диагностики ГЭРБ рекомендуется		

	*		только в тех случаях, когда регистрируются тяжелые или рефрактерные к медикаментозной терапии симптомы или признаки витальных осложнений, связанных с ГЭР		
	*		кровотечение, стенозирование		
			можно на любом сроке		
			только в 1 триместре беременности		
			только во 2 триместре беременности		
1	1	11			
11			Критический тератогенный период во время беременности колеблется от ____ дня (в 28-дневном менструальном цикле) до ____		
	*		критический тератогенный период во время беременности колеблется от 31-го дня (в 28-дневном менструальном цикле) до 71-го дня от последнего менструального периода.		
			критический тератогенный период во время беременности колеблется от 1-го дня (в 28-дневном менструальном цикле) до 31-го дня от последнего менструального периода.		
			критический тератогенный период во время беременности колеблется от 71-го дня (в 28-дневном менструальном цикле) до 120-го дня от последнего менструального периода.		
			критический тератогенный период во время всей беременности		
			критический тератогенный период во время беременности колеблется от 56-го дня (в 28-дневном менструальном цикле) до 96-го дня от		

			последнего менструального периода.		
1	1	12			
12			К антиэмическим препаратам I группы, которые относятся к группе A (FDA, USA, 2007) либо вообще не рассматриваются как потенциально опасные для матери и плода относятся:		
	*		пиридоксин (витамин B6) 5% р-р - 0,25-0,5 мл 2-3 раза в сутки;		
	*		авиоплант (порошок корневища имбиря) - 250 мг 4 раза в сутки;		
	*		мятные таблетки - 2,5 мг 4 раза в сутки		
			ИПП		
			H2 блокаторы		
1	1	13			
13			К антиэмическим препаратам II группы, относящимся к группе B (FDA, USA, 2007), относятся		
			пиридоксин (витамин B6) 5% р-р - 0,25-0,5 мл 2-3 раза в сутки;		
			авиоплант (порошок корневища имбиря) - 250 мг 4 раза в сутки;		
			мятные таблетки - 2,5 мг 4 раза в сутки		
			ИПП		
	*		метоклопрамид (церукал) р-р - 2,0 мл (10 мг) в/м, в/в 2 - 3 раза в день, далее 1 табл. (10 мг) 3-4 раза в сутки за 30 мин до еды и перед сном, продолжительность лечения до 4 недель.		
1	1	14			
14			К антиэмическим препаратам III группы, относятся:		

	*		гиосцина бутилбромид (hyoscine butylbromide) (бускопан), назначаемый внутрь в таблетках по 10 мг 3-5 раза в сутки;		
			пиридоксин (витамин В6) 5% р-р - 0,25-0,5 мл 2-3 раза в сутки;		
			авиоплант (порошок корневища имбиря) - 250 мг 4 раза в сутки;		
			мятные таблетки - 2,5 мг 4 раза в сутки		
			дименгидринат (блокатор гистаминовых Н ₁ -рецепторов и М-холинорецепторов)		
1	1	15			
15			К препаратам, рекомендованным в случаях с рефрактерной чрезмерной тошнотой и рвотой беременных, относятся:		
	*		метилпреднизолон		
	*		апрепитант		
			омепразол		
			но-шпа		
			антациды		
1	1	16			
16			Беременные, получающие парентеральное питание, должны быть обследованы		
	*		2 раза в неделю с определением электролитов и кислотно-щелочного равновесия и 1 раз в неделю для исследования коагуляционного статуса, функциональных проб печени, креатинина, гликемии и трансаминаз.		
			1 раз в неделю для исследования коагуляционного статуса, функциональных проб печени, креатинина, гликемии и трансаминаз.		

			2 раза в неделю с определением функциональных проб печени, креатинина, гликемии и трансаминаз.		
			2 раза в неделю с определением коагуляционного статуса		
			2 раза в неделю с определением гликемии и трансаминаз.		
1	1	17			
17			К факторам, предрасполагающим к развитию ГЭРБ при беременности, относятся:		
	*		наличие изжоги в период, предшествующий беременности, многоплодная беременность, молодой возраст.		
			многоплодная беременность, молодой возраст.		
			молодой возраст.		
			наличие изжоги в период, предшествующий беременности		
			многоплодная беременность		
1	1	18			
18					
			Тошнота и рвота встречается у		
	*		у 80% беременных		
			у 100% беременных		
			у 50% беременных		
			у 30% беременных		
			у 10% беременных		
1	1	19			
19			Чрезмерная рвота беременных встречается у		
			у 0,3 - 3,6% беременных		
	*		у 1 - 10% беременных		
			у 25% беременных		
			у 50% беременных		
			У100 % беременных		

1	1	20			
20			Тошнота в I триместре беременности, обычно кратковременная и самокупирующаяся, встречается у		
	*		100 % женщин		
			10 % женщин		
			50 % женщин		
			20 % женщин		
			30 % женщин		
1	1	21			
21			Тяжелая / неукротимая тошнота и рвота беременных (hyperemesis gravidarum) - связанная с беременностью патология, возникающая в первом триместре, характеризующаяся тошнотой и рвотой тяжелой степени, приводящей к		
	*		к недостаточности питания, потере массы тела, дегидратации, электролитному дисбалансу, кетацидозу и часто – повышению активности трансаминаз.		
			дегидратации, электролитному дисбалансу, кетацидозу и часто – повышению активности трансаминаз.		
			к недостаточности питания, потере массы тела		
			повышению активности трансаминаз.		
			к кетацидозу		
1	1	22			
22			Модифицированная шкала PUQE учитывает 3 параметра:		
	*		тошнота		
	*		рвота		
	*		рвотные позывы		
			Сухость во рту		
			АД		

1	1	23			
23			Эндоскопическое исследование верхнего отдела желудочно-кишечного тракта можно проводить без вреда для матери или плода при тщательном контроле:		
	*		артериального давления		
	*		насыщения кислородом крови		
			уровня глюкозы		
			пульсв		
1	1	24			
24			Лечение ГЭРБ у беременных предполагает, прежде всего		
	*		проведение мероприятий по изменению образа жизни (life-style modification), ограничения переданя, отказа от физических упражнений, связанных с наклонами туловища и нагрузкой на мышцы брюшного пресса, исключения из пищевого рациона газированных напитков, кофе, жирной пищи, шоколада, профилактики возникновения запоров.		
			отказа от физических упражнений, связанных с наклонами туловища и нагрузкой на мышцы брюшного пресса, исключения из пищевого рациона газированных напитков, кофе, жирной пищи, шоколада, профилактики возникновения запоров.		
			проведение мероприятий по изменению образа жизни (life-style modification),		

			исключения из пищевого рациона газированных напитков, кофе, жирной пищи, шоколада, профилактики возникновения запоров.		
			профилактики возникновения запоров.		
1	1	25			
25			Для лечения ГЭРБ во время беременности обычно используются		
	*		антациды		
			ИПП		
			H2 блокаторы		
			прокинетики		
			препараты висмута		
1	1	26			
26			Беременным при среднетяжелом и упорном течении тошноты и рвоты в дополнение к общим мероприятиям могут быть назначены		
	*		противорвотные препараты, возможно использование психорелаксации, акупрессуры и гипноза. В тяжелых случаях возможно проведение энтерального (зондового) питания.		
			противорвотные препараты, возможно использование психорелаксации, акупрессуры и гипноза.		
			Психорелаксации		
			акупрессуры		
			Гипноз.		
1	1	27			
27			Беременным, в ранний период беременности, с чрезмерной тошнотой и рвотой продолжительностью ≥ 3 недель, рекомендовано назначение медикаментозного лечения, которое включает:		

	*		сбалансированные витаминно-минеральные комплексы, затем пиридоксин (витамин В ₆) и тиамин (витамин В ₁).		
			пиридоксин (витамин В ₆) и тиамин (витамин В ₁).		
			сбалансированные витаминно-минеральные комплексы		
			тиамин (витамин В ₁).		
1	1	28			
28			Противорвотные (антиэмиические) препараты назначаются		
	*		строго в указанной последовательности, при неэффективности предыдущих групп препаратов: антиэмиические препараты I группы, далее препараты II группы, которые могут использоваться со II триместра беременности, далее, при неэффективности препаратов II группы, назначаются антиэмиические препараты III группы, относящиеся к группе C (FDA, USA, 2007), разрешенные к применению у беременных по строгим показаниям.		
			препараты II группы		
			препараты III группы, относящиеся к группе C (FDA, USA, 2007), разрешенные к применению у беременных по строгим показаниям.		
			препараты II группы, которые могут использоваться со II триместра беременности, далее, при неэффективности препаратов II группы, назначаются антиэмиические препараты III группы, относящиеся к группе C (FDA, USA, 2007), разрешенные к применению у беременных по строгим показаниям.		

1	1	29			
29			Конкретная длительность лечения ГЭРБ у беременных на каждой ступени зависит		
			зависит от индивидуальных особенностей, составляя в среднем от 8 до 12 недель.		
			зависит от индивидуальных особенностей, составляя в среднем от 1 до 2 недель.		
			составляя в среднем от 2 до 4 недель.		
			зависит от индивидуальных особенностей, составляя в среднем от 4 до 8 недель.		
	*		зависит от индивидуальных особенностей, составляя в среднем от 2 до 4 недель.		
1	1	30			
30			Соединения, содержащие трисиликат магния, при длительном применении, особенно в высоких дозах, могут привести к;		
	*		нефролитоазу, гипотонии, дыхательной недостаточности и сердечно-сосудистым нарушениям у плода.		
			нефролитоазу		
			дыхательной недостаточности и сердечно-сосудистым нарушениям у плода.		
			сердечно-сосудистым нарушениям у плода.		
			дыхательной недостаточности		

Задание открытого типа на дополнение ПК-1

1. В системе органов пищеварения при беременности происходит

_____, вследствие чего уменьшается скорость прохождения пищи по кишечнику, повышается всасываемость жидкости из толстой кишки.

Ответ: в системе органов пищеварения при беременности происходит снижение тонуса гладкой мускулатуры внутренних органов, вследствие чего уменьшается скорость прохождения пищи по кишечнику, повышается всасываемость жидкости из толстой кишки.

2. Основной причиной снижения тонуса гладкой мускулатуры внутренних органов при беременности является _____

Ответ: основной причиной снижения тонуса гладкой мускулатуры внутренних органов при беременности является повышение концентрации прогестерона на протяжении всей беременности.

3. Патофизиология ГЭРБ при беременности, многофакторная, с участием как _____, так и _____ факторов.

Ответ: патофизиология ГЭРБ при беременности, многофакторная, с участием как механических, так и гормональных факторов.

4. Одним из ведущих механизмов развития ГЭРБ при беременности является _____ в нижнем пищеводном сфинктере из-за прогрессирующего _____ циркулирующего эстрогена и прогестерона.

Ответ: одним из ведущих механизмов развития ГЭРБ при беременности является снижение давления в нижнем пищеводном сфинктере из-за прогрессирующего повышения циркулирующего эстрогена и прогестерона.

5. Многочисленные клинические исследования показали, что давление нижнего пищеводного сфинктера _____ в течение беременности, достигая _____ значений на _____ неделе беременности.

Ответ: многочисленные клинические исследования показали, что давление нижнего пищеводного сфинктера снижается в течение беременности, достигая минимальных значений на 36 неделе беременности

6. _____ уровень прогестерона в кровообращении во время беременности способствует _____ гладкой мускулатуры нижнего пищеводного сфинктера. _____ является необходимым праймером для этого действия.

Ответ: повышенный уровень прогестерона в кровообращении во время беременности способствует расслаблению гладкой мускулатуры нижнего пищеводного сфинктера. Эстроген является необходимым праймером для этого действия.

7. _____ моторики всего желудочно-кишечного тракта во время беременности, связанное с изменением _____ беременности, влияющего на функцию _____, может способствовать _____ опорожнение желудка и способствовать развитию ГЭРБ.

Ответ: замедление моторики всего желудочно-кишечного тракта во время беременности, связанное с изменением профиля гормонов беременности, влияющего на функцию кишечных нервов и мышц, может способствовать удлинению времени опорожнение желудка и способствовать развитию ГЭРБ.

8. Развитие _____ беременности _____ сопровождается _____, что, в свою очередь, определяет увеличение потребления пищи и повышение функциональной активности пищеварительной системы.

Ответ: развитие беременности сопровождается повышением расхода энергии и пластических материалов, что, в свою очередь, определяет увеличение потребления пищи и повышение функциональной активности пищеварительной системы

9. Патология желудочно-кишечного тракта является одной из самых распространенных среди женщин различных возрастов, включая репродуктивный. Отдельные симптомы диспепсии: нарушение аппетита, чувство вздутия, тошноту, отрыжку, изжогу и рвоту, встречаются с частотой - ____% - ____%.

Ответ: патология желудочно-кишечного тракта является одной из самых распространенных среди женщин различных возрастов, включая репродуктивный. Отдельные симптомы диспепсии: нарушение аппетита, чувство вздутия, тошноту, отрыжку, изжогу и рвоту, встречаются с частотой - 46,8% - 50%.

10. Тошнота и рвота беременных, которые характерны для раннего периода гестации, отмечаются у ___% – ___% будущих матерей, изжогой страдают ___ – ___% беременных.

Ответ: Тошнота и рвота беременных, которые характерны для раннего периода гестации, отмечаются у 50 – 90% будущих матерей, изжогой страдают 30 – 80% беременных.

11. Отмечающиеся у многих беременных в норме субъективные и объективные желудочно-кишечные расстройства (тошнота, гиперсаливация, вкусовые извращения, запор и др.) связаны с изменением _____ функций и обычно не препятствуют обеспечению адекватного потребностям поступления пищи.

Ответ: отмечающиеся у многих беременных в норме субъективные и объективные желудочно-кишечные расстройства (тошнота, гиперсаливация, вкусовые извращения, запор и др.) связаны с изменением секреторных и пищеварительно-двигательных функций и обычно не препятствуют обеспечению адекватного потребностям поступления пищи.

12. Снижение моторно-эвакуаторной функции желудка у беременных объясняется _____ всего пищеварительного канала и изменением _____, который смещается дном матки вверх.

Ответ: снижение моторно-эвакуаторной функции желудка у беременных объясняется понижением тонуса мускулатуры всего пищеварительного канала и изменением положения желудка, который смещается дном матки вверх.

13. Характерные клинические симптомы: сочетание боли в эпигастрии, изжоги на ранних сроках гестации, тошноты и рвоты с повышенным аппетитом, наиболее часто встречаются у беременных с _____ желудка.

Ответ: характерные клинические симптомы: сочетание боли в эпигастрии, изжоги на ранних сроках гестации, тошноты и рвоты с повышенным аппетитом, наиболее часто встречаются у беременных с хроническими воспалительными заболеваниями желудка.

14. Боли в эпигастрии слабой и умеренной интенсивности в комбинации с изжогой часто регистрируются у беременных с _____ и _____.

Ответ: боли в эпигастрии слабой и умеренной интенсивности в комбинации с изжогой часто регистрируются у беременных с патологической прибавкой массы тела и ожирением.

15. Увеличивают вероятность патологического обратного заброса содержимого желудка в пищевод _____ факторы, приводящие к _____ и _____ угла гастроинтестинального соединения _____.

Ответ: увеличивают вероятность патологического обратного заброса содержимого желудка в пищевод механические факторы, приводящие к повышению внутрижелудочного давления и смещению угла гастроинтестинального соединения кпереди.

16. При беременности желудок из _____ позиции переходит в _____ положение, смещается _____. При этом снижается его тонус, затрудняется продвижение его содержимого в 12-перстную кишку.

Ответ: при беременности желудок из горизонтальной позиции переходит в вертикальное положение, смещается кверху и кзади. При этом снижается его тонус, затрудняется продвижение его содержимого в 12-перстную кишку.

17. Изжога регистрируется у _____% беременных и даже расценивается некоторыми авторами как «нормальное следствие» (normal consequence) беременности.

Ответ: изжога регистрируется у 30-83% беременных и даже расценивается некоторыми авторами как «нормальное следствие» (normal consequence) беременности

18. Частота возникновения симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) (изжоги, срыгивания, ощущения кислого вкуса во рту) зависит от триместра беременности и составляет в первом триместре _____%, во втором триместре - _____%, в третьем триместре - _____%

Ответ: частота возникновения симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) (изжоги, срыгивания, ощущения кислого вкуса во рту) зависит от триместра беременности и составляет в первом триместре 26,1%, во втором триместре - 36,1%, в третьем триместре - 52,1%.

19. За симптомом изжоги у беременных могут скрываться не только гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, но и такие заболевания, как _____ (functional heartburn) и _____ к рефлюксу (reflux hypersensitivity), которые не входят в понятие ГЭРБ, а включаются в группу _____ пищевода.

Ответ: за симптомом изжоги у беременных могут скрываться не только гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, но и такие заболевания, как функциональная изжога (functional heartburn) и гиперчувствительность пищевода к рефлюксу (reflux hypersensitivity), которые не входят в понятие ГЭРБ, а включаются в группу функциональных расстройств пищевода.

20. Основным патогенетическим фактором, способствующим увеличению эпизодов гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР), служит _____ в нижнем пищеводном сфинктере (НПС).

Ответ: основным патогенетическим фактором, способствующим увеличению эпизодов гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР), служит снижение давления в нижнем пищеводном сфинктере (НПС).

21. Базальное давление в нижнем пищеводном сфинктере (НПС) в первом триместре беременности _____, хотя он становится _____ чувствительным к физиологическим стимуляторам, повышающим это давление (например, пентагастрину). Во втором и третьем триместрах базальное давление в НПС _____ примерно на _____% от исходного уровня, а через 1-4 недели после родов _____ уровню, который был до беременности.

Ответ: базальное давление в нижнем пищеводном сфинктере (НПС) в первом триместре беременности не изменяется, хотя он становится менее чувствительным к физиологическим стимуляторам, повышающим это давление (например, пентагастрину). Во втором и третьем триместрах базальное давление в НПС снижается примерно на 33-50% от исходного уровня, а через 1-4 недели после родов возвращается к своему прежнему уровню, который был до беременности.

22.Дополнительным патогенетическим фактором, способствующим возникновению эпизодов патологического ГЭР, служит _____ внутрибрюшного давления, обусловленное _____.

Ответ: дополнительным патогенетическим фактором, способствующим возникновению эпизодов патологического ГЭР, служит повышение внутрибрюшного давления, обусловленное увеличением матки.

23.К факторам, предрасполагающим к развитию ГЭРБ при беременности, относятся: _____ в период, предшествующий беременности, _____ беременность, _____ возраст.

Ответ: к факторам, предрасполагающим к развитию ГЭРБ при беременности, относятся: наличие изжоги в период, предшествующий беременности, многоплодная беременность, молодой возраст.

24.Наличие симптомов ГЭРБ усиливает выраженность сопутствующего синдрома _____ беременных, а также снижает качество жизни беременных.

Ответ: Наличие симптомов ГЭРБ усиливает выраженность сопутствующего синдрома тошноты и рвоты беременных, а также снижает качество жизни беременных.

25.Причиной возникновения сухого кашля у беременных, при отсутствии патологических изменений _____ бронхов, является _____, нарушения качества голоса (в частности, уменьшение времени _____) у беременных (особенно в _____ триместре) коррелируют с высокой частотой гастроэзофагеального рефлюкса.

Ответ: причиной возникновения сухого кашля у беременных при отсутствии патологических изменений бронхов является патологический гастроэзофагеальный рефлюкс, нарушения качества голоса (в частности, уменьшение времени максимальной фонации) у беременных (особенно в третьем триместре) коррелируют с высокой частотой гастроэзофагеального рефлюкса.

26.Тошнота и рвота встречается у 80% беременных, чрезмерная рвота беременных встречается у ___ - ___% беременных.

Ответ: тошнота и рвота встречается у 80% беременных, чрезмерная рвота беременных встречается у 0,3 - 3,6% беременных.

27. Тошнота при беременности, обычно _____ и _____, встречается у _____ % женщин, чаще в _____ триместре.

Ответ: тошнота при беременности, обычно кратковременная и самокупирующаяся, встречается у 91 % женщин, чаще в I триместре

28. Тошнота при беременности обычно начинается на _____ - _____-й неделе беременности (редко с _____ -й), достигает пика на _____ - _____-й неделе и прекращается на _____ - _____-й неделе. У 1-10 % беременных симптомы сохраняются до _____ - _____-й недели беременности.

29. Ответ: тошнота при беременности обычно начинается на 9-10-й неделе беременности (редко с 6-й), достигает пика на 11-13-й неделе и прекращается на 12-14-й неделе. У 1-10 % беременных симптомы сохраняются до 20 - 22-й недели беременности.

30. Тошнота и рвота беременных чаще наблюдается при _____ опухолях и _____ беременности, сопровождающихся аномально высоким уровнем хорионического гонадотропина человека.

Ответ: тошнота и рвота беременных чаще наблюдается при трофобластических опухолях и многоплодной беременности, сопровождающихся аномально высоким уровнем хорионического гонадотропина человека.

31. О чрезмерной рвоте беременной можно говорить в том случае, если рвота сопровождается _____ более 5%, _____ и электролитными нарушениями.

Ответ: о чрезмерной рвоте беременной можно говорить в том случае, если рвота сопровождается потерей массы тела более 5%, обезвоживанием и электролитными нарушениями.

32. При развитии чрезмерной рвоты у 2/3 пациентов отмечается нарушение тестов щитовидной железы (в связи со структурным сходством между молекулами _____ и _____)

человека), что сопровождается биохимическим тиреотоксикозом и подъемом уровня свободного тироксина с или без подавления уровня тиреотропного гормона.

Ответ: при развитии чрезмерной рвоты у 2/3 пациентов отмечается нарушение тестов щитовидной железы (в связи со структурным сходством между молекулами тиреотропного гормона и хорионического гонадотропина человека), что сопровождается биохимическим тиреотоксикозом и подъемом уровня свободного тироксина с или без подавления уровня тиреотропного гормона.

33. Тяжелая / неукротимая тошнота и рвота беременных (hyperemesis gravidarum) - связанная с беременностью патология, возникающая в _____ триместре, характеризующаяся тошнотой и рвотой тяжелой степени, приводящей к _____, потере _____, дегидратации, _____ дисбалансу, кетацидозу и часто – повышению активности _____.

Ответ: тяжелая / неукротимая тошнота и рвота беременных (hyperemesis gravidarum) - связанная с беременностью патология, возникающая в первом триместре, характеризующаяся тошнотой и рвотой тяжелой степени, приводящей к недостаточности питания, потере массы тела, дегидратации, электролитному дисбалансу, кетацидозу и часто – повышению активности трансаминаз.

34. Оценка степени тяжести неукротимой тошноты и рвоты беременных проводится с помощью модифицированной шкалы _____.

Ответ: Оценка степени тяжести неукротимой тошноты и рвоты беременных проводится с помощью модифицированной шкалы PUQE.

35. Модифицированная шкала PUQE учитывает 3 параметра: _____, _____ и _____ позывы. Шкала может быть использована и для оценки состояния пациента в динамике при проведении лечения.

Ответ: модифицированная шкала PUQE учитывает 3 параметра: тошнота, рвота и рвотные позывы. Шкала может быть использована и для оценки состояния пациента в динамике при проведении лечения.

36. Проведение диагностической эндоскопии верхнего отдела желудочно-кишечного тракта во время беременности для диагностики ГЭРБ рекомендуется только в тех случаях, когда регистрируются

_____ СИМПТОМЫ ИЛИ
признаки _____, связанных с ГЭРБ, таких как
_____, _____ и другие.

Ответ: проведение диагностической эндоскопии верхнего отдела желудочно-кишечного тракта во время беременности для диагностики ГЭРБ рекомендуется только в тех случаях, когда регистрируются тяжелые или рефрактерные к медикаментозной терапии симптомы или признаки витальных осложнений, связанных с ГЭРБ, таких как кровотечение, стенозирование и другие.

37. Эндоскопическое исследование верхнего отдела желудочно-кишечного тракта можно проводить без вреда для матери или плода при тщательном контроле _____ и _____.

Ответ: Эндоскопическое исследование верхнего отдела желудочно-кишечного тракта можно проводить без вреда для матери или плода при тщательном контроле артериального давления и насыщения кислородом.

38. Выбор седативных препаратов для анестезии во время эндоскопии, например мидазолама и диазепама (категория ___) и пропофола (категория ___), должен быть обоснован, т.к. клинические исследования показывают, что эти лекарства безопасны после _____ при соблюдении соответствующего мониторинга.

Ответ: выбор седативных препаратов для анестезии во время эндоскопии, например мидазолама и диазепама (категория D) и пропофола (категория B), должен быть обоснован, т.к. клинические исследования показывают, что эти лекарства безопасны после первого триместра при соблюдении соответствующего мониторинга.

Задание открытого типа на дополнение ПК-2

1. Лечение тошноты у беременных зависит от выраженности симптомов. При легком (мягком) течении лечение должно включать _____: ободрение, прогулки на свежем воздухе, выявление и исключение провоцирующих факторов, изменение характера и режима питания, а также устранении _____ факторов, в том числе и _____ (беременная нуждается в освобождении от работы).

Ответ: лечение тошноты у беременных зависит от выраженности симптомов. При легком (мягком) течении лечение должно включать немедикаментозные

воздействия: ободрение, прогулки на свежем воздухе, выявление и исключение провоцирующих факторов, изменение характера и режима питания, а также устранении провоцирующих внешних факторов, в том числе и производственных (беременная нуждается в освобождении от работы).

2. Лечение ГЭРБ у беременных предполагает, прежде всего, проведение мероприятий по _____ (life-style modification), ограничение _____, отказа от _____, связанных с наклонами туловища и нагрузкой на _____, исключения из пищевого рациона _____, _____, _____ пищи, _____, профилактики возникновения _____.

Ответ: лечение ГЭРБ у беременных предполагает, прежде всего, проведение мероприятий по изменению образа жизни (life-style modification), ограничения переедания, отказа от физических упражнений, связанных с наклонами туловища и нагрузкой на мышцы брюшного пресса, исключения из пищевого рациона газированных напитков, кофе, жирной пищи, шоколада, профилактики возникновения запоров.

3. Мероприятия по изменению стиля жизни редко кардинально устраняют симптомы ГЭРБ, что определяет медикаментозную терапию. При возникновении вопроса о безопасности лечения, для выбора лекарственного препарата, используется принятая во всех странах классификация

_____, предложенная в 1985 году

_____(Food and Drug Administration, FDA).

Ответ: мероприятия по изменению стиля жизни редко кардинально устраняют симптомы ГЭРБ, что определяет медикаментозную терапию. При возникновении вопроса о безопасности лечения, для выбора лекарственного препарата, используется принятая во всех странах классификация лекарственных препаратов по степени риска их применения при беременности, предложенная в 1985 году Федеральным управлением США по контролю за качеством продуктов питания и лекарственных препаратов (Food and Drug Administration, FDA).

4. Критический тератогенный период во время беременности колеблется от _____ дня (в 28-дневном менструальном цикле) до _____ дня от последнего менструального периода.

Ответ: критический тератогенный период во время беременности колеблется от 31-го дня (в 28-дневном менструальном цикле) до 71-го дня от последнего менструального периода.

5. Критический тератогенный период во время беременности представляет собой важную _____ у развивающегося эмбриона. До этого периода воздействие потенциального тератогена обычно вызывает эффект «_____» (то есть плод либо не выживает, либо выживает без аномалий).

Ответ: критический тератогенный период во время беременности представляет собой важную фазу органогенеза у развивающегося эмбриона. До этого периода воздействие потенциального тератогена обычно вызывает эффект «все или ничего» (то есть плод либо не выживает, либо выживает без аномалий).

6. Прием любых фармакологических средств, которые не являются абсолютно необходимыми, должен быть _____ до окончания _____, так как риск вреда в это время наибольший.

Ответ: прием любых фармакологических средств, которые не являются абсолютно необходимыми, должен быть приостановлен до окончания периода потенциальной тератогенности, так как риск вреда в это время наибольший.

7. Для лечения ГЭРБ во время беременности обычно используются _____, что объясняется их безопасностью. _____ во время беременности используются _____% женщин для облегчения изжоги и других симптомов кислотного рефлюкса.

Ответ: для лечения ГЭРБ во время беременности обычно используются антациды, что объясняется их безопасностью. Антациды во время беременности используются 30-50% женщин для облегчения изжоги и других симптомов кислотного рефлюкса.

8. Из доступных антацидов следует избегать тех, которые содержат _____, так как они могут ускорить _____ и перегрузку жидкостью у матери и плода.

Ответ: из доступных антацидов следует избегать тех, которые содержат бикарбонат, так как они могут ускорить метаболический алкалоз и перегрузку жидкостью у матери и плода.

9. Соединения, содержащие _____, при длительном применении, особенно в _____, могут привести к нефролитиазу, гипотонии, дыхательной недостаточности и сердечно-сосудистым нарушениям у _____.

Ответ: соединения, содержащие трисиликат магния, при длительном применении, особенно в высоких дозах, могут привести к нефролитиазу, гипотонии, дыхательной недостаточности и сердечно-сосудистым нарушениям у плода.

10. Прием антацидных препаратов, содержащих _____, во время беременности должен проводиться _____, т.к. _____ проникает через плаценту и накапливается в тканях плода, вызывая различные нарушения развития скелета, включая внутриутробную гибель, пороки, замедленную оссификацию скелета, задержку роста и развития.

Ответ: прием антацидных препаратов, содержащих алюминий, во время беременности должен проводиться малыми дозами, т.к. алюминий проникает через плаценту и накапливается в тканях плода, вызывая различные нарушения развития скелета, включая внутриутробную гибель, пороки, замедленную оссификацию скелета, задержку роста и развития.

11. Антациды на основе кальция, назначаемые при симптомах диспепсии и ГЭРБ, имеют дополнительное преимущество за счет увеличения всасывания кальция, что связано с профилактикой _____.

Ответ: антациды на основе кальция, назначаемые при симптомах диспепсии и ГЭРБ, имеют дополнительное преимущество за счет увеличения всасывания кальция, что связано с профилактикой преэклампсии.

12. Беременным с симптомами ацидизма, желудочной диспепсии и признаками дефицита железа применение антацидов или других средств, снижающих кислотность желудочного сока, может сопровождаться нарушением _____, которое назначается для коррекции _____ синдрома.

Ответ: беременным с симптомами ацидизма, желудочной диспепсии и признаками дефицита железа применение антацидов или других средств, снижающих кислотность желудочного сока, может сопровождаться нарушением _____

всасывания железа, которое назначается для коррекции анемического синдрома.

13. Беременным для лечения и профилактики возникновения рвоты следует придерживаться следующих основных рекомендаций: частое, дробное питание, _____ приема углеводов и _____ жиров, использование _____ завтраков, напитков, обогащенных _____, соблюдение _____ после приема пищи.

Ответ: беременным для лечения и профилактики возникновения рвоты следует придерживаться следующих основных рекомендаций: частое, дробное питание, увеличение приема углеводов и ограничение жиров, использование высокобелковых завтраков, напитков, обогащенных углеводами, соблюдение отдыха после приема пищи.

14. Беременным при среднетяжелом и упорном течении тошноты и рвоты в дополнение к общим мероприятиям могут быть назначены _____, возможно использование психорелаксации, акупрессуры и гипноза. В тяжелых случаях возможно проведение _____ (_____) питания.

Ответ: беременным при среднетяжелом и упорном течении тошноты и рвоты в дополнение к общим мероприятиям могут быть назначены противорвотные препараты, возможно использование психорелаксации, акупрессуры и гипноза. В тяжелых случаях возможно проведение энтерального (зондового) питания.

15. Беременным, в ранний период беременности, с чрезмерной тошнотой и рвотой продолжительностью \geq ___ недель, рекомендовано назначение медикаментозного лечения, которое включает: сбалансированные _____ - _____ комплексы, затем _____ (витамин ___) и _____ (витамин ___).

Ответ: Беременным, в ранний период беременности, с чрезмерной тошнотой и рвотой продолжительностью \geq 3 недель, рекомендовано назначение медикаментозного лечения, которое включает: сбалансированные витамино-минеральные комплексы, затем пиридоксин (витамин B₆) и тиамин (витамин B₁).

16. Противорвотные (антиэмические) препараты назначаются строго в указанной последовательности, при неэффективности предыдущих групп препаратов: антиэмические препараты ___ группы, далее препараты ___

группы, которые могут использоваться со ___ триместра беременности, далее, при неэффективности препаратов ___ группы, назначаются антиэмические препараты ___ группы, относящиеся к группе С (FDA, USA, 2007), разрешенные к применению у беременных по _____ показаниям.

Ответ: противорвотные (антиэмические) препараты назначаются строго в указанной последовательности, при неэффективности предыдущих групп препаратов: антиэмические препараты I группы, далее препараты II группы, которые могут использоваться со II триместра беременности, далее, при неэффективности препаратов II группы, назначаются антиэмические препараты III группы, относящиеся к группе С (FDA, USA, 2007), разрешенные к применению у беременных по строгим показаниям.

17. К антиэмическим препаратам _____ группы, которые относятся к группе А (FDA, USA, 2007) либо вообще не рассматриваются как _____ опасные для матери и плода относятся: _____ (витамин _____) 5% р-р - ___ - ___ мл 2-3 раза в сутки; _____ (порошок корневища имбиря) - _____ мг 4 раза в сутки; мятные таблетки - _____ мг 4 раза в сутки. Возможно сочетание препаратов I группы между собой.

Ответ: к антиэмическим препаратам I группы, которые относятся к группе А (FDA, USA, 2007) либо вообще не рассматриваются как потенциально опасные для матери и плода относятся: пиридоксин (витамин В6) 5% р-р - 0,25-0,5 мл 2-3 раза в сутки; авиоплант (порошок корневища имбиря) - 250 мг 4 раза в сутки; мятные таблетки - 2,5 мг 4 раза в сутки. Возможно сочетание препаратов I группы между собой.

18. К антиэмическим препаратам ___ группы, относящимся к группе В (FDA, USA, 2007), относятся препараты _____ для животных, однако _____ для людей окончательно не установлена, т.к. они действуют системно, проникая _____. Эти препараты могут назначаться с _____ триместра беременности.

Ответ: к антиэмическим препаратам II группы, относящимся к группе В (FDA, USA, 2007), относятся препараты безопасные для животных, однако безопасность для людей окончательно не установлена, т.к. они действуют системно, проникая через плаценту. Эти препараты могут назначаться с II триместра беременности.

19. К антиэмическим препаратам ___ группы, относящимся к _____ относится – _____ (_____) р-р - 2,0 мл (___ мг) в/м, в/в ___ - ___ раза в день, далее 1 табл. (___ мг) 3-4 раза в сутки за 30 мин до еды и перед сном, продолжительность лечения до ___ недель.

Ответ: к антиэмическим препаратам II группы, относящимся к пропульсантам относится – метоклопрамид (церукал) р-р - 2,0 мл (10 мг) в/м, в/в 2 - 3 раза в день, далее 1 табл. (10 мг) 3-4 раза в сутки за 30 мин до еды и перед сном, продолжительность лечения до 4 недель.

20. К антиэмическим препаратам II группы, которые позиционируются как _____ средства, относятся: _____ (блокатор гистаминовых H_1 -рецепторов и М-холинорецепторов) ЦНС (авиомарин, драмина) назначается по - по 50 мг 4-6 раза в сутки (до _____ мг в сутки) и _____ (димедрол) 1% - 1,0 в/м, в/в 1,0-5,0 мл, затем табл. 0,05 г 3-4 раз в сутки до _____ мг в сутки.

Ответ: к антиэмическим препаратам II группы, которые позиционируются как антигистаминные средства, относятся: дименгидринат (блокатор гистаминовых H_1 -рецепторов и М-холинорецепторов) ЦНС (авиомарин, драмина) назначается по - по 50 мг 4-6 раза в сутки (до 400 мг в сутки) и дифенгидрамин (димедрол) 1% - 1,0 в/м, в/в 1,0-5,0 мл, затем табл. 0,05 г 3-4 раз в сутки до 300 мг в сутки.

21. Антиэмические препараты ___ группы, относящиеся к группе С (FDA, USA, 2007), разрешены к применению у беременных по _____ показаниям, так как препараты действуют _____, проникают через _____, имеются отдельные сведения об опасности для плода. Препараты могут использоваться только со _____ триместра беременности.

Ответ: антиэмические препараты III группы, относящиеся к группе С (FDA, USA, 2007), разрешены к применению у беременных по строгим показаниям, так как препараты действуют системно, проникают через плаценту, имеются отдельные сведения об опасности для плода. Препараты могут использоваться только со II триместра беременности.

22. К антиэмическим препаратам III группы, относятся: гиосцина бутилбромид (hyoscine butylbromide) (_____), назначаемый внутрь в таблетках по 10 мг 3-5 раза в сутки; прометазин (_____) р-р 2,5% - 2,0 (50 мг) в/м, в/в 2-3 раза в сутки, затем таблетки 25-12,5 мг 4-6 раза в сутки (до _____ мг в сутки); хлорпромазин (_____) р-р 2,5% - 1,0-2,0 (25-50 мг) в/м, в/в 2 - 3 раза в сутки (не более _____ раз), затем табл. 50 мг 3 раза в сутки (до _____ мг в сутки), _____ (зофран, осетрон, сетрон, эмесет) р-р 0,2% - 2,0 (4 мг) или 0,2% - 4,0 (8 мг) в/в медленно капельно на 100 мл физ. раствора 1 - 2 р/сут, затем табл. 4-8 мг 2 раза в сут (до _____ мг/сутки).

Ответ: к антиэмическим препаратам III группы, относятся: гиосцина бутилбромид (hyoscine butylbromide) (бускопан), назначаемый внутрь в таблетках по 10 мг 3-5 раза в сутки; прометазин (пипольфен) р-р 2,5% - 2,0 (50 мг) в/м, в/в 2-3 раза в сутки, затем таблетки 25-12,5 мг 4-6 раза в сутки (до 150 мг в сутки); хлорпромазин (аминазин) р-р 2,5% - 1,0-2,0 (25-50 мг) в/м, в/в 2 - 3 раза в сутки (не более 3 раз), затем табл. 50 мг 3 раза в сутки (до 150 мг в сутки), ондансетрон (домеган, зофетрон, зофран, изотрон, осетрон, сетрон, эмесет, эметрон) р-р 0,2% - 2,0 (4 мг) или 0,2% - 4,0 (8 мг) в/в медленно капельно на 100 мл физ. раствора 1 - 2 р/сут, затем табл. 4-8 мг 2 раза в сут (до 150 мг/сутки).

23. В рефрактерных случаях с чрезмерной тошнотой и рвотой беременных могут назначаться препараты других групп в минимально эффективной дозе с периодическими попытками к отмене препарата и / или переходу к использованию более безопасных препаратов из других групп.

Ответ: в рефрактерных случаях с чрезмерной тошнотой и рвотой беременных могут назначаться препараты других групп в минимально эффективной дозе с периодическими попытками к отмене препарата и / или переходу к использованию более безопасных препаратов из других групп.

24. К препаратам, рекомендованным в случаях с рефрактерной чрезмерной тошнотой и рвотой беременных, относятся: _____ (метипред, медрол), назначаемый в дозе _____ мг внутрь или в/в 3 раза в сутки (через _____ ч) в течение _____ дней с дальнейшим титрованием до наиболее низкой эффективной дозы. Препарат потенциально опасен, относится к группе _____ (FDA, USA, 2007); _____ (эменд, авомит, гранисетрон) - селективный высокоаффинный антагонист рецепторов _____ субстанции P, назначается внутрь в капсулах _____

мг 2 раза в сутки. Тератогенный эффект препарата не определен, лучше использовать в сочетании с _____.

Ответ: К препаратам, рекомендованным в случаях с рефрактерной чрезмерной тошнотой и рвотой беременных, относятся: метилпреднизолон (метипред, медрол), назначаемый в дозе 16 мг внутрь или в/в 3 раза в сутки (через 8 ч) в течение 3 дней с дальнейшим титрованием до наиболее низкой эффективной дозы. Препарат потенциально опасен, относится к группе C (FDA, USA, 2007); апрепитант (эменд, авомит, гранисетрон) - селективный высокоаффинный антагонист рецепторов нейрокинина-1 субстанции P, назначается внутрь в капсулах 80 мг 2 раза в сутки. Тератогенный эффект препарата не определен, лучше использовать в сочетании с _____.

25. При невозможности естественного питания в случаях рефрактерной чрезмерной тошноты и рвоты беременных восполнение потери жидкости, коррекция нарушений электролитного обмена и кислотно-щелочного равновесия, проводится с помощью _____ (_____) питания.

Ответ: При невозможности естественного питания в случаях рефрактерной чрезмерной тошноты и рвоты беременных восполнение потери жидкости, коррекция нарушений электролитного обмена и кислотно-щелочного равновесия, проводится с помощью зондового (назоэнтерального) питания.

26. При неэффективности или невозможности _____ (_____) питания назначается парентеральное питание через _____ катетер.

Ответ: при неэффективности или невозможности зондового (назоэнтерального) питания назначается парентеральное питание через центральный венозный катетер.

27. Беременные, получающие парентеральное питание, должны быть обследованы _____ в неделю с определением электролитов и кислотно-щелочного равновесия и _____ в неделю для исследования коагуляционного статуса, функциональных проб печени, креатинина, гликемии и трансаминаз.

Ответ: беременные, получающие парентеральное питание, должны быть обследованы 2 раза в неделю с определением электролитов и кислотно-щелочного равновесия и 1 раз в неделю для исследования коагуляционного статуса, функциональных проб печени, креатинина, гликемии и трансаминаз.

28. При парентеральном питании беременных необходимо включение растворов _____ кислот, минералов и витаминов. Количество фолиевой кислоты вводимой в сутки должно быть не менее _____ мг.

Ответ: при парентеральном питании беременных необходимо включение растворов эссенциальных жирных кислот, минералов и витаминов. Количество фолиевой кислоты вводимой в сутки должно быть не менее 400 мг/сутки.

29. Медикаментозное (консервативное) лечение ГЭРБ при беременности диктует использование _____ схемы _____ терапии (step up treatment).

Ответ: медикаментозное (консервативное) лечение ГЭРБ при беременности диктует использование восходящей схемы ступенчатой терапии (step up treatment).

30. Конкретная длительность лечения ГЭРБ у беременных на каждой ступени зависит от _____ особенностей, составляя в среднем от _____ до _____ недель.

Ответ: конкретная длительность лечения ГЭРБ у беременных на каждой ступени зависит от индивидуальных особенностей, составляя в среднем от 2 до 4 недель.

31. Исход ГЭРБ при беременности _____, но отмечается тенденция к рецидивированию в период _____. В этой связи, в послеродовом периоде для лечения эрозивного эзофагита рекомендуется проведение длительной антисекреторной терапии с использованием _____.

Ответ: исход ГЭРБ при беременности благоприятный, но отмечается тенденция к рецидивированию в период последующих беременностей. В этой связи, в послеродовом периоде для лечения эрозивного эзофагита рекомендуется проведение длительной антисекреторной терапии с использованием ингибиторов протонной помпы.

32. При неэффективности всех видов лечения и персистировании выраженных водно-электролитных расстройств показано _____.

Ответ: при неэффективности всех видов лечения и персистировании выраженных водно-электролитных расстройств показано прерывание беременности.

2. Оформление фонда ситуационных задач (для проведения экзамена в АС ДПО).

Задача 1

В женскую консультацию обратилась пациентка, 35 лет, повторнобеременная, срок беременности 35 недель 3 дня, отмечает жалобы на головную боль, тошноту, боли в эпигастральной области, мелькание мушек перед глазами.

При объективном осмотре: состояние удовлетворительное, температура 36,4, кожные покровы и слизистые обычной окраски. В легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД на левой руке- 145/90 мм рт ст., на правой 147,94 мм рт ст. Пульс 104 уд. в минуту.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище свободное, шейка матки кзади, длиной 2 см, плотная. Наружный зев пропускает 1 поперечный палец.

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
 - a. Беременность 35 недель Рвота беременных;
 - b. Беременность 35 недель Преэклампсия тяжелой степени; *
 - c. Беременность 35 недель Кишечная непроходимость;
 - d. Беременность 35 недель Пищевое отравление;
 - e. Беременность 35 недель Язвенная болезнь желудка
2. Какая тактика ведения беременной?

- a. Экстренная госпитализация в стационар; *
- b. Плановая госпитализация и родоразрешение;
- c. Госпитализация не требуется;
- e. Назначение диуретиков, Антацидов, УДХК

Задача 2

В женскую консультацию обратилась пациентка, 30 лет, первобеременная, срок беременности 9 недель 3 дня, отмечает жалобы на тошноту, рвота до 4–5 раз в день, апатия и снижение трудоспособности. При объективном осмотре: состояние удовлетворительное, температура 36,5С, кожные покровы чистые. В легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД на левой руке- 125\75мм рт ст., на правой 127\76мм рт ст. Пульс 68 уд. в минуту. Язык обложен белым налетом. Печень и селезенка не увеличены.

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

- a. Беременность 9 недель Рвота беременных; *
- b. Беременность 9 недель Острым аппендицит;
- c. Беременность 9 недель Кишечная непроходимость;
- d. Беременность 9 недель Пищевое отравление;
- e. Беременность 9 недель Язвенная болезнь желудка

2. С какими заболеваниями ЖКТ необходимо провести дифференциальную диагностику?

- a. Заболевания ЖКТ (острым аппендицитом; кишечной непроходимостью; пищевым отравлением; грыжей пищеводного отверстия диафрагмы; острым панкреатитом; язвенной болезнью желудка); *
- b. Заболевания ЖКТ (грыжей пищеводного отверстия диафрагмы; острым панкреатитом; язвенной болезнью желудка);

с. Заболевания ЖКТ (острым аппендицитом; кишечной непроходимостью; пищевым отравлением);

е. Заболевания ЖКТ (острым аппендицитом; острым панкреатитом; язвенной болезнью желудка)

3. Тактика ведения?

а. ОАК; ОАМ; анализ мочи на определение кетоновых тел; биохимический анализ крови (билирубин, остаточный азот, мочеви́на, электролиты - калий, натрий, хлориды, общий белок и белковые фракции, трансаминазы, глюкоза, креатинин), показатели кислотно-основного состояния крови; УЗИ органов брюшной полости; *

б. показатели кислотно-основного состояния крови; УЗИ органов брюшной полости;

с. ОАК; ОАМ; анализ мочи на определение кетоновых тел; биохимический анализ крови (билирубин, остаточный азот, мочеви́на, электролиты - калий, натрий, хлориды, общий белок и белковые фракции, трансаминазы, глюкоза, креатинин);

д. ОАК; ОАМ; анализ мочи на определение кетоновых тел; показатели кислотно-основного состояния крови; УЗИ органов брюшной полости;

Задача 3

Больная С., 32 лет, беременность 30-31 неделя, бихориальная, биамниотическая двойня госпитализирована отделение патологии беременных.

При расспросе отрицала наличие хронических заболеваний, но отмечала изжогу и метеоризм, возникающие после погрешности в диете до и во время беременности. Около 3-х дней назад после погрешности в диете (приняла в пищу соленую кильку с жареной картошкой) у женщины возникла рвота, сначала съеденной пищей, а позднее – кофейной гущей до 20 раз в день, в связи с чем была госпитализирована по месту жительства в отделение патологии бе-

ременных. При осмотре – состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД= 110 / 70 мм рт. ст. ЧСС=80 ударов в минуту Живот мягкий, умеренно болезнен при пальпации в проекции головки поджелудочной железы. Печень на 2,5 см выступает из под правой реберной дуги. Отеки нижних конечностей. Поджелудочная железа болезненна при исследовании.

Результаты обследования:

ЭГДС – рефлюкс–эзофагит 3 степени: острые эрозии средней и нижней трети пищевода. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Гастроэзофагеальный рефлюкс. Дуоденогастральный рефлюкс.

УЗИ – диффузные изменения поджелудочной железы, увеличение размеров и изменения структуры поджелудочной железы в виде неровных и нечетких контуры, расширение селезеночной вены до 13 мм в воротах селезенки. В клинических анализах определялось пониженное количество гемоглобина до 88 г/л, гематокрита до 25,3, гипербилирубинемия до 30,6 мкмоль/л, гипопротейнемия до 55,4 г/л.

ВОПРОСЫ

1. Какой диагноз у беременной?

а. Беременность 30–31 неделя. Бихориальная, биамниотическая двойня. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс–эзофагит 3 степени, острые эрозии средней и нижней трети пищевода. Хронический панкреатит, обострение. Холестатический гепатоз беременной. Анемия 2 степени сочетанного генеза; *

б. Беременность 30–31 неделя. Бихориальная, биамниотическая двойня. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс–эзофагит 3 степени, острые эрозии средней и нижней трети пищевода;

d. Беременность 30–31 неделя. Бихориальная, биамниотическая двойня. Хронический панкреатит, обострение. Холестатический гепатоз беременной. Анемия 2 степени сочетанного генеза;

e. Беременность 30–31 неделя. Бихориальная, биамниотическая двойня. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс–эзофагит 3 степени, острые эрозии средней и нижней трети пищевода. Анемия 2 степени сочетанного генеза

2. Какая тактика ведения беременной?

a. Дробное питание (бульоны, протертые супы, вязкие каши), щадящий режим, инфузии физиологических растворов, омепразол 20 мг + 200 мл физиологического раствора внутривенно, перед едой и после еды, креон 25000 Ед за 40 минут до еды 3 раза в сутки., мебеверин (дюспаталин, нияспам, спарекс) 0,2 по 1 капс 2 раза в сутки, жидкие препараты железа внутрь; *

b. Дробное питание (бульоны, протертые супы, вязкие каши), щадящий режим, мебеверин (дюспаталин, нияспам, спарекс) 0,2 по 1 капс 2 раза в сутки, жидкие препараты железа внутрь;

c. Дробное питание (бульоны, протертые супы, вязкие каши), щадящий режим, инфузии физиологических растворов, омепразол 20 мг + 200 мл физиологического раствора внутривенно;

d. Дробное питание (бульоны, протертые супы, вязкие каши), щадящий режим, инфузии физиологических растворов, омепразол 20 мг + 200 мл физиологического раствора внутривенно, перед едой и после еды, креон 25000 Ед за 40 минут до еды 3 раза в сутки;

e. Дробное питание (бульоны, протертые супы, вязкие каши), щадящий режим креон 25000 Ед за 40 минут до еды 3 раза в сутки, жидкие препараты железа внутрь