Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Саидов Заурбек Асланбекович
Должность: Ректор
Дата подписания: 30.05.2024 17:40:47
Уникальный программный ключ:
2e8339f3ca5e6a5b4531845a12d1b0

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Чеченский государственный университет имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра «Госпитальная хирургия»

Методические указания

к практическим занятиям по дисциплине

«АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ»

Направление подготовки	Стоматология
Код направления подготовки	31.05.03
Квалификация выпускника	Врач-стоматолог
Форма обучения	Очная
Код дисциплины	ФТД.01

Грозный - 2024

Сайдарханвоа М.М. Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Анестезиология и реаниматология» [Текст]/ Сост. Х.Х – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А. Кадырова», 2024г.

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Анестезиология и реаниматология» рассмотрены на заседании кафедры «Госпитальная хирургия», рекомендованы к использованию в учебном процессе (протокол №1 от 04.09.2023г.) составлена в соответствии с требованиями ФГОС ВО по направлению подготовки 31.05.03 (Стоматология, квалификация – врач-стоматолог), утвержденного Приказом Министерства образования и науки РФ от 15 июня 2017 г. N 552, редакция с изменениями N 1456 от 26.11.2020 и дополнениями от 08.02.2021г., а также с учетом рабочего учебного плана по данному направлению подготовки, одобренного Ученым советом ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А. Кадырова»

© М.М. Сайдарханова, 2024г.
©ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет им. А.А. Кадырова», 2024г.

Занятие № 1

Тема: **Основы анестезиологии. Реанимация и ее задачи. Оснащение отделения реанимации. Режим работы ОРИТ. Организация лечебного процесса в реанимации.**

Цель занятия: иметь понятие об анестезиологии и реанимации как о самостоятельных дисциплинах, иметь представление о премедикации и об общем наркозе, изучить задачи персонала отделение и систему размещения больных.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:

1.Учение об анестезиологии. История развития, функции и роль.
2.Премедикация и ее значение. Задачи предоперационного осмотра анестезиолога
3.Общая анестезия. Классификация по способу введения и по количеству использованных препаратов. Компоненты анестезии.
4.Показания для проведения общей анестезии. Противопоказания для проведения проводниковой анестезии.
5.Организация отделения анестезиологии и реанимации. Основные задачи отделения и персонала.
6.Стандарт оснащения отделения реанимации и ИТ.

План проведения занятия:

1. Проверка подготовки к занятию - ответы на контрольные вопросы.
2. Разбор с демонстрацией медицинских документов.
3. Самостоятельная работа студентов.
4. Разбор курируемых больных.

Самостоятельная работа:

1. Собрать анамнез, провести объективное исследование и заполнить историю болезни.
2. Наметить общую схему обследования больных.

Контрольные вопросы:

1.Что изучает анестезиология, ее роль в современности
2.Что такое премедикация ? Значение премедикации.
3.Понятие об общей анестезии. Классификация, показания.
4.Проводниковая анестезия. Понятие, показания и противопоказания
5.Организция работы и оснащение отделения.

Литература:

1. Общая хирургия : учеб. в 2 т. / Г. П. Рычагов [и др.] ; под ред. Г. П. Рычагова, Г. П. Гарелика. Минск : Выш. шк., 2009. 988 с.

2. Павлов, О. Б. Местная анестезия : учеб.-метод. пособие / О. Б. Павлов. Минск : БГМУ, 2003. 54 с.

3. Павлов, О. Б. Общая анестезия : учеб.-метод. пособие / О. Б. Павлов. Минск : БГМУ, 2004. 56 с.

4. Прасмыцкий, О. Т. Основы анестезиологии и реаниматологии : учеб.-метод. пособие / О. Т. Прасмыцкий, О. Б. Павлов. Минск : БГМУ, 2002. 52 с.

5. Гельфанд, Б. Р. Анестезиология и интенсивная терапия / Б. Р. Гельфанд. М. : Литтерра, 2005. 542 с.

6. Цыганий, А. А. Карманный справочник анестезиолога / А. А. Цыганий. Киев, 2000. 388 с.
7. Михельсон, В. А. Детская анестезиология и реаниматология : учеб. / В. А. Михельсон. М. : Медицина, 1985. 464 с.

Занятие № 2
Тема: **Терминальные состояния.**

Цель занятия: уметь различать различные этапы терминального состояния, уметь провести реанимационные мероприятия.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:
1.Терминальное состояния. Этапы, признаки
2.Клиническая смерть. Признаки клинической смерти
3.Реанимационные мероприятия. Понятие, методика.
4.Расширенные реанимационные мероприятия. Коникотомия.
5.Постреанимацонный период.
6.Смерть мозга, критерии.

План проведения занятия:
1. Опрос по теме занятия.
2. Демонстрация больного с тематическим заболеванием.
3. Самостоятельная работа студентов:
- курация тематических больных под контролем преподавателя
- самостоятельное представление курируемого больного в группе, составление алгоритма диагноза и плана обследования
- оценка параклинических методов обследования курируемого больного, решение клинических задач по теме
4. Заключение преподавателя по разделу самостоятельной работы с разбором ошибок.

Самостоятельная работа:
1. Диагностировать этап терминального состояния по признакам.
2. Отточить навыки проведения реанимационных мероприятий.

Контрольные вопросы:
1.Чем отличаются разные этапы терминального состояния.
2.Причины клинической смерти. Отличие от биологической.
3.Техника и порядок проведения реанимационных мероприятий.
4.Техника и порядок проведения расширенных реанимационных мероприятий.
5.Последовательность действий при остановке кровообращения.
6.Понятие о постреанимацоинном периоде.

Литература:
1.Кузин М.И., Харнас С.Ш. Местное обезболивание. М.: Медицина, 1982 г.
2.Анреп В.К. Кокаин как средство местно-анестезирующее // Врач. – 1884. – Т. 5. - № 46. – С. 773-774.
3.Малрой М. Местная анестезия: Иллюстрированное практическое руководство / Пер. с англ. С.А. Панфилова; Под ред. С.И. Емельянова. – М.: БИНОМ, Лаборатория знаний, 2003. – 301 с

4.Юдин С.С . Избранные произведения. Вопросы обезболивания в хирургии. – М.: Медгиз, 1960. – 576 с.
5.Столяренко П.Ю., Кравченко В.В. Местная и общая анестезия в геронтостоматологии: Монография . – Самара; СамГМУ, Самарский науч. центр РАН "Международный центр по проблемам пожилых", 2000. – 196 с.
6.Гроер К., Кавалларо Д. Сердечно-легочная реанимация. — М.,1996.
7.Зильбер А.П. Медицина критических состояний. — Петрозаводск, 1995.
8.Интенсивная терапия. Реанимация. Первая помощь. Под ред. В.Д. Малышева. — М., 2000.
9.Неотложные состояния и экстренная медицинская помощь. Под ред. Е.И. Чазова. — М., 1989.
10.Рябов Г.А. Синдромы критических состояний. — М., 1994. — 368 с.
11.Эфферентная терапия. Под ред. А.Л. Костюченко. — СПб., 2003. — 425 с.

Занятие № 3
Тема: **Острая дыхательная недостаточность.**

Цель занятия: знать значение и механизм работы системы внешнего дыхания, значение легочных объемов.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:
1.Понятие о системе внешнего дыхания
2.Гипоксия. Виды гипоксии
3.Роль сурфактанта в дыхании
4.Дыхательные объемы.
5.Регуляция дыхания.
6.ИВЛ. Виды.
7.ОДН. Причины, классификация, клиника, патогенез, лечение.

План проведения занятия:
1. Опрос по теме занятия.
2. Демонстрация больного с тематическим заболеванием.
3. Самостоятельная работа студентов:
- курация тематических больных под контролем преподавателя
- самостоятельное представление курируемого больного в группе, составление алгоритма диагноза и плана обследования
- оценка параклинических методов обследования курируемого больного, решение клинических задач по теме
4. Заключение преподавателя по разделу самостоятельной работы с разбором ошибок.

Самостоятельная работа:
Студент должен владеть методами санации и поддержания проходимости дыхательных путей, введения воздуховодов, проведения искусственной вентиляции легких.

Контрольные вопросы:
1.Что представляет из себя система внешнего дыхания.
2.Определение понятия «гипоксия». Виды гипоксии.
3.Количественные значения дыхательных объемов. Их изменения.
4.Мертвое пространство, его объем

5.Механизм регуляции дыхания.
6.Спопсобы проведения ИВЛ. Экспираторные методы без применения инструментов. ИВЛ ручными респираторами. ИВЛ автоматическими респираторами.
7. Современные режимы ИВЛ.
8. Общие принципы наблюдения и ухода за больными во время ИВЛ
9.Осложенения при ИВЛ.
10.Острая дыхательная недостаточность. Причины, клиника, патогенез, способы лечения.
11.Особенности интенсивной терапии ОДН при некоторых заболеваниях.

Литература:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html
3. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под. ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427729.html
4. Кишкун А. А., Назначение и клиническая интерпретация результатов лабораторных исследований [Электронный ресурс] / А. А. Кишкун - М. : ГЭОТАРМедиа, 2016. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3873-2 - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438732.html
5. Огурцов П.П., Неотложная кардиология [Электронный ресурс] / под ред. П. П. Огурцова, В. Е. Дворникова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 272 с. - ISBN 978-5- 9704-3648-6 - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970436486.html

Занятие № 4
Тема: **Острая сердечно-сосудистая недостаточность.**

Цель занятия: знать принцип работы сердца и механизм проведения импульса по миокарду. Изучить патогенез и проявление сердечной недостаточности и отека легких, формы и лечение гипертонического криза.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:
1.Работа сердца, механизм сокращения.
2.Регуляция работы сердца. Нервная и гормональная
3.Сердечная недостаточность. Виды
4.Сосудистая недостаточность. Причины.
5.Отек легких. Классификация, причина, патогенез, лечение.
6.Гипертонический криз. Классификация, клиника, лечение, осложнения.
7.Особенности лечения различных форм ГП.

План проведения занятия:
1. Опрос по теме занятия.
2. Демонстрация больного с тематическим заболеванием.
3. Самостоятельная работа студентов:
- курация тематических больных под контролем преподавателя
- самостоятельное представление курируемого больного в группе, составление алгоритма диагноза и плана обследования

- оценка параклинических методов обследования курируемого больного, решение клинических задач по теме
4. Заключение преподавателя по разделу самостоятельной работы с разбором ошибок

Самостоятельная работа:
Студент должен самостоятельно провести опрос больного, объективное исследование, анализ лабораторных и инструментальных данных. Сформулировать предварительный диагноз в соответствии с современной классификацией. Обосновать необходимость назначения лекарственных препаратов. Уметь выписать рецепты курируемому больному.

Контрольные вопросы:
1.Механизм сердечного сокращения и регуляция работы сердца. Проведение импульса по миокарду.
2.Сердечно-сосудистая недостаточность. Классификация, клиника, причины.
3.Кардиогенный отек легких. Причина, механизм развития, клиника, лечение.
4.Некардиогенный отек легких. Причина, механизм развития, клиника, лечение.
5.Дифференциальная диагностика кардиогенного и некардиогенного отека легких. Различия в лечении.
6.Гипертонический криз. Классификация, причины, клиника, осложнения.
7.Лечение криза при нейровегетативной форме.
8.Лечение криза при водно-солевой форме.
9.Лечение криза при судорожной форме.
10.Осложненный гипертонический криз и осложнения ГП.

Литература:
1. Акимов, А. Г. Лечение хронической сердечной недостаточности. Современные российские и международные рекомендации / А.Г. Акимов, А.Г. Обрезан. - М.: ИнформМед, 2016. - 360 с.
2. Гераскина, Л. А.; Особенности Суточного Профиля Артериального Давления У Больных Гипертонической Энцефалопатией И Хронической Сердечной Недостаточностью: моногр. / Л.А.; Гераскина. - Москва: ИЛ, 2015. - 828 с.
3. Гераскина, Л. Ф. Гипертоническая Энцефалопатия, Ремоделирование Сердца И Хроническая Сердечная Недостаточность / Л.Ф. Гераскина, В.В. Машин, А.В. Фонякин. - Москва: Гостехиздат, 2014. - 827 с.
4. Кабаков, А. И. Компенсаторно-приспособительные изменения водно-солевого и газового обмена при хронической сердечной и легочной недостаточности и их влияние на лечение больных / А.И. Кабаков. - М.: Экон-Информ, 2016. - 364 с.
5. Кровоснабжение Головного Мозга При Гипертонической Энцефалопатии И Хронической Сердечной Недостаточности / Л.А. Гераскина и др. - Москва: СИНТЕГ, 2014. - 594 с.
6. Мак-Каллоу, Дж. Лечение хронической депрессии: моногр. / Дж. Мак-Каллоу. - М.: СПб: Речь, 2014. - 368 с.
7. Резник, Елена Почки как орган-мишень при хронической сердечной недостаточности / Елена Резник. - М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2015. - 188 с.

8. Самохвалова, Е. В. Вариабельность Сердечного Ритма У Больных С Острым Ишемическим Инсультом И Хронической Сердечной Недостаточностью / Е.В. Самохвалова, Л.А. Гераскина, А.В. Фонякин. - Москва: СИНТЕГ, 2016. - 317 с.
9. Сторожаков, Г. И. Основные направления в лечении больных с хронической сердечной недостаточностью: моногр. / Г.И. Сторожаков, Г.Е. Гендлин. - М.: Миклош, 2014. - 312 с.

Занятие № 5

Тема: **Острая почечная недостаточность.**

Цель занятия: знать анатомо-функциональные особенности строения почки, механизм образования гломерулярного ультрафильтрата, механизм регулирования тонуса артериол почки, особенности почечного кровотока, механизм канальцевой реабсорбции и концентрации, а также причины, классификацию, патогенез, клинику и лечение ОПН.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:

1.Анатомические и функциональные особенности строения почки.
2.Канальцевая реабсорбция, секреция и концентрация. Механизм регулирования.
3.Понятие гипер и гиповолемии. Причина и механизм их развития, способы лечения.
4.Показатели почечной работы. Диагностика почечной недостаточности.
5.Расчет скорости клубочковой фильтрации.
6. Показатели повреждения канальцев.
7. Ишемическое/реперфузионное повреждение. Патогенез.
8. Нефротоксическое повреждение. Патогенез.
9.ОПН

План проведения занятия:

1. Опрос по теме занятия.
2. Демонстрация больного с тематическим заболеванием.
3. Самостоятельная работа студентов:
- курация тематических больных под контролем преподавателя
- самостоятельное представление курируемого больного в группе, составление алгоритма диагноза и плана обследования
- оценка параклинических методов обследования курируемого больного, решение клинических задач по теме
4. Заключение преподавателя по разделу самостоятельной работы с разбором ошибок

Самостоятельная работа:

Студент должен самостоятельно провести опрос больного, объективное исследование, анализ лабораторных и инструментальных данных. Сформулировать предварительный диагноз в соответствии с современной классификацией. Обосновать необходимость назначения лекарственных препаратов. Уметь выписать рецепты курируемому больному.

Контрольные вопросы:

1.Как устроена почка и какие особенности строения лежат в основе фильтрационной способности.

2.Какие функции выполняет почка. Роль почки в регулировании и поддержании системного АД.

3.Механизм образования первичной и вторичной мочи. Механизм канальцевой реабсорбции, концентрации и секреции, его регулирование.

4.Как рассчитывают скорость клубочковой фильтрации.

5.β2-микроглобулин, N-ацетил-β-D-глюкозаминидаза мочи, нейтрофильный желатиназо-ассоциированный липокалин как показатели повреждения канальцев.

6. Ишемическое, реперфузионное, нефротоксическое повреждение. Причины, патогенез, клиник, лечение.

7.ОПН. Классификация, клиника, патогенез. Критерии и показатели для диагностики ОПН.

8.Лечение ОПН

9. Отличия преренальной ОПН от ренальной.

Литература:

1.Андросова С. О. Интерстициальный нефрит // Клиническая нефрология: В 2 т. / Под ред. Е. М. Тареева. М., 1983. Т. 1. С. 259-262.

2.Волгина Г. В., Жбырь Л. М., Ревзис М. Г. Хронический интерстициальный лекарственный нефрит с летальным исходом // Тер. архив. 1988. № 10. С. 149-150.

3.Джавад-Заде Н. М., Мальков Н. С. Хроническая почечная недостаточность. М., 1978.

4.Ермоленко В. М. Хронический гемодиализ. М., 1982.

5.Клиническая нефрология: В 2 т. / Под ред. акад. Е. М. Тареева. М., 1983.

6.Лопаткин Н. А, Кучинский И. Н. Хроническая почечная недостаточность // Тер. архив. 1973. № 5. С. 18-24.

7.Пилотович В.С., Сукало А.В., Кравцова Г.И.Пункционная нефробиопсия и ее роль в клинической нефрологии. Минск. 2004.

8.Мерзон А. К. Почечное кровообращение // Физиология почек / Под ред. Ю. В. Наточина. Л., 1972. С. 41-76.

9.Наточин Ю. В. Физиология почки. Л., 1972.

10.Савченко Н. Е., Пилотович В. С. Консервативное лечение хронической почечной недостаточности: Метод, рекомендации. Мн., 1981.
11.Чиж А.С., Пилотович В.С., Колб В.Г. Нефрология и урология. Минск. 2004

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет

имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

Медицинский институт

Кафедра госпитальной терапии

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «Профилактика стрессовых расстройств»

Код направления подготовки (специальности)	31.05.03
Направление подготовки (специальности)	Стоматология
Квалификация (степень) выпускника	Специалист
Форма обучения	Очная
Код дисциплины	Б1.Б.ДВ.02.03

Грозный

2024 г.

Идрисов К.А. Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Профилактика стрессовых расстройств» / Сост. К.А. Идрисов – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова», 2024 г.– с.31

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Профилактика стрессовых расстройств» рассмотрены на заседании кафедры госпитальной терапии, рекомендована к использованию в учебном процессе (протокол №9 от 16.05.2024 г.), составлены в соответствии с требованиями ФГОС ВО по направлению подготовки 31.05.03 Стоматология, квалификации (степень) – специалист, утвержденного Приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 12.08.2020г., за N 984, с учетом учебного плана по данному направлению подготовки, одобренного Ученым советом ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова»

© К.А. Идрисов, 2024 г.

©ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова», 2024 г.

Практическое занятие №1

Типы чрезвычайных ситуаций. Основные характеристики природных, техногенных и антропогенных ЧС. Особенности влияния ЧС на психику человека с учетом наличия прямой угрозы жизни и длительности ЧС.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один или несколько правильных ответов.

1. Чрезвычайные ситуации делятся на:
А)Антропогенные;
Б)Космогенные
В)Природные
Г)Техногенные
Д) Сезонные

2. К природным чрезвычайным ситуациям относятся:
А)Наводнения;
Б)Войны
В)Землетрясения
Г)Ураганы
Д)Технические аварии
Е)Террористические акты

3. К антропогенным чрезвычайным ситуациям относятся:
А)Наводнения;
Б)Войны
В)Землетрясения
Г)Ураганы
Д)Технические аварии
Е)Террористические акты

4. По масштабам распространения все ЧС делятся на:
А)локальные,
Б)региональные,
В)федеральные
Г)трансграничные
Д)космические

5. По скорости распространения все ЧС делятся на:
А)сверхскоростные.
Б)внезапно возникшие,
В)быстро распространяющиеся,
Г)умеренно распространяющиеся
Д)медленно распространяющиеся

6. ЧС в которой пострадали свыше 50, но не более 500 человек относится к:
А)локальные,
Б)региональные,
В)федеральные

Г)трансграничные
Д)космические

7. ЧС в которой пострадали свыше 500 человек, и захватывают несколько регионов относится к:
А)локальные,
Б)региональные,
В)федеральные
Г)трансграничные
Д)космические

8. К медицинским последствиям ЧС относятся:
А)Ухудшение материального положения;
Б)Расстройство соматического здоровья
В)Расстройство психического здоровья
Г)Разрушение системы образования и здравоохранения
Д)Утрата чувства будущего

Правильные ответы: 1.-А,В,Г; 2-А,В,Г; 3-Б,Е; 4-А,Б,В,Г; 5-Б,В,Г,Д; 6-Б; 7-В; 8-Б,В.

Задача практического занятия, стоящая перед студентами, заключается в закреплении теоретической информации о типах ЧС по происхождению, по локализации, по масштабу, по последствиям. Особое внимание уделяется психолого-психиатрическим последствиям ЧС.

Практическое занятие №2

Понятие стресс и определение в концепции Г.Селье. Три стадии развития стресса. Понятие «стресс» и «дистресс» в терминологии Г.Селье.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один или несколько правильных ответов.

1. Основателем теории стресса является:
А)З.Фрейд
Б)В.Бехтерев
В)Г. Селье
Г)И.Павлов

2. Процесс приспособления к изменяющимся условиям внешней среды называется:
А)регенерация
Б)адаптация
В)ассимиляция
Г)перестройка
Д)привыкание

3. Теория общего адаптационного синдрома (ОАС) состоит из:

А)-: трех фаз;
Б)-: пяти фаз
В)-: двух фаз
Г)-: шести фаз

4. Общий адаптационный синдром (ОАС) состоит из следующих фаз:

А)-: Фаза тревоги;
Б)-: Фаза сопротивления
В)-: Фаза истощения
Г)-: Фаза избегания
Д)-:Фаза переживания

5. Психотравмирующее событие вызывает выброс в кровь адреналин, который стимулирует систему:
А)-: гипоталамус-сердце-сосуды
Б)-:гипоталамус - гипофиз - кора надпочечников
В)-:кора-щитовидная железа-желудок
Г)-:гипофиз-желудок-печень

6. В момент воздействия психотравмирующего события у человека происходит:
А)-:учащение сердцебиения
Б)-:учащение дыхания
В)-:усиление желчевыделения
Г)-:ускорение мышления

7. Если человек не справляться с психотравмирующим событием то формируется:
А)-: стресс
Б)-:дистресс
В)-:эустресс
Г)-:прогресс

8. Если человек успешно справляться с психотравмирующим событием то формируется:
А)-:стресс
Б)-:дистресс
В)-:эустресс
Г)-:прогресс

Правильные ответы: 1-В; 2-Б; 3-А; 4-А,Б,В; 5-Б; 6-А,Б,; 7-Б; 8-В

Задача практического занятия, стоящая перед студентами, заключается в закреплении теоретической информации о стрессе, его физиологических механизмах, фазах течения и различных типах выхода из стрессовой ситуации.

Практическое занятие №3

Классификация психотравмирующих событий и их характеристика. Механизмы психической травмы. Физиологические и психологические реакции организма на психическую травму.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один или несколько правильных ответов.

1. Поражающие воздействия, оказываемые при чрезвычайных ситуациях, делятся на:
А)-:механические,
Б)-:тепловые,
В)-:химические,
Г)-:радиационные
Д)-:биологические
Е)-:вербальные

2. Последствия ЧС делятся на:
А)-: Социальные;
Б)-:психологические
В)-: медицинские
Г)-: Сезонные

3. К социальным последствиям ЧС относятся:
А)+: Ухудшение материального положения;
Б)-:Расстройство соматического здоровья
В)-: расстройство психического здоровья
Г)+: Разрушение системы образования и здравоохранения
Д)-:Утрата чувства будущего

4. К медицинским последствиям ЧС относятся:
А)-: Ухудшение материального положения;
Б)+:Расстройство соматического здоровья
В)+: расстройство психического здоровья
Г)-: Разрушение системы образования и здравоохранения
Д)-:Утрата чувства будущего

5. К психологическим последствиям ЧС относятся:
А)-: Ухудшение материального положения;
Б)-:Расстройство соматического здоровья
В)-: расстройство психического здоровья
Г)-: Разрушение системы образования и здравоохранения
Д)-:Утрата чувства будущего
Е)-:деформация иерархии базовых личностных ценностей

6.Неспецифическая защитная реакция организма в ответ на неблагоприятные изменения окружающей среды называется:
А) -: Стресс;
Б)-:Радость
В)-: Печаль
Г)-: Расстройство

Правильные ответы: 1-А,Б,В,Г,Д; 2-А,Б,В; 3-А,Г; 4-Б,В; 5-Д,Е; 6-А;

Задача практического занятия, стоящая перед студентами, заключается в закреплении теоретической информации о типах психотравмирующих событий, особенностях реакции организма на различны типы психотравмирующих событий.

Практическое занятие №4

Классификация стрессовых расстройств. Характеристика стрессовых расстройств согласно МКБ-10. Клинические критерии. Посттравматическое стрессовое расстройство. Клинические критерии. Гендерные и возрастные особенности ПТСР. Острое и хроническое ПТСР.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один или несколько правильных ответов.

1.Расстройство, которое начинается непосредственно после воздействия необычного стрессора и заканчивается в течении 48 часов:

А)-:Острая реакция на стресс
Б)-:Посттравматическое стрессовое расстройство
В)-:Расстройство приспособительных реакций

2. Расстройство, которое начинается примерно через месяц после воздействия необычного стрессора и может сохраняться в течении всей жизни:
А)-:Острая реакция на стресс
Б)+:Посттравматическое стрессовое расстройство
В)-:Расстройство приспособительных реакций

3. Расстройство, которое начинается примерно через месяц после воздействия необычного стрессора и заканчивается в течении 6 месяцев:
А)-:Острая реакция на стресс
Б)-:Посттравматическое стрессовое расстройство
В)-:Расстройство приспособительных реакций

4. Посттравматическое стрессовое расстройство включает в себя следующие синдромы:
А)-:Повторения;
Б)-:Избегания
В)-:Физиологическая гиперактивность
Г)-:Судорожный
Д)-:Бредовый

5. Острое посттравматическое стрессовое расстройство развивается в случае если:
А)-: если симптомы заболевания сохраняются менее 3мес.

Б)-:если симптомы заболевания сохраняются 3 мес. и более

В)-: если симптомы возникают по меньшей мере через 6 мес. после окончания воздействия

стрессора

6. Хроническое посттравматическое стрессовое расстройство развивается в случае если:
А)-: если симптомы заболевания сохраняются менее 3мес.

Б)-:если симптомы заболевания сохраняются 3 мес. и более

В)-: если симптомы возникают, по меньшей мере, через 6 мес. после окончания воздействия стрессора

Правильные ответы: 1-А; 2-Б; 3-В; 4-А,Б,В; 5-А; 6-Б;

Задача практического занятия, стоящая перед студентами, заключается в закреплении теоретической информации о клинических типах стрессовых расстройств. Основных симптомах стрессовых расстройств. Дифференциальная диагностика между различными типами стрессовых расстройств.

Практическое занятие №5

Клинический метод диагностики ПТСР. Психологический метод диагностики ПТСР. Использование психометрических тестов в диагностике ПТСР.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один или несколько правильных ответов.

1. Для (ПТСР) характерно:

А)-Снижение аппетита;

Б)-Частые навязчивые воспоминания о пережитых событиях;

В)-Депрессия;

Д)-Нервные тики;

2. К типам ПТСР относятся:

А)-продуктивный;

Б)-Психический;

В)-Дисфорический

Г)-Демобилизационный;

3. Какой из методов позволяет оценить частоту встречаемости и интенсивности проявления индивидуальных симптомов расстройства?

А) +CAPS;

Б)-ШОВТС;

В)-СКИД;

Г)-МШ;

4. Какой из методов является основанием на самоотчете и выявляет преобладания тенденции избегания или вторжения?

А)-СПИД;

Б)-ШОВТС;

В)-МШ;

Г)-CAPS;

5. Какой метод был разработан для оценки степени выраженности ПТСР у ветеранов боевых действий?

А)-ШОВТС;

Б)-CAPS;

В)-МШ;

Г)-СКИД;

6. Диагноз «личностного расстройства», адекватен в каком возрасте?

А)-5-6 лет;

Б)-10-17 лет;

В)-17 и выше;

Г)-7-9 лет;

7. Причиной возникновения состояния дезадаптированости является:

А)-Пережитые экстремальные ситуации;

Б)-Социальная отгороженность;

В)-Враждебное или недоверчивое отношение к миру;

Г)-Отчужденность.

Правильные ответы: 1-Б; 2-В; 3-А; 4-Б; 5-В; 6-В; 7-А

Задача практического занятия, стоящая перед студентами, заключается в закреплении теоретической и практической информации о диагностических критериях стрессовых расстройств и ПТСР в частности. обсуждаются психодиагностические тесты для установления ПТСР. изучаются клинические признаки изменений личности под влиянием ПТСР и факторы личностной дезадаптации при затяжных формах ПТСР.

Практическое занятие №6

Критерии личностных изменений после пережитой психической травмы. Хроническое изменение личности после переживания катастрофы. Понятие дезадаптация. Межличностная, социальная и профессиональная дезадаптация лиц, переживших психическую травму.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один или несколько правильных ответов.

1. К критериям психогенных расстройств относятся следующие положения, за исключением
А)-: содержание психоза находится в понятной связи с психотравмирующими переживаниями
Б)-: психотравма непосредственно предшествует развитию психоза
В)-: с прекращением действия психической травмы симптомы редуцируются
Г)-: чем острее психическая травма, тем тяжелее исход

2.Гиперкинетическая форма реактивного психоза характеризуется всем перечисленным, за исключением
А)+: правильным осмыслением ситуации
Б)-: хаотическим психомоторным возбуждением
В)-: нарушением ориентировки в окружающем

3.К неврозам не относятся
А)-: психические расстройства непсихотического уровня
Б)-: психические расстройства психотического уровня
В)-: болезнь с обязательным присутствием астенического синдрома
Г)-: ничем из перечисленного

4. Для неврастении не характерны
А)-: астения
Б)-: вегетативные расстройства
В)-: дисфории
Г)-: нарушения сна

5. Невротические вегетативные кризы характеризуются всем перечисленным, исключая
А)-: связанностью с эмоциональным напряжением
Б)-: отсутствием стереотипности проявлений

В)-: разной длительностью состояний
Г)-: развитием под действием слуховых псевдогаллюцинаций

6. Невроз навязчивых состояний проявляется всем перечисленным, исключая
А)-: развитием фобий
Б)-: бредом ипохондрического содержания
В)-: астеническими расстройствами
Г)-: ритуалами

Правильные ответы: 1-Г; 2-А; 3-Б; 4-В; 5-Г; 6-Б.

Задача практического занятия, стоящая перед студентами, заключается в закреплении теоретической и практической информации о диагностических критериях личностных изменений после пережитой психической травмы. признаки и типы хронического изменение личности после переживания катастрофы. подробно изучается понятие профессиональной, социальной и семейной дезадаптации после пережитых психотравмирующих событий.

Практическое занятие №7

Клинические и психометрические тесты для регистрации личностных изменений. Различия между личностными изменениями и расстройством личности (психопатии).

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один или несколько правильных ответов.

1. Для развития невроза первостепенное значение имеет
А)-: хроническое соматическое заболевание
Б)-: внутриличностный конфликт
В)-: слабость иммунной системы
Г)-: органическая неполноценность мозга

2. Примером реактивных (психогенных) параноидов могут быть
А)-: инфекционный делирий
Б)-: индуцированные реактивные параноиды
В)-: онейроидное помрачение сознания

3. К невротическим синдромам относятся все перечисленные, кроме
А)-: фобического
Б)-: астенического
В)-: психоорганического синдрома
Г)-: обсессивного

4. К этиологическим факторам неврозов относятся все перечисленные, кроме
А)-: преморбидные особенности личности
Б)-: психические травмы детского возраста
В)-: события, порождающие неопределенность положения, представляющие угрозу для будущего или требующие принятия трудных альтернативных решений
Г)-: родовая травма

5. К этиологическим факторам невротических состояний относятся перечисленные, кроме
А)-: некоторые особенности воспитания и семейного положения
Б)-: факторы, связанные с профессией и трудовой деятельностью
В)-: особенности родительской семьи
Г)+: частые черепно-мозговые травмы в анамнезе

6. Невротическая ипохондрия проявляется всем перечисленным, кроме
А)-: чрезмерной заботы и беспокойства о своем здоровье
Б)-: переживания неприятных ощущений в организме
В)-: наличия характера сделанности неприятных ощущений
Г)-: тревожной мнительности

Правильные ответы 1-Б; 2-Б; 3-В; 4-Г; 5-Г; 6-В.

Задача практического занятия, стоящая перед студентами, заключается в закреплении теоретической и практической информации о диагностических критериях личностных изменений после пережитой психической травмы. признаки и типы хронического изменение личности после переживания катастрофы. Изучены клинические различия между расстройствами личности и личностными изменениями в следствие психической травмы подробно изучается понятие профессиональной, социальной и семейной дезадаптации после пережитых психотравмирующих событий.

Практическое занятие №8

Различные модели организации помощи лицам со стрессовыми расстройствами. Особенности оказания помощи на уровне психиатрической службы. Особенности оказания помощи на уровне первичного медицинского звена. Понятие междисциплинарной помощи. Понятие бригадного подхода в оказании помощи.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один или несколько правильных ответов.

1. Первое впечатление больного о враче

А)-: складывается в первые 18 секунд знакомства

Б)-: формируется в течение первой встречи врача и больного

В)-: складывается постепенно, по мере того, как они лучше узнают друг друга

Г)-: неустойчиво и быстро корригируется под влиянием других впечатлений

2. Ощущение психологического контакта дает элемент невербального общения

А)+: взгляд в глаза

Б)-: жест приветствия

В)-: поворот корпуса тела и головы в сторону больного

Г)-: кивок головой

3. Активная жестикуляция больного чаще всего связана с

А)-: астенизацией больного

Б)+: высоким уровнем тревоги

В)-: ипохондрическими переживаниями

Г)-: поведением симуляции

4. В течение фазы ориентации врач

А)-: наблюдает невербальное поведение больного

Б)-: решает, какие лабораторные обследования следует назначить больному

В)-: формулирует ряд гипотез (определяет зону поиска)

Г)-: ставит диагноз

5. В процессе фазы аргументации врач имеет основания для

А)-: постановки диагноза

Б)-: постановки предварительного диагноза

В)-: определения прогноза

Г)-: сообщения диагноза и прогноза больному

6. Основная задача врача в фазе корректировки

А)-: установление эмоционального контакта с больным

Б)+: оказание эмоциональной поддержки больному

В)-: сообщение точного диагноза больному

Г)-: сообщение прогноза заболевания

7. Эффект «плацебо» — это

А)-: эффективность фармакологически нейтральных «лекарственных форм»

Б)-: отсутствие ожидаемого действия лекарственного препарата

В)-: появление противоположного ожидаемому действия лекарственного препарата

Г)-: усиление ожидаемого действия лекарственного препарата

Правильные ответы: 1-А; 2-А; 3-Б; 4-В; 5-Б; 6-Б; 7-А.

Задача практического занятия, стоящая перед студентами, заключается в закреплении теоретической и практической информации о терапевтических подходах для лечения стрессовых расстройств. Формируется представление об особенностях оказания помощи на уровне психиатрической службы. Особенности оказания помощи на уровне первичного медицинского звена. изучается понятие междисциплинарной помощи, осуществляемой силами специалистов различных профилей и понятие бригадного подхода в оказании помощи, когда терапевтический маршрут выстраивается с учетов командной работы специалистов разных направлений: психиатр, психолог, социальный работник.

Практическое занятие №9

Понятие психотерапии. Особенности оказания психотерапевтической помощи лицам с непсихотическими психическими расстройствами. Краткая характеристика основных методов психотерапии.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один или несколько правильных ответов.

1. К способам психологической защиты относятся все нижеперечисленные за исключением
А)-: психологического консультирования
Б)-: психологической коррекции
В)-: психологической защиты
Г)-: психотерапии в широком смысле

2. Перевод одного вида «энергии» (например, сексуальной) в другой с формированием замещающей деятельности называется
А)-: вытеснение
Б)-: сублимация
В)-: перенос
Г)-: проекция

3.Способ психологической помощи, при которой происходит формирование «личностной позиции» называется
А)-: психологическим консультированием
Б)-: психологической коррекцией
В)-: психотерапией в узком смысле
Г)-: психотерапией в широком смысле

4.В «триаду Роджерса» входят все элементы, кроме
А)-: аутентичности
Б)-: директивности
В)-: безусловно положительная оценка (принятие) пациента
Г)-: эмпатия

5.Специфическим механизмом лечебного действия семейной психотерапии являются
А)-: альтруизм
Б)-: косвенное внушение
В)-: имитационное поведение
Г)+: установление конструктивной дистанции

Правильные ответы: 1-В; 2-Б; 3-А; 4-Б; 5-Г.

Задача практического занятия, стоящая перед студентами, заключается в закреплении теоретической и практической информации о психотерапевтических подходах для лечения стрессовых расстройств. Этапы работы психотерапевтической группы. Особенности начальной стадии работы группы и задачи терапевта. Установление общих и индивидуальных целей. Создание атмосферы взаимодоверия. Разделение ответственности за работу группы. Преодоление сопротивления. Структурирование работы группы. Реагирование друг на друга в группе (обратная связь). Особенности переходной стадии работы группы и задачи терапевта. Конфликты между участниками группы, конфликты участников с терапевтом. Формирование подгрупп в группе. Особенности продуктивной стадии группы и задачи терапевта. Отличия продуктивной психотерапевтической группы от непродуктивной. Самораскрытие участников. Особенности завершающей работы группы и задачи терапевта. Оценка эффективности работы группы. Основные этические принципы в групповой психотерапии. Общие этические требования к групповому терапевту. Кризисные ситуации в группе.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»
Медицинский институт
Кафедра госпитальной терапии

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине

«НЕВРОЛОГИЯ»

Направление подготовки (специальности)	Стоматология
Код направления подготовки (специальности)	31.05.03
Квалификация выпускника	Специалист
Форма обучения	Очная
Код дисциплины	Б1.О.27

Грозный

2024 г.

Батукаева Л.А Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Неврология» / Сост. Л.А.Батукаева – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова», 2024 г. – с.24

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Неврология» рассмотрены на заседании кафедры госпитальной терапии, рекомендована к использованию в учебном процессе (протокол №9 от 16.05.2024 г.), составлена в соответствии с требованиями ФГОС ВО по направлению подготовки 31.05.03 Стоматология, квалификации (степень) – специалист, утвержденного Приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 12.08.2020г., за N 984, с учетом учебного плана по данному направлению подготовки, одобренного Ученым советом ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова»

© Л.А.Батукаева, 2024 г.

©ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова», 2024 г.

Тема: Анатомия и физиология нервной системы
План занятия:
1. Морфогенез нервной системы. Развитие ликворной системы, формирование мозговых пузырей, формирование основных структур центральной нервной системы, гистология нейрона, организация межнейрональных связей.
2. Спинной мозг, строение и функция.
3. Структуры задней черепной ямы (ствол головного мозга, мозжечок, строение и функция).
4. Полушария головного мозга, строение и функция.
5. Проводящие пути головного и спинного мозга.
6. Двигательный и чувствительный анализаторы (структура, физиология).
7. Контрольные вопросы
Перечень средств, используемых на занятии:
набор рентгенограмм, Кт-, МРТ-грамм
Тематические больные Истории болезни Методические рекомендации
Литература:
1. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. Т.1. М.; Медицина. 2002 -. 770 с.
2. Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. - СПб.; Политехника, 2007. – 616 с.
3. Матвеева Т.В. Пропедевтика и семиотика поражения нервной системы в вопросах и ответах. – Казань. Новое знание, 2000. – 228 с.
4. Дуус П. Топический диагноз в неврологии. Анатомия. Физиология. Клиника. – М.; ИПЦ «Вазар-Ферро», 1995. – 381 с.
5. Скоромец А.А. Неврологический статус и его интерпретация. – М.: МЕД-прес-информ, 2009, - 240 с.
6.Самойлов В.И. Синдромологическая диагностика заболеваний нервной системы. Руководство для врачей. – СПб: Специальная литература, 1997 – Т. 1, 2
7. Неврология. Национальное руководство под ред. Е.И. Гусева.- М.:ГЭОТАР-Медицина, 2009. - 1035с.

Тема: Методика обследования и семиотика
План занятия:
1. Нарушения сознания
2. Угнетение сознания (угнетение, сопор, кома).
3. Спутанность сознания, делирий.
4. Помрачение сознания.
5. Менингеальный синдром.
6. Изменения внутричерепного давления.
7. Нарушения координации и ходьбы.
8. Синдромы поражения периферических и центральных мотонейронов.
9. Центральный и периферический параличи.
10. Экстрапирамидные симптомы и синдромы.
11. Нарушения чувствительности, виды и типы расстройств чувствительности.
12. Боль (классификация, патогенез).
13. Поражения черепных нервов и их ядер.
14. Бульбарный и псевдобульбарный параличи.
15. Альтернирующие синдромы поражения ствола мозга.
16. Нарушения функции тазовых органов.
17. Нарушения высших корковых функций.
18. Контрольные вопросы
Перечень средств, используемых на занятии: набор рентгенограмм Тематические больные

Истории болезни Методические рекомендации
Литература:
1. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. Т.1. М.; Медицина. 2002 -. 770 с.
2. Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. - СПб.; Политехника, 2007. – 616 с.
3. Матвеева Т.В. Пропедевтика и семиотика поражения нервной системы в вопросах и ответах. – Казань. Новое знание, 2000. – 228 с.
4. Дуус П. Топический диагноз в неврологии. Анатомия. Физиология. Клиника. – М.; ИПЦ «Вазар-Ферро», 1995. – 381 с.
5. Скоромец А.А. Неврологический статус и его интерпретация. – М.: МЕД-прес-информ, 2009, - 240 с.
6.Самойлов В.И. Синдромологическая диагностика заболеваний нервной системы. Руководство для врачей. – СПб: Специальная литература, 1997 – Т. 1, 2.

Тема: Топическая диагностика заболеваний нервной системы
План занятия:
1. Поражения спинного мозга
2. Поражения спинного мозга по поперечнику
3. Поражения спинного мозга по длине
4. Поражения спинного мозга основные спинальные синдромы
5. Синдромы поражения ствола мозга.
6. Альтернирующие синдромы продолговатого мозга
7. Альтернирующие синдромы варолиева моста
8. Альтернирующие синдромы среднего мозга
9. Синдромы поражения мозжечка.
10. Синдромы поражения таламуса.
11. Синдромы поражения экстрапирамидного отдела нервной системы.
12. Синдромы поражения внутренней капсулы.
13. Синдромы поражения коры полушарий головного мозга.
14. Синдромы поражения лобной доли
15. Синдромы поражения височной доли
16. Синдромы поражения теменной доли
17. Синдромы поражения затылочной доли
18. Синдромы поражения недоминантного полушария
19. Синдромы поражения гипоталамуса
20. Синдромы поражения нервных стволов,сплетений, корешков.Контрольные вопросы
Перечень средств, используемых на занятии:
набор рентгенограмм Тематические
больные Истории болезни
Литература:
1. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. Т.1. М.; Медицина. 2012 -. 770 с.
2. Неврология. Национальное руководство под ред. Е.И. Гусева.- М.:ГЭОТАР-Медицина, 2009. - 1035с.Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. - СПб.; Политехника, 2007. – 616 с.
3. Матвеева Т.В. Пропедевтика и семиотика поражения нервной системы в вопросах и ответах. – Казань. Новое знание, 2000. – 228 с.
4. Дуус П. Топический диагноз в неврологии. Анатомия. Физиология. Клиника. –

М.; ИПЦ «Вазар-Ферро», 1995. – 381 с.
5. Скоромец А.А. Неврологический статус и его интерпретация. – М.: МЕД-пресс-информ, 2009, - 240 с.

Тема: Параклинические методы исследования в неврологии
План занятия:
1. Лабораторные методы исследования (клинический анализ крови, биохимические исследования крови в неврологической практике, реологические свойства крови, коагулирующие и фибринолитические свойства крови, исследование мочи, исследования ликвора, методы исследования иммунного статуса).
2. Оценка данных офтальмологического исследования (острота зрения, периметрия, оценка данных исследования глазного дна, отоневрологического исседования, острота слуха, аудиография, нистагмография, калорические пробы, вращательные пробы).
3. Оценка рентгенологических методов исследования (краниограмма, томокраниография, спондилограмма, КТ, миелография, ангиография)
4. Электрфизиологические методы исследования (электромиография, ЭЭГ, Рео-ЭГ, ВП головного мозга, радиоизотопные методы исследования, ОЭКТ, ПЭТ).
5. Ультразвуковые методы исследования (ЭхоЭГ, ЭхоКГ, УЗДГ, дуплесное сканирование).
6. Тепловидение.
7. Магнитно-резонансная томография.
8. Вертеброневрологические методы исследования.
9. Контрольные вопросы
Перечень средств, используемых на занятии: набор рентгенограмм, ЭЭГ, КТ, МРТ-грамм
Тематические больные Истории болезни
Литература:
1. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. Учебная литература для слушателей системы последипломного образования. Т.1 и Т.2.
2. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика/ Под. ред. А.М. Вейна. М.: МИА
3. Карлов В.А. Неврология: Руководство для врачей. М.: Медицина, 2002.
4. Верещагин Н.В., Брагина Л.К., Вавилов С.Б. и др. Компьютерная томография мозга. М.: Медицина, 1986.
5. Зенков Л.Р., Ронкин М.А. Функциональная диагностика нервных болезней. Руководство для врачей.
М.: МЕДпресс-информ, 2004.
6. Зенков Л.Р. Клиническая эпилептология (с элементами нейрофизиологии).
М.: Медицинское информационное агенство, 2002.
7. Холин А.В. Магнитно-резонансная томография при заболеваниях центральной нервной системы.
СПб.: Гиппократ, 1999.
8. Неврология. Национальное руководство под ред. Е.И. Гусева.- М.:ГЭОТАР-Медицина, 2009. - 1035с.

Тема: Заболевания периферической нервной системы
План занятия:
1. Патогенез вертеброгенных поражений неврной системы (ВПНС).
2. Классификация ВПНС.

3. Клиника рефлекторных синдромов остеохондроза позвоночника.
4. Клиника корешковых синдромов остеохондроза позвоночника.
5. Инструментальные методы диагностики ВПНС (рентгенография, КТ, МРТ).
6. Медикаментозное лечение ВПНС на разных стадиях болезни.
7. Физические и физиотерапевтические методы лечения.
8. Санаторно-курортное лечение ВПНС на разных стадиях.
9. Показания к хирургическому лечению.
10. МСЭ и реабилитация больных с ВПНС.
11. Полиневриты и полинейропатии.
12. Невралгии и мононевропатии.
13. Контрольные вопросы
Перечень средств, используемых на занятии: набор рентгенограмм Тематические больные Истории болезни
Литература:
1. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы. – М.: Медицина, 1993. – 463 с.
2. Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. - СПб.; Политехника, 2007. – 616 с.
3. Болезни нервной системы / Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. – М.:Медицина, 2003. Т. 1.
4. Шток В.Н. Фармакотерапия в неврологии. Практическое руководство. – М.: Медицина. 2000. – 280 с.
5. Шпрах В.В., Савков В.С., Максимов О.Г. Боли в нижней части спины. – Иркутск, 2008. – 292 с.

Тема: Воспалительные и демиелинизирующие заболевания нервной системы.
План занятия:
1. Менингеальный синдром, классификация менингитов, менингококковый менингит.
2. Важнейшие формы вторичных менингитов (туберкулезный, отогенный и др.).
3. Первичные вирусные менингиты.
4. Классификация энцефалитов: энцефалит А (летаргический), клещевой энцефалит.
5. Нейросифилис.
6. Рассеянный склероз.
7. Первичный острый рассеянный энцефаломиелит и лейкоэнцефалиты.
8. Церебральные арахноидиты.
9. Абсцессы и паразиты головного мозга.
10. Контрольные вопросы
Перечень средств, используемых на занятии: набор рентгенограмм, МРТ-грамм. Тематические больные Истории болезни
Литература:
1. Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под.ред. Н.Н.Яхно, Д.Р. Штульмана, П.В. Мельничука. - М.: Медицина, 2003. - Т.1 и Т.2.
2. Виленский Б.С. Неотложные состояния в невропатологии: Руководство для врачей. - СПб: Медицина, 2004.
3. Виленский Б.С. Острые нейроинфекции. Справочник. – СПб.: «Издательство ФОЛИАНТ», 2008.
4. Гусев Е.И., Никифоров А.С., Гехт А.Б. Лекарственные средства в неврологической клинике. – М.: МЕДпрессинформ. 2003.
5. Лобзин Ю.В.,Пилипенко В.В., Громыко Ю.Н. Менингиты и энцефалиты. – СПб.: «Издательство ФОЛИАНТ, 2006.

6. Неврология. Национальное руководство под ред. Е.И. Гусева.- М.:ГЭОТАР-Медицина, 2009. - 1035с.

Тема: Сосудистые заболевания нервной системы.

План занятия:

11. Расстройства мозгового кровообращения: вопросы классификации, этиологии, патогенеза.
12. Анатомия и физиология мозгового кровообращения.
13. Преходящие нарушения мозгового кровообращения.
14. Геморрагический инсульт.
15. Ишемический инсульт (ИИ).
16. Эпидемиология инсульта, факторы риска ИИ, патогенетические механизмы ИИ, феномен внутримозгового обкрадывания, феномен обратного внутримозгового обкрадывания, феномен обкрадывания позвоночных артерий при закупорке подключичных артерий, избыточное и недостаточное коллатеральное кровообращение, феномен невозобновления перфузии мозга после церебральной ишемии, феномен возобновления мозгового крообращения на дофункциональном уровне (зона «полутени» - пенумбра), метаболические изменения в очаге ишемии и в зоне полутени по соседству.
17. Клиника тромбоза мозговых артерий. Клиника эмболии мозговых артерий. Клиника нетромботической гемодинамической ишемии.
18. Топическая диагностика ишемических поражений мозга.
19. Диагностика ишемического инсульта. Инструментальные методы исследования в диагностике ИИ (УЗДГ, транскраниальная допплерография, дуплексное и триплексное сканирование, КТ, МРТ, церебральная ангиография).
20. Лечение ИИ. Базисная терапия. Дифференцированная терапия. Применение средств, улучшающих реологические свойства крови , и антиагрегантов. Показания и противопоказания к фибринолитической терапии. Показания и противопоказания к применению прямых антикоагулянтов. Показания и противопоказания к применению непрямых антикоагулянтов. Применение кардиотоников. Применение симптоматических средств. Лечение сопутствующих заболеваний.
21. Профилактика ИИ.
22. Трудовая и социальная реабилитация при последствиях ИИ.
23. МСЭ при последствиях ИИ.
24. Хроническая недостаточность мозгового кровообращения.
25. Клиника, диагностика и лечение внутричерепных аневризм.
26. Расстройства венозного кровообращения.
27. Расстройства спинального кровообращения. Классификация нарушений кровообращения спинного мозга. Этиология. Патогенез. Синдром верхнего сосудистого бассейна. Синдром нижнего сосудистого бассейна. Нарушения кровообращения в спинном мозге при поражении аорты и радикуломедуллярной артерии. Кровоизлияния в спинном мозге. Преходящие нарушения спинального крообращения. Расстройства венозного кровообращения в спинном мозге. Дифференциальная диагностика при острых расстройствах спинального кровообращения. Лечение и профилактика нарушений спинального кровообращения. МСЭ при нарушениях спинального кровообращения.
28. Контрольные вопросы

Перечень средств, используемых на занятии: набор КТ, МРТ-грамм, рентгенограмм
Тематические больные Истории болезни

Литература:

1. Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под.ред. Н.Н.Яхно, Д.Р. Штульмана, П.В. Мельничука. - М.: Медицина, 2003. - Т.1 и Т.2.
2. Виленский Б.С. Неотложные состояния в невропатологии: Руководство для врачей. - СПб: Медицина, 2004.
3. Виленский Б.С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение. - СПб: Медицина, 2002.
4. Инсульт: практическое руководство для ведения больных. Пер с англ./ Под ред. А.А. Скоромца, В.А. Сорокоумова. - СПб.: Политехника, 1998.
5. Магнитно-резонансная томография в диагностике цереброваскулярных заболеваний/ О.И. Беличенко, С.А. Дадвани, Н.Н. Абрамова, С.К. Терновой. - М.: Видар, 1998.
6. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. Т.1. 2. - М.; Медицина. 2002 -. 770 с.
7. Одинак М.М., Михайленко А.А., Иванов Ю.С., Семин Г.Ф. Сосудистые заболевания головного мозга. -
СПб.: Гиппократ, 1998.
8. Скоромец А.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы: Руководство для врачей. -
СПб: Медицина, 2000.
9. Шток В.Н. Фармакотерапия в неврологии: Практическое руководство. - М.: Медицинское информационное агенство, 2000.
10. Неврология. Национальное руководство под ред. Е.И. Гусева.- М.:ГЭОТАР-Медицина, 2009. - 1035с.

Тема: Вегетативная патология.

План занятия:

1. Вегетативные заболевания нервной системы: вопросы классификации, этиологии, патогенеза.
2. Анатомия и физиология вегетативной нервной системы.
3. Синдром вегетативной дистонии (психовегетативный синдром). Этиология и патогенез. ВСД конституционального генеза. Психофизиологическая ВСД. ВСД при неврозах, посттравматическом стрессовом расстройстве и других психических заболеваниях. ВСД при эндокринных заболеваниях и в период гормональных перестроек. ВСД при соматических заболеваниях.
4. Клиническая картина ВСД. Гипервентиляционный синдром. Нарушение функции сердечно-сосудистой системы. Нарушение функции ЖКТ. Нарушение терморегуляции и потоотделения. Центральная гипотермия. Центральная гипертермия. Эссенциальный гипергидроз.
5. Диагностика и дифференциальная диагностика ВСД.
6. Дифференцированное лечение ВСД.
7. Вегетативные кризы. Терминология и классификация. Этиология и патогенез. Клинические проявления. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
8. Нейрогенные обмороки. Классификация. Рефлекторные обмороки. Вазодепрессорные обмороки. Ситуационные, арефлекторные обмороки. Обмороки при периферической вегетативной недостаточности. Лекарственные обмороки. Обмороки при ЦВЗ. Психогенные обмороки. Диагностика и дифференциальная диагностика обмороков. Обследование пациента с обмороками. Лечение обмороков.
9. Мигрень и другие формы первичной сосудистой головной боли. Патогенез и трегиминоваскулярная система. Мигрень, классификация, клиника,

диагностика, лечение.
10. Кластерная головная боль, классификация, клиника, диагностика, лечение.
11. Пароксизмальная гемикрания, классификация, клиника, диагностика, лечение.
12. Редкие формы трегиминальных вегетативных невралгий (постоянная гемикрания, гипническая головная боль).
13. Вегетативные нарушения при органических заболеваниях ЦНС.
14. Вегетативные нарушения при поражении спинного мозга.
15. Вегетативные нарушения при поражении ствола.
16. Вегетативные нарушения при поражении гипоталамуса.
17. Вегетативные нарушения при поражении больших полушарий.
18. Нейроэндокринно-обменные синдромы. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
Перечень средств, используемых на занятии: набор рентгенограмм Тематические больные Истории болезни
Литература:
1. Акимов Г.А., Ерохина Л.Г. Неврология синкопальных состояний. – М.: Медицина, 1987.
2. Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под.ред. Н.Н.Яхно, Д.Р. Штульмана, П.В. Мельничука. - М.: Медицина, 2003. - Т.1 и Т.2.
3. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика/ Под. ред. А.М. Вейна. - М.: МИА, 2000.
4. Дубовская Н.Г. Классификация болезней нервной системы. - М.: Триада, 2002.
5. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. Т.1. 2. - М.; Медицина. 2002 -. 770 с.
6. Скоромец А.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы: Руководство для врачей. - СПб: Медицина, 2000.
7. Неврология. Национальное руководство под ред. Е.И. Гусева.- М.:ГЭОТАР-Медицина, 2009. - 1035с.

Тема: Наследственные и дегенеративные заболевания нервной системы.
План занятия:
1. Предмет и задачи нейрогенетики; основные методы медико-генетического исследования (генеологический метод); классификация наследственных заболеваний нервной системы.
2. Хромосомные болезни.
3. Наследственные нервно-мышечные заболевания.
4. Наследственные заболевания экстрапирамидной системы.
Классификация экстрапирамидных расстройств. Заболевания, протекающие с синдромом паркинсонизма. Классификация паркинсонизма. Болезнь Паркинсона. Этиология, патогенез, эпидемиология. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Аутосомно-рецессивный ювенильный паркинсонизм. Мультисистемные дегенерации с синдромом паркинсонизма. Прогрессирующий надъядерный паралич. Мультисистемная атрофия. Кортико-базальная дегенерация. Заболевания, протекающие с синдромом дистонии, хореи, миоклоническим синдромом. Наследственные нейрометаболические заболевания, проявляющиеся различными экстрапирамидными синдромами. Гепатолентикулярная дегенерация. Болезнь Галлервордена-Шпатца. Семейный кальциноз базальных ганглиев (болезнь Фара).
5. Наследственные атаксии. Классификация наследственных мозжечковых атаксий. Мозжечковые атаксии с ранним началом. Атаксия Фридрейха.

Атаксия, связанная с недостаточностью витамина Е.
Х-сцепленная
рецессивная спиноцеребеллярная атаксия. Атаксия-телеангоиэктазия. Мозжечковые атаксии с поздним началом. Аутосомно-доминантные мозжечковые атаксии. Врожденные (непрогрессирующие) мозжечковые атаксии. Наследственная спастическая параплегия.
6. Сирингомиелия.
7. Гепатолентикулярная дегенерация.
8. Боковой амиотрофический склероз.
9. Контрольные вопросы
Перечень средств, используемых на занятии: КТ, МРТ, ЭЭГ-граммы Тематические больные Истории болезни
Литература:
1. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. Учебная литература для слушателей системы последипломного образования. Т.1 и Т.2. - М.: Медицина, 2002.
2. Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под.ред. Н.Н.Яхно, Д.Р. Штульмана, П.В. Мельничука. Т.1 и Т.2. - М.: Медицина, 2003.
3. Дифференциальная диагностика нервных болезней: Руководство для врачей/ Под ред. Г.А. Акимова. - СПб: Гиппократ, 1997.
4. Руководство по детской неврологии/ Под ред. В.И.Гузевой. - С-Пб: СПбГПМА, 1998.
5. Холин А.В. Магнитно-резонансная томография при заболеваниях центральной нервной системы. – СПб.: Гиппократ, 1999. – 192с.
6. Шток В.Н. Фармакотерапия в неврологии: Практическое руководство. – М.: Медицинское информационное агенство. – 2000. – 301с.
7. Неврология. Национальное руководство под ред. Е.И. Гусева.- М.:ГЭОТАР-Медицина, 2009. - 1035с.

Тема: Нейрохирургия. Травмы нервной системы, опухоли нервной системы
.
План занятия:
1. Эпидемиология, причины, патогенез и патоморфология.
2. Классификация.
3. Критерии тяжести ЧМТ.
4. Клинические формы.
5. Легкая ЧМТ. Сотрясение головного мозга. Ушиб головного мозга легкой степени.
6. Среднетяжелая и тяжелая ЧМТ. Ушиб головного мозга средней и тяжелой степени. Диффузное аксональное повреждение. Сдавление головного мозга.
7. Периоды ЧМТ.
8. Осложнения ЧМТ.
9. Постокоммоционное состояние.
10. Последствия ЧМТ. Резидуальные. Прогрессирующие. Гидроцефалия. Посттравматический арахноидит.
11. Хроническая субдуральная гематома.
12. Диагностика и дифференциальная ЧМТ.
13. ЧМТ при алкогольной интоксикации.
14. Сочетанная ЧМТ с повреждением грудной клетки, брюшной полости, позвоночника, конечностей.
15. Лечение ЧМТ.

16. Реабилитация.
17. Исход ЧМТ.
18. МСЭ.
19. Контрольные вопросы
Перечень средств, используемых на занятии: набор рентгенограмм, КТ, МРТ-граммы
Тематические больные Истории болезни
Литература:
1. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. Учебная литература для слушателей системы последипломного образования. Т.1 и Т.2. - М.: Медицина, 2002.
2. Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под.ред. Н.Н.Яхно, Д.Р. Штульмана, П.В. Мельничука. Т.1 и Т.2. - М.: Медицина, 2003.
3. Виленский Б.С. Неотложные состояния в невропатологии: Руководство для врачей. - СПб: Медицина, 2004.
4. Дифференциальная диагностика нервных болезней: Руководство для врачей/ Под ред. Г.А. Акимова. - СПб: Гиппократ, 1997.
5. Лебедев В.В., Крылов В.В. Неотложная нейрохирургия.- М.: Медицина, 2000.

Тема:Неотложные состояния в неврологии.

.
План занятия:
1. Нарушение сознания, классификация, характеристика.
2. Комы. Деструктивная кома. Дисметаболическая кома. Диагностика коматозных состояний.
3. Шок. Травматический шок. Анафилактический и токсический шок.
4. Эпилептический статус.
5. Миоплегический статус.
6. Акинетический мутизм.
7. Синдром внезапного падения.
8. Каталепсия.
9. Тетанический статус.
10. Акинетический криз.
11. Гипертензионно-гидроцефальный криз.
12. Гипотонический криз.
13. Гипертонический криз.
14. Миастенический криз.
15. Холинергический криз.
16. Вегетативный криз.
17. Злокачественный нейролепатический синдром.
18. Злокачественная гипертермия.
19. Синдром повышения внутричерепного давления и дислокационные синдромы.
20. Нарушение витальных функций.
21. Менингеальный синдром.
22. Контрольные вопросы
Перечень средств, используемых на занятии: набор рентгенограмм, КТ, МРТ-граммы
Тематические больные Истории болезни
Литература:
1.Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. Учебная литература для слушателей системы последипломного образования. Т.1 и Т.2. - М.: Медицина, 2002.
2. Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под.ред. Н.Н.Яхно, Д.Р.

Штульмана, П.В. Мельничука. Т.1 и Т.2. - М.: Медицина, 2003.
3. Дифференциальная диагностика нервных болезней: Руководство для врачей/ Под ред. Г.А. Акимова. - СПб: Гиппократ, 1997.
4. Лебедев В.В., Крылов В.В. Неотложная нейрохирургия.- М.: Медицина, 2000.
5. Практическая нейрохирургия. / Под ред. Б.В. Гайдара. – СПб., «Гиппократ». 2002.
6. Неврология. Национальное руководство под ред. Е.И. Гусева.- М.:ГЭОТАР-Медицина, 2009. - 1035с.

Тема: Эпилепсия
План занятия:
1. Этиология, патогенез, классификация эпилепсии.
2. Диагностика и дифференциальная диагностика эпилепсии.
3. Клиника эпилепсии, эпилептического припадка, эпилептического статуса.
4. Лечение эпилепсии.
5. Контрольные вопросы
Перечень средств, используемых на занятии: набор ЭЭГ-грамм, КТ, МРТ-грамм, рентгенограмм Тематические больные Истории болезни
Литература:
1. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. Учебная литература для слушателей системы последипломного образования. Т.1 и Т.2. - М.: Медицина, 2002.
2. Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под.ред. Н.Н.Яхно, Д.Р. Штульмана, П.В. Мельничука. Т.1 и Т.2. - М.: Медицина, 2003.
3. Дифференциальная диагностика нервных болезней: Руководство для врачей/ Под ред. Г.А. Акимова. - СПб: Гиппократ, 1997.
4. Лебедев В.В., Крылов В.В. Неотложная нейрохирургия.- М.: Медицина, 2000.
5. Неврология. Национальное руководство под ред. Е.И. Гусева.- М.:ГЭОТАР-Медицина, 2009. - 1035с.

Тема: Неврозы и пограничные состояния.
План занятия:
1. Современное представление о патогенезе неврозов и пограничных состояний.
2. Классификация функциональных заболеваний нервной системы.
3. Неврастения, истерия, невроз навязчивых состояний, невротические синдромы, ночной энурез – клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
4. Признаки функционального и органического поражения нервной системы.
5. Современные принципы лечения неврозов.
6. Контрольные вопросы
Перечень средств, используемых на занятии: набор шкал для нейропсихологического исследования, компьютерные программы, Тематические больные Истории болезни
Литература:
1. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. Учебная литература для слушателей системы последипломного образования. Т.1 и Т.2. - М.: Медицина, 2002.
2. Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под.ред. Н.Н.Яхно, Д.Р. Штульмана, П.В. Мельничука. Т.1 и Т.2. - М.: Медицина, 2003.
3. Дифференциальная диагностика нервных болезней: Руководство для врачей/ Под ред. Г.А. Акимова. - СПб: Гиппократ, 1997.
4. Неврология. Национальное руководство под ред. Е.И. Гусева.- М.:ГЭОТАР-Медицина, 2009. - 1035с.

Тема: Соматоневрология.

План занятия:
1. Классификация, патогенез соматоневрологических синдромов.
2. Поражение нервной системы при заболеваниях внутренних органов, сердечно-сосудистых заболеваниях, болезнях органов дыхания, заболевания ЖКТ, болезнях почек, печени.
3. Поражение нервной системы при эндокринных заболеваниях. Неврологические синдромы при сахарном диабете, патогенез, клиника, лечение. Неврологические синдромы при инсулиноме. Неврологические синдромы при заболеваниях гипофиза (акромегалия, болезнь Иценко-Кушинга, гипопитуитаризм, синдром неадекватной секреции АДГ). Неврологические синдромы при заболеваниях щитовидной железы (тиреотоксикоз, гипотиреоз). Неврологические синдромы при заболеваниях надпочечников (аддисонова болезнь, синдром Иценко-Кушинга, гиперальдостеронизм, феохромоцитома). Неврологические синдромы при заболеваниях половых желез.
4. Поражение нервной системы при нарушениях питания. Гипо- и гипервитаминозы. Белково-энергетическая недостаточность. Нарушения водно-электролитного баланса.
5. Поражение нервной системы при заболеваниях крови. Лейкоз. Геморрагический диатез. Гаммапатии. Синдром повышенной вязкости крови. Порфирия.
6. Поражения нервной системы при заболеваниях соединительной ткани.
7. Поражения нервной системы при паранеопластических синдромах.
8. Поражения нервной системы при токсикозе беременных.
9. Поражения нервной системы при алкоголизме.
10. Контрольные вопросы
Перечень средств, используемых на занятии: набор ЭЭГ-грамм, КТ, МРТ-грамм, рентгенограмм Тематические больные Истории болезни
Литература:
1. Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под.ред. Н.Н.Яхно, Д.Р. Штульмана, П.В. Мельничука. Т.1 и Т.2. - М.: Медицина, 2003.
2. Дифференциальная диагностика нервных болезней: Руководство для врачей/ Под ред. Г.А. Акимова. - СПб: Гиппократ, 1997.
3. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. Учебная литература для слушателей системы последипломного образования. Т.1 и Т.2. - М.: Медицина, 2002.
4. Неврология. Национальное руководство под ред. Е.И. Гусева.- М.:ГЭОТАР-Медицина, 2009. - 1035с.

Тема: Медикосоциальная экспертиза.
Рубрика /код/ учебного занятия – Б1.Б.1.16
План занятия:
1. Место экспертизы трудоспособности в работе врача невролога.
2. Определение понятия «экспертиза трудоспособности». Цель и задачи.
3. Показания и порядок направления на МСЭ
4. Виды утраты трудоспособности и методика их определения.
5. Порядок установления и определения временной нетрудоспособности. Правила заполнения и выдачи документов, подтверждающих ВН.
6. Отпуск по болезни и увечью, по уходу за больными членами семьи, для санаторно-курортного лечения.
7. Порядок выдачи и оформления справок при заболевании вследствие опьянения

и бытовых отравлений.
8. Контрольные вопросы
Перечень средств, используемых на занятии: набор ЭЭГ-грамм, КТ, МРТ-грамм, рентгенограмм Тематические больные Истории болезни
Литература:
1. Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под.ред. Н.Н.Яхно, Д.Р. Штульмана, П.В. Мельничука. Т.1 и Т.2. - М.: Медицина, 2003.
2. Дифференциальная диагностика нервных болезней: Руководство для врачей/ Под ред. Г.А. Акимова. - СПб: Гиппократ, 1997.
3. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. Учебная литература для слушателей системы последипломного образования. Т.1 и Т.2. - М.: Медицина, 2002.
4. Неврология. Национальное руководство под ред. Е.И. Гусева.- М.:ГЭОТАР-Медицина, 2009. - 1035с.

Тема: Заболевания периферической нервной системы
План занятия:
1. Введение: сообщение о плане занятия, актуализация проблемы.
2. Сообщение обучающихся Подробно разбирается диагностика и дифференциальная диагностика,
противовоспалительное
лечение
(нестероидные
противовоспалительные препараты, миорелаксанты), этапы
реабилитации,
санаторно-курортное лечение больных с заболеваниями периферической нервной системы, первичная и вторичная профилактика.
3. Разбор тематических ситуационных задач.
Перечень средств, используемых на занятии: Набор ситуационных задач. Мультимедийные презентации и рефераты, подготовленные учащимися по теме, ситуационные тематические задачи
Литература:
1. Журнальные статьи за последние пять лет.
2. Интернет ресурсы
3. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы. – М.: Медицина, 1993. – 463 с.
4. Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. - СПб.; Политехника, 2007. – 616 с.
5. Гехт Б.М., Меркулова Д.М., Меркулов Ю.А., Головкина О.В. Лечение аксональных и демиелинизирующих полиневропатий. // Журнал: Лечение нервных болезней. – 3 . – 2003. – С. 5-9.
6. Болезни нервной системы / Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. – М.:Медицина, 2003. Т. 1.
7. Шток В.Н. Фармакотерапия в неврологии. Практическое руководство. – М.: Медицина. 2000. – 280 с.
8. Зенков Л.Р., Ронкин М.А. Функциональная диагностика нервных болезней: Руководство для врачей. – М.: МЕДпресс-информ. 2002.
9. Неврология. Национальное руководство под ред. Е.И. Гусева.- М.:ГЭОТАР-Медицина, 2009. - 1035с.

Тема: Воспалительные и демиелинизирующие заболевания нервной системы.
План занятий - 2 семинара по 6 часов :
1. Введение: сообщение о плане занятия, актуализация проблемы.
2. Сообщение обучающихся Разбираются принципы
терапии при различных
вариантах воспалительных и демиелинизирующих заболеваниях нервной системы.
определяются
возможные
комбинации
применяемых
препаратов,
противопоказания к их применению и возможные побочные эффекты.
3. Рассматриваются показания к иммуномодулирующей терапии в зависимости от типа течения рассеянного склероза, виды лечения при обострениях, непосредственные и отдаленные результаты лечения, осложнения превентивной терапии, реабилитация больных после воспалительных заболеваний неврной системы, пути первичной профилактики.
4. На семинаре обсуждаются действия врача при критических состояниях при острой демиелинизации, своевременной диагностике и алгоритмы терапии при инфекционных и поствакцинальных поражения нервной системы
5. Разбор тематических ситуационных задач.
Перечень средств, используемых на занятии: Набор ситуационных задач. Мультимедийные презентации и рефераты, подготовленные учащимися по теме, ситуационные тематические задачи
Литература:
1. Журнальные статьи за последние пять лет.
2. Интернет ресурсы
3. Лобзин Ю.В.,Пилипенко В.В., Громыко Ю.Н. Менингиты и энцефалиты. – СПб.: «Издательство ФОЛИАНТ2, 2006. - !»* с.
4. Виленский Б.С. Острые нейроинфекции. Справочник. – СПб.: неврологической клинике. – М.: МЕДпрессинформ. 2003. «Издательство ФОЛИАНТ», 2008. - 72 с.
5. Гусев Е.И., Никифоров А.С., Гехт А.Б. Лекарственные средства в неврологической клинике. – М.: МЕДпрессинформ, 2003.
6. 4. Неврология. Национальное руководство под ред. Е.И. Гусева.- М.:ГЭОТАР-Медицина, 2009. - 1035с.

Тема: Сосудистые заболевания нервной системы
.
План занятий -
1. Введение: сообщение о плане занятия, актуализация проблемы.
2. Сообщение обучающихся
3. Во время изложения материала отражаются современные взгляды на механизм развития острых и хронических нарушений мозгового кровообращения, представляется новая классификация, излагаются основные клинические синдромы, алгоритм физикальной, лабораторной, инструментальной диагностики и дифференциальной диагностики.
4. Разбор тематических ситуационных задач.
Перечень средств, используемых на занятии: Набор ситуационных задач. Мультимедийные презентации и рефераты, подготовленные учащимися по теме, ситуационные тематические задачи
Литература:
1. Журнальные статьи за последние пять лет.

2. Интернет ресурсы
3. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. Т.1. 2. - М.; Медицина. 2002 -. 770 с.
4. Инсульт. Практическое руководство для ведения больных / Пер. с англ.; Под ред. А.А.Скоромца и В.А. Сорокоумова. – СПБ.: Политехника, 1998. – 629 с.
5. Виленский Б.С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение. – СПб: Медицина. 2004. – 288 с.
6. Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта. – М.: Миклош. 2003.
7. Инсульт. Принципы диагностик, лечения и профилактики: краткое руководство для врачей / Под ред. Н.В. Верещагина и др. – М., 2002. – 206 с.
8. Шток В.Н. Фармакотерапия в неврологии. Практическое руководство. – М.: Медицина. 2000. – 280 с.
9. 7. Неврология. Национальное руководство под ред. Е.И. Гусева.- М.:ГЭОТАР-Медицина, 2009. - 1035с.
10. Реабилитация при заболеваниях сердца и сосудов/ С.М. Носков, В.А. Маргазин, А.Н. Шкребко и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 640 с
11. Современные проблемы ревматологии: сб. ст. науч.-практ. конф. с междунар. участием. Вып. 4/ Ред. А.Н. Калягин, Ред. Л.В. Меньшикова; Иркут. гос. мед. ун-т (Иркутск), Иркут. гос. мед. акад. последипл. образования. - Иркутск, 2012. - 208 с

Тема: Вегетативная патология
План занятий:
1. Введение: сообщение о плане занятия, актуализация проблемы.
2. Сообщение обучающихся - Этиология, патогенез -Клиническая картина -Методы диагностики - Основные принципы лечения В - Показания и противопоказания для основных групп лекарственных препаратов
Перечень средств, используемых на занятии: Набор ситуационных задач. Мультимедийные презентации и рефераты, подготовленные учащимися по теме, ситуационные тематические задачи
Литература:
1. Журнальные статьи за последние пять лет.
2. Интернет ресурсы
3. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. Т.1. 2. - М.; Медицина. 2002.
4. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение./ Под. Ред. А.М. ВЕЙНА. – М.: МИА, 2000. – 752 с.
5. Неврология. Национальное руководство под ред. Е.И. Гусева.- М.:ГЭОТАР-Медицина, 2009. - 1035с.

Тема: Наследственные и дегенеративные заболевания нервной системы
План занятий:
1. Введение: сообщение о плане занятия, актуализация проблемы.
2. Сообщение обучающихся
3. разбирается этиология, патогенез, патоморфология, классификация, клиническая картина, основные клинические синдромы, генетическая диагностика
4. Приводятся данные лабораторных и инструментальных методов диагностики, критерии диагностики.
5. Разбираются вопросы дифференциального диагноза, основные принципы лечения, диспансеризации и вопросы медико-социальной экспертизы.

Перечень средств, используемых на занятии: Набор ситуационных задач. Мультимедийные презентации и рефераты, подготовленные учащимися по теме, ситуационные тематические задачи

Литература:

1. Журнальные статьи за последние пять лет.
2. Интернет ресурсы
3. Голубев В.Л., Левин Я.И., Вейн А.М. Болезнь Паркинсона и синдром паркинсонизма. М.: МЕДпресс, 1999. С. 416.
3. Левин О.С., Смоленцева И.Г. Немоторные проявления болезни Паркинсона. М., 2007. 19 с.
4. Левин О.С., Фёдорова Н.В. Болезнь Паркинсона. М., 2006, 256 с.
5. Холин А.В. Магнитно-резонансная томография при заболеваниях центральной нервной системы. – СПб.: Гиппократ, 1999. – 192с.
6. Шток В.Н., Иванова-Смоленская И.А., Левин О.С. и др. Экстрапирамидные расстройства. М.: МЕДпресс-информ, 2002. 606 с.
7. Неврология. Национальное руководство под ред. Е.И. Гусева.-
4. М.:ГЭОТАР-Медицина, 2009. - 1035с.

Методические рекомендации для обучающихся по освоению практических навыков

ЛЮМБАЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ

Люмбальная пункция - введение иглы в подпаутинное пространство спинного мозга на уровне поясничного отдела позвоночника — чаще всего производится с диагностической целью для исследования состава СМЖ. В норме СМЖ совершенно прозрачна. Форменные элементы содержатся в крайне незначительном количестве — лимфоциты (0...3)х10 /л СМЖ; по данным некоторых авторов, цитоз до (5...6)х10 /л также должен считаться нормой. Концентрация белка равна 0,2—0,3 г/л. Известное диагностическое значение имеют и биохимические исследования СМЖ. Так, содержание сахара не превышает обычно 2,75 ммоль/л, т. е. в 2 раза меньше, чем в крови; концентрация хлоридов колеблется в пределах 169,2—225,6 ммоль/л и т. п. Большую ценность могут представить результаты бактериологического исследования СМЖ. Для бактериоскопического и бактериологического исследования СМЖ берут в стерильную пробирку с соблюдением правил асептики. При обнаружении менингококка, стрепто- или стафилококка или же при выявлении микобактерии туберкулеза микроскопия и посев СМЖ помогают выбрать рациональную терапию. Большое значение могут иметь и ряд положительных иммунных реакций, поставленных со СМЖ при сифилисе, брюшном и сыпном тифе, бруцеллезе или других инфекционных заболеваниях.

Для люмбальной пункции необходимо иметь под рукой 5% спиртовой раствор йода, спирт, коллодий, 0,5% раствор новокаина, шприцы на 5 мл и 10 мл, тонкие иглы к шприцам, иглы для люмбальной пункции Тюфье или Бира. Лучше пользоваться гибкими, неломающимися и нержавеющими иридиево-платиновыми иглами. Необходимы также водяной манометр для определения давления СМЖ, стерильные пробирки в штативе, вата и салфетки. Шприц и иглы должны быть хорошо подогнаны и простерилизованы. Предварительно надо проверить, чтобы из иглы для люмбальной пункции свободно вынимался мандрен и его срез точно совпадал со срезом иглы.

Техника выполнения спинномозговой (люмбальной) пункции

Один из помощников удерживает больного в таком положении в момент пункции. Важно, чтобы спина пациента находилась строго во фронтальной плоскости, а остистые отростки позвонков — в сагиттальной плоскости. Если пункция производится в положении сидя, то больного усаживают на табуретку или поперек узкого стола спиной к

его краю и свесив ноги. Мышцы пациента должны быть расслаблены, спина выгнута кзади, а голова наклонена вперед. Для сохранения равновесия больной опирается локтями о бедра или кладет руки на спинку стоящего впереди стула. В этом положении пациента удерживает помощник.

Пальпацией определяют верхние края подвздошных костей и соединяют их линией, перпендикулярной позвоночнику, намечают место пункции. Оно соответствует промежутку между стистыми отростками III и IV поясничных позвонков. Пункцию можно производить и на один промежуток выше или ниже этого уровня. Ориентиры намечают на коже спиртовым раствором йода.

Место, намеченное для пункции, широко обрабатывают спиртовым раствором йода и спиртом. Местное обезболивание производят 0,5% раствором новокаина. Вначале при внутрикожном введении образуют «лимонную корочку», а затем вводят 5—6 мл раствора по ходу будущего прокола на глубину 3—4 см. Приступая к проколу, предупреждают больного и помощника, чтобы во время пункции пациент не двигался.

Врач берет иглу правой рукой, как писчее перо, между II и III пальцами, упираясь I пальцем в головку мандрена, ставит палец левой руки так, чтобы он приходился у самого места намечаемого прокола, чуть ниже остистого отростка.

Направление иглы должно быть по средней линии строго сагиттально; у детей — перпендикулярное к линии позвоночника, а у взрослых — слегка под углом, открытым в каудальном направлении.

Вкалывают иглу осторожно, но с достаточной силой, чтобы проколоть кожу и подкожную клетчатку. Затем иглу продвигают медленно и плавно, прокалывая межостистую связку, желтую связку, твердую и паутинную оболочки. На пути к субарахноидальному пространству производящий пункцию все время чувствует умеренное сопротивление продвижению иглы, оказываемое тканями. В момент проникновения иглы в субарахноидальное пространство ясно воспринимается новое ощущение: нет прежнего сопротивления тканей, игла после легкого «щелчка» вдруг как бы «проваливается». Когда отверстие иглы, по расчету, находится в просвете дурального мешка, врач, придерживая левой рукой павильон иглы, правой извлекает мандрен (обычно неполностью), и тогда в просвете иглы показывается капля СМЖ.

Давление СМЖ измеряют при помощи манометра в виде стеклянной трубки диаметром 1—1,5 мм, которую соединяют посредством резиновой трубки и канюли с иглой. СМЖ заполняет трубку манометра.

По нанесенным на нее делениям отсчитывают давление СМЖ в миллиметрах водяного столба. По нашим наблюдениям, в норме давление СМЖ при люм-бальной пункции колеблется в пределах 100—200 мм вод. ст., если его измеряют в положении лежа, и 200—300 мм вод. ст.— в положении сидя. Ориентировочно определяют давление СМЖ по скорости ее вытекания из иглы (в норме 60—70 кап/мин). Однако такой метод не является точным. Проходимость подпаутинного пространства проверяют с помощью специальных приемов.

Ликвородинамические пробы. Проба Квекенштедта и Пуссепа

Частичное или полное нарушение проходимости субарахноидального пространства (ликворная блокада) является важным признаком некоторых заболеваний нервной системы. Наиболее часто его вызывают опухоли, исходящие из оболочек, корешков и вещества спинного мозга, кисты, арахноидиты, выпадение межпозвоночного диска и другие так называемые объемные или отграничивающие процессы. В результате этого суживается или полностью закупоривается субарахноидальное пространство на уровне объемного процесса, а СМЖ, находящаяся ниже этого уровня, изолируется от жидкости, находящейся выше него. Тесная взаимозависимость венозного и ликворного давлений позволяет обнаружить ликворную блокаду с помощью специальных приемов, приводящих к временному увеличению венозного давления и сопряженному с ним нарастанию давления СМЖ.

К этим приемам относятся ликвородинамические пробы Квекенштедта и Пуссепа, искусственно вызывающие повышение внутричерепного давления, и проба Стуккея, повышающая внутрипозвоночное давление.

Проба Квекенштедта (проба со сдавлением шейных вен). Предварительно производят люмбальную пункцию, к пункционной игле присоединяют манометр и измеряют ликворное давление. Затем охватывают II и I пальцами правой и левой руки нижнюю часть шеи и сдавливают шейные вены в течение 5 с (не дольше 10 с). О достаточном сдавлении вен свидетельствует набухание лицевых и височных вен и покраснение кожи лица с цианотичным оттенком. Венозное полнокровие головного мозга приводит к повышению внутричерепного давления и увеличению первоначального уровня давления СМЖ. В результате высота столба жидкости в манометрической трубке повышается примерно в 2—3 раза по сравнению с начальной. Как только сдавление вен прекращено, столб жидкости вновь опускается до исходного уровня. Наличие двух фаз (быстрого и значительного повышения и последующего быстрого понижения давления СМЖ) указывает на хорошую проходимость ликворного пространства. При полной блокаде субарахноидального пространства проба Квекенштедта не приводит к подъему столба жидкости в манометре, а при частичной блокаде — лишь к некоторому его увеличению.

Проба Пуссепа. Голову больного пригибают к грудине, что приводит к частичному сдавливанию шейных вен и увеличению напряжения мозговых оболочек. Этот прием вызывает небольшое увеличение ликворного давления, примерно на 30—50 мм вод. ст. Возвращение головы в исходное положение сопровождается снижением высоты столба жидкости в трубке по прежнего уровня. С помощью пробы Пуссепа, так же как и при пробе Квекенштедта, искусственно повышают внутричерепное давление и проверяют проходимость субарахноидального пространства.

Проба Стуккея. Нормальное давление ликвора

В отличие от двух описанных ранее, при этой пробе искусственно увеличивают внутрипозвоночное давление. На уровне пупка кулаком или ладонью надавливают на живот в течение 20—25 с. Сдавливание брюшной полости ведет к сдавливанию брюшных вен и застою в венозной системе внутри позвоночного канала. В результате ликворное давление в субарахноидальном пространстве спинного мозга повышается и уровень жидкости в манометре несколько поднимается (примерно в 1,5 раза). Если выше того места, где произведена люмбальная пункция, имеется блокада субарахноидального пространства, то при пробе Стуккея происходит нарастание ликворного давления, в то время как при пробах Квекенштедта и Пуссепа этого не наблюдается. С.Г. Зограбян (1955), оценивая диагностическое значение пробы Стуккея, полагает, что если надавливание на надчревную или иную область живота не сопровождается подъемом столба жидкости в трубке, то это говорит о блокаде в нижнегрудном и поясничном отделах спинного мозга. При блокаде в находящихся выше отделах ликворного пространства и пробе Стуккея, по мнению С.Г.Зограбяна, наблюдается нормальный или почти нормальный подъем и спуск уровня жидкости в трубке. И.Я.Раздольский (1958) подчеркивал, что в противоположность пробе со сдавлением шейных вен проба со сдавлением брюшных вен (проба Стуккея) дает ускорение вытекания СМЖ и при блокаде субарахноидального пространства. Он указывал также, что для выявления субарахноидальной блокады следует обращать внимание на начальное (исходное) давление СМЖ, на скорость поднятия и опускания столба жидкости под влиянием искусственно вызываемого повышения внутричерепного или внутрипозвоночного давления, а также на конечное давление после выпускания определенного количества СМЖ. Для наиболее полного учета этих данных И.Я.Раздольский предложил графическую регистрацию ликвородинамических проб. При свободной проходимости субарахноидального пространства повышение ликворного давления при пробе Квекенштедта происходит быстро, в течение 1—2 с, и также быстро оно снижается до

исходных величин. При частичной блокаде повышение уровня давления происходит медленнее, оно не достигает высоких показателей и падает также медленно, останавливаясь на более высоком, чем до сдавления шейных или брюшных вен, уровне. При полной механической блокаде субарахноидального пространства уровень СМЖ во время пробы Квекенштедта вовсе не повышается, поднимаясь лишь при пробе Стуккея. Иногда для выявления блокады спинального пространства применяют пробу Нонне, не создавая искусственного повышения ликворного давления. Вначале измеряют исходное давление СМЖ, затем выпускают 7—10 мл СМЖ и вновь измеряют «остаточное», или «конечное», давление. При полной блокаде выше места пункции конечное давление резко падает, а при отсутствии блокады выпускание такого количества жидкости вовсе или почти не отражается на давлении. Разумеется, что приведенные здесь величины имеют относительное значение и дают только самое общее представление о соотношение величин давления при различных ликвородинамических пробах. Однако в сочетании с клиническими и другими методами диагностики они приобретают большую ценность.

Ошибки и осложнения спинномозговой пункции. Противопоказания к люмбальной пункции

Для лабораторных исследований СМЖ удаляют медленно, под мандреном, в объеме 2—3 мл, а в некоторых случаях — до 5—8 мл. Если пункцию производят с терапевтической целью (при менингитах, при повышенном внутричерепном давлении), то объем удаляемой жидкости может быть увеличен до 30—40 мл. Однако при этом необходимо контролировать снижение ликворного давления, не допуская возникновения гипотензии. Опасно допускать быстрое истечение жидкости в виде струи, как это бывает при патологически повышенном ликворном давлении. Также опасно производить извлечение СМЖ с помощью шприца. В обоих случаях возникает резкое снижение давления в подпаутинном пространстве спинного мозга. Это может в некоторых случаях привести к возникновению грозного осложнения — дислокации стволового отдела головного мозга с нарушением дыхания и сердечно-сосудистой деятельности. По окончании люмбальной пункции иглу быстро извлекают, место прокола смазывают спиртовым раствором йода и закрывают кусочком стерильной ваты, смоченной коллодием. Больного перевозят в палату и укладывают в постель. В течение первых 2—3 ч после пункции больному рекомендуется лежать на животе без подушки. После этого он может поворачиваться и принимать пищу. Не разрешается приподниматься, садиться, а тем более вставать в течение последующих суток. Безусловно, не рекомендуется производить поясничный прокол в амбулаторных условиях.

При люмбальной пункции могут встретиться технические затруднения и изредка — осложнения. Иногда игла на глубине 2—3 см упирается в кость. При этом надо ее слегка вывести, оставив острие в подкожной клетчатке, а затем, несколько изменив направление иглы, обратив острие немного кверху (к голове больного), вновь произвести прокол. Если это не помогает, то надо извлечь иглу и вновь ввести ее в том же или в другом межостном промежутке. Бывает, что игла проникла в субарахноидальное пространство, но жидкость не вытекает. При этом необходимо, не трогая иглы, снова ввести и опять извлечь мандрен. Если это не помогает, то поворачивают иглу вокруг своей оси, продвигают ее осторожно еще на несколько миллиметров вперед или, наоборот, немного извлекают ее. Осторожное извлечение или продвижение иглы на незначительную глубину позволяет точнее установить срез иглы в просвете канала. При отрицательных результатах всех этих манипуляций надо извлечь иглу, проверить, не закупорился ли просвет ее кусочком ткани или сгустком крови. Если игла «забита», то ее надо заменить и произвести пункцию повторно. Появление при пункции в просвете иглы чистой крови свидетельствует о том, что игла попала в венозное сплетение позвоночного канала. В таких случаях иглу надо извлечь и сделать прокол в другом месте или прекратить пункцию.

Если из иглы вытекает СМЖ, смешанная с кровью, то следует несколько выждать, пока жидкость не станет более или менее прозрачной. Нередко бывает трудно отличить,

является ли примесь крови «артифициальной», т. е. результатом технически неудачно осуществленной пункции, или же примесь крови является следствием субарахноидального кровоизлияния. В момент проникновения иглы в канал больной иногда ощущает кратковременную острую боль вследствие соприкосновения иглы со спинальным корешком. В этом случае больного необходимо успокоить, так как серьезных повреждений при этом не возникает. Некоторые больные в течение нескольких дней после пункции ощущают головные боли, поташнивание. Иногда бывают тошнота, общая слабость, небольшая ригидность затылочных мышц, некоторое повышение температуры тела. Это симптомокомплекс «менингизма», свидетельствующий о раздражении мозговых оболочек. Постпункционный менингизм бывает крайне редко, если люмбальная пункция осуществлена правильно и больной соблюдает назначенный после пункции режим. Для уменьшения явлений менингизма показаны внутривенные введения гипертонического раствора, раствора глюкозы, назначение болеутоляющих средств. Соблюдение правил асептики и технически грамотное осуществление люмбальной пункции исключают возможность занесения инфекции и развития менингита.

Абсолютным противопоказанием к люмбальной пункции является объемный процесс в области задней черепной ямки (опухоль, абсцесс, гематома и др.). Удаление в этих случаях даже небольшого количества СМЖ путем люмбальной пункции как бы «вышибает подставку» в виде ликворного столба, «подпиравшего» снизу образование в задней черепной ямке. Вследствие этого происходит смещение отделов мозга — развивается его дислокация. На первых этапах дислокация протекает скрыто, и только затем, когда происходит ущемление ствола мозга на уровне тенториального отверстия, а продолговатый мозг и миндалины мозжечка вклиниваются в большое затылочное отверстие, происходит бурное и стремительное развитие дислокационного синдрома, угрожающее летальным исходом. В этом случае показана срочная разгрузочная вентрикулярная пункция (см. ниже). Необходимо помнить, что дислокация головного мозга может возникнуть также, если люмбальная пункция с эвакуацией СМЖ произведена при наличии патологического объемного процесса в области височной доли. Естественно, что люмбальная пункция не показана и во всех тех случаях, когда клинически уже имеются проявления дислокации головного мозга, а локализация и характер патологического процесса неизвестны.

Относительными противопоказаниями к люмбальной пункции могут считаться выраженные явления атеросклероза сосудов головного мозга, сопровождающиеся значительным повышением артериального давления.

МИЕЛОГРАФИЯ. ПНЕВМОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ

При применении этого метода обычно используют «позитивные» контрастирующие вещества. В 60—70-х годах прошлого столетия для миелографии применяли масляные растворы соединений йода (липиодол, майодил). В настоящее время эти препараты для миелографии не используют. Они плохо рассасываются. Например, липиодол рассасывается со скоростью примерно 1 мл в год, а вводили его для исследования около 10 мл. Опыт показывает, что при длительном нахождении масляных растворов контрастирующих веществ в дуральном мешке могут образовываться олеогранулемы, в значительной степени страдают корешки, оболочки и сам спинной мозг (липиодоловый радикулит, арахноидит, сдавление спинного мозга). При случайном попадании масляных контрастирующих растворов в цистерны и желудочки мозга возникают сильные головные боли, судороги, а иногда и шокоподобные состояния.

Последующие этапы применения миелографии в середине 70-х годов ознаменовались применением водорастворимых контрастирующих веществ типа абродила или пантопака. Эти препараты выгодно отличались от рассмотренных выше майодила или липиодола, однако тоже не были свободны от недостатков (аллергические реакции,

несовместимость с некоторыми лекарственными препаратами, возможность эмболии легких и т. п.) В настоящее время для позитивной миелографии используют водорастворимые йодсодержащие контрастирующие средства типа амипака, омнипака или димер-Х. Эти вещества практически не вызывают осложнений (за исключением случаев индивидуальной непереносимости) и очень быстро растворяются в СМЖ, не оставляя последствий. Введение в субарахноидальное пространство контрастирующих препаратов часто бывает необходимым для диагностики опухолей и грыж межпозвоночных дисков и зачастую дает не меньше полезной для врача информации, чем рентгеновская компьютерная или магнитно-резонансная томография.

Пневмоэнцефалография — метод лучевой диагностики, позволяющий получить изображение полостей и пространств головного мозга, содержащих СМЖ, путем искусственного контрастирования их газом, введенным посредством люмбальной или субокципитальной пункции. Чаще для пневмоэнцефалографии используют воздух и реже — кислород. Воздух, вводимый обычно при поясничном проколе при положении больного сидя, распространяется вверх, заполняет субарахноидальное пространство и проникает в желудочки головного мозга. Через апертуры газ проникает в IV желудочек, оттуда по водопроводу в III желудочек и через межжелудочковые отверстия — в боковые желудочки. Ликворосодержащие пространства головного мозга, заполненные газом

(воздухом
или
кислородом),
хорошо
различимы
на
рентгенограммах.

Пневмоэнцефалограммы позволяют судить о расположении желудочков мозга, их конфигурации и величине, а также дают представление о заполняемости наружного субарахноидального пространства и базальных цистерн. Правильная трактовка полученных пневмоэнцефалограмм возможна лишь при знании нормальных соотношений ликворных пространств с целым рядом образований мозга.

В неврологической практике пневмоэнцефалография показана при последствиях травм, воспалительных заболеваний головного мозга и его оболочек. Она помогает диагностировать атрофические, сморщивающие и рубцующие процессы в головном мозге и слипчивые процессы в мозговых оболочках. Менее широко пневмоэнцефалография применяется для выявления интракраниального объемного процесса. Это объясняется тем, что при выявлении опухоли головного мозга, абсцесса или гематомы необходимо проведение неотложного оперативного вмешательства в течение ближайших часов после пневмоэнцефалографии. В противном случае начавшиеся после этой диагностической процедуры дислокационные явления при наличии объемного процесса в полости черепа будут неуклонно прогрессировать и могут привести к смерти больного. Вот почему невролог, оценивая показания к пневмоэнцефалографии у больного с подозрением на объемный процесс в области больших полушарий мозга, должен отдать предпочтение сложным методам лучевой диагностики (КТ, МРТ), а также предусмотреть возможность проведения оперативного вмешательства по поводу выявленного патологического процесса.

Противопоказания к пневмоэнцефалографии. Абсолютным противопоказанием для обычной пневмоэнцефалографии во всех случаях является наличие объемного процесса в области задней черепной ямки, так как дислокация с ущемлением ствола и продолговатого мозга может развиться уже после эвакуации нескольких миллилитров СМЖ.

Техника. Все необходимое для проведения пневмоэнцефалографии готовят заранее. На специальном столике должны находиться, кроме пункционных игл, шприцев на 10 и 20 мл, простерилизованный шприц на 2 мл для инъекций средств, поддерживающих дыхание и сердечную деятельность, прибор для измерения давления СМЖ, раствор новокаина для анестезии, стерильный перевязочный материал, 3—5% спиртовой раствор йода, спирт, коллодий. Из медикаментов — 5% водный раствор аммиака, ампулы с кофеином, камфорой, лобелином. Под рукой должна находиться наполненная кислородом подушка. При подготовке больного к пневмоэнцефалографии накануне рекомендуется сделать очистительную клизму, на ночь назначить снотворные. Утром больного не кормят и, в зависимости от его общего состояния (эмоциональная напряженность, чрезмерные вегетативные реакции, артериальная гипотония), за полчаса до процедуры вводят внутримышечно 1—2 мл 2,5% раствора аминазина или 1—2 мл 2% раствора димедрола, либо подкожно 1 мл 10% раствора кофеина, 1—2 мл 2% раствора промедола. Можно использовать препараты типа реглана и дипидолора. Всегда необходима психологическая подготовка больного к предстоящей процедуре с разъяснением ее особенностей, ожидаемых ощущений и инструкция о поведении больного во время ее выполнения. Особенности методики обычной пневмоэнцефалографии состоят в том, чтобы порциями производить замену удаляемой СМЖ воздухом и так изменять положение головы и шеи больного при этом, чтобы обеспечить проникновение газа в желудочковую систему и подпаутинное пространство головного мозга. Крайне желательно контролировать рентгенологически проникновение газа интракраниально уже после введения его первой порции, не извлекая пункционной иглы. Вот почему пневмоэнцефалографию следует проводить в рентгеновском кабинете. Желательно также иметь приспособления для опоры тела больного и фиксации его головы при пневмоэнцефалографии. Больного усаживают на винтовой стул у вертикально поставленного рентгеновского стола, на котором и смонтированы приспособления. Ноги пациента помещают на подставку, которой служит полка универсального штатива, а подбородок опирается на специальную подставку — подбородник. Если приспособления отсутствуют, то голову и руки больного помещают на высокий столик так, чтобы спина больного была слегка согнута. Один из помощников врача все время находится у больного, осуществляя контроль за переносимостью пациентом процедуры, а также поддерживая его сбоку, фиксируя туловище и голову в определенном положении. Врач, производящий пневмоэнцефалографию, располагается сзади больного на низком табурете. Под местной анестезией производят люмбальную пункцию и после измерения исходного ликворного давления медленно, каплями (с полуизвлеченным из иглы мандреном) удаляют 2—3 мл СМЖ, которые направляют на анализ. Затем с помощью шприца на 10 мл больному вводят 5—6 мл воздуха (или кислорода, предварительно взятого через иглу, введенную в шланг кислородной подушки). Воздух набирают в шприц через несколько слоев стерильной марли. Очень важно, чтобы измерение давления СМЖ и замена первых нескольких миллилитров ее газом производились очень медленно и осторожно, чтобы избежать резких перепадов внутричерепного давления. Скорость введения (5 мл/мин) контролируют с помощью часов. Желательно заменять СМЖ небольшими порциями газа (5—10 мл) и тщательно следить при этом, чтобы количество введенного газа не оказалось меньше количества выведенной СМЖ. Поэтому, учитывая возможность утечки газа через зазор между поршнем и стенками шприца, а также в месте соединения шприца с

павильоном пункционной иглы, рекомендуется вводить большее количество газа, чем удалено в измерительную мензурку СМЖ (соотношение выведенной СМЖ и введенного газа приблизительно 1:2). После введения очередной порции газа следует выждать не менее 1 мин, не вынимая канюли шприца из павильона иглы, чтобы газ, поднимающийся по подпаутинному пространству спинного мозга, успел распространиться вверх и проникнуть в большую затылочную цистерну. После введения первых 10—15 мл газа необходимо сделать контрольную рентгенограмму черепа в передней проекции (в положении больного сидя), чтобы судить о проходимости ликворной системы, отсутствии или наличии смещения желудочков мозга в сторону от средней линии и, в зависимости от этого, решать вопрос о том, как дальше проводить пневмоэнцефалографию у данного пациента. Если на контрольной рентгенограмме (рентгенограммах) обнаруживают смещение желудочков, что указывает на наличие объемного процесса супратенториальной локализации (опухоль, абсцесс, гематома), то выведение СМЖ обычно прекращают из-за опасности возникновения дислокационных явлений и развития ущемления ствола головного мозга. Вопрос о необходимости дополнительного введения газа решают в зависимости от состояния больного и степени контрастирования желудочковой системы, необходимой для постановки точного топического диагноза. Если же контрольная рентгенограмма свидетельствует о хорошей проходимости ликворных путей и отсутствии смещения желудочков, то продолжают замену извлекаемой СМЖ газом. Для успешного проведения пневмоэнцефалографии существенное значение имеет положение головы и шеи больного в период проведения процедуры. В начале введения газа рекомендуют слегка наклонить голову больного вперед, чтобы увеличить объем большой затылочной цистерны.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»
Медицинский институт
Кафедра госпитальной терапии

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПСИХИАТРИЯ, НАРКОЛОГИЯ»

Код направления подготовки (специальности)	31.05.03
Направление подготовки (специальности)	Стоматология
Профиль подготовки, специализация, магистерская программа	Психиатрия, наркология
Квалификация (степень) выпускника	Специалист
Форма обучения	Очная
Код дисциплины	**Б1.О.30**

Грозный

2024 г.

Идрисов К.А. Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Психиатрия, наркология» / Сост. К.А. Идрисов – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова», 2024 г. – с.31

Методические указания к практическим занятиям рассмотрены на заседании кафедры госпитальной терапии, рекомендована к использованию в учебном процессе (протокол №9 от 16.05.2024 г), составлены в соответствии с требованиями ФГОС ВО по направлению подготовки 31.05.03 Стоматология, квалификации (степень) – специалист, утвержденного Приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 12.08.2020г., за N 984, с учетом учебного плана по данному направлению подготовки, одобренного Ученым советом ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова»

© К.А. Идрисов, 2024 г.

©ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова», 2024 г.

Практическое занятие 1.

Организация психиатрической помощи в Российской Федерации. Основы законодательства РФ в области психиатрической помощи.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.

1. Психически больной имеет право на: А) Санаторно-курортное лечение.
   Б) Занятие соответствующей профессиональной деятельностью.
   В) Участие в голосовании, если он не признан в законодательном порядке недееспособным.
   Г) Все перечисленное.

2. В течение, какого времени пациент может находиться недобровольно в психиатрическом стационаре без санкции судьи: А) 24 часа.
   Б) 48 часов. В)
   72 часа.

3. В течение какого времени должно поступить в суд заявление и результаты комиссионного освидетельствования пациента, госпитализированного в недобровольном порядке: А) 24 часа.
   Б) 48 часов. В)
   72 часа.

4. Диспансерное наблюдение за психически больным устанавливается в случае:
   А) Хронического или затяжного течения заболевания.
   Б) Выраженности психических расстройств, не зависимо от их длительности.
   В) Хронического и затяжного психического расстройства с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.

5. Является ли решение судебно-психиатрической экспертной комиссии обязательным для суда:
   А) Обязательно всегда.
   Б) Обязательно в специально оговоренных случаях.
   В) Традиционно обязательно. Г)
   Необязательно.

Ответы: 1 – Г; 2 – В; 3 – В; 4 – В; 5 – Г.

Методические указания

Задача, практического занятия, стоящая перед студентами, заключается в закреплении теоретической информации об организации психиатрической помощи в

Российской Федерации. Особое внимание уделяется условиям психиатрического освидетельствования, показаниям для стационарного и амбулаторного лечения, правам и обязанностям пациентов и медицинского персонала.

Средства выполнения задачи – изучение и обсуждение текста Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», других нормативных документов по организации психиатрической помощи, выполнение задач по изучаемой теме.

Практическое занятие 2. Расстройства ощущений и восприятия. Расстройства внимания.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.

1. ПСЕВДОГАЛЛЮЦИНАЦИИ БЫЛИ ОПИСАНЫ:

А) Корсаковым;

Б) Крепелином; В) Кандинским; Г) Блейлером.

2. ГИПЕРЭСТЕЗИЯ ВХОДИТ В СТРУКТУРУ:

А) Галлюцинаторно-бредовго синдрома;

Б) Апатико-абулического синдрома;

В) Астенического синдрома;

Г) Синдрома лакунарной деменции

3. У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ ПРИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ УСЛОВИЯХ МОГУТ ИМЕТЬ МЕСТО СЛЕДУЮЩИЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ:

А) Панорамические;

Б) Сложные;

В) Простые; Г) Элементарные.

4. ОТМЕТИТЬ ВАЖНЕЙШИЙ ПРИЗНАК ИСТИННЫХ ГАЛЮЦИНАЦИЙ:

А) Являются для больного частью реального мира;

Б) Ярче по утрам;

В) Чрезвычайно изменчивы; Г) Воспринимаются сверхчувственно.

5. КАКИЕ ИЛЛЮЗИИ, ПРИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ УСЛОВИЯХ, МОГУТ ИМЕТЬ МЕСТО У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ:

А) Аффективные;

Б) Вербальные; В)

Парэйдолические;

Г) Никакие.

Ответы: 1 – В; 2 – В; 3 – Г; 4 – А; 5 – А.

Методические указания.

Практическое занятие начинается с установления уровня исходных знаний у студентов, без чего невозможно выполнение задачи занятия.

В начале занятия 5-10 минут отводится студентам для самоконтроля по вопроснику. Контроль преподавателя состоит в опросе каждого студента по вопроснику и по дополнительным, уточняющим материал, вопросам и занимает 15-20 минут.

В соответствии с контрольными вопросами, отметить условнорефлекторный характер ощущений и восприятий, показать зависимость: восприятия от прошлого опыта, от внимания, установки, эмоционального состояния. Выделить различие образов восприятия и представления, а также связь восприятий и представлений с деятельностью анализаторов и с первой сигнальной системой.

Рассматривая вопрос об иллюзиях и галлюцинациях следует дать их описание по Эскиролю и деление по анализаторам на слуховые, зрительные, обонятельные, вкусовые, осязательные, соматические. При выделении различных форм галлюцинаций - прежде всего, отграничиваются истинные галлюцинации от псевдогаллюцинаций. Кроме того, надо дать понятие о функциональных галлюцинациях и об их отличиях от иллюзий, о сновидных галлюцинациях в форме гипногогических и гипнопомпических об элементарных галлюцинациях в форме акоазмов и фотопсий.

При рассмотрении, вопроса о психосенсорных нарушениях надо выяснить различие между дереализацией, деперсонализацией, обращаясь при этом к клиническим примерам и иллюстративному материалу. Следует остановиться на психосенсорных нарушениях типа нарушения восприятия величины (микро- и макропсии), формы (метаморфопсии) и др., феноменах «уже видено», «никогда не видено».

Необходимо остановиться на объективных признаках галлюцинаций, клиническом значении расстройств восприятия. Дать студентам четкое представление о галлюцинозах (алкогольном, травматическом, шизофреническом, энцефалитическом) и о делирии (алкогольном, травматическом, инфекционном).

Выясняя патофизиологические теории галлюцинаций следует отметить связь галлюцинаций с патологической инертностью, раздражительного процесса в первой или второй сигнальной системе, значение гипнотических фазовых состояний по И.П. Павлову и показать, что сновидные галлюцинации обусловлены возникновением парадоксальной и уравнительной фаз в коре головного мозга (тормозная теория Е.А. Попова). Отметить связь психосенсорных нарушений с гипнотическими фазовыми состояниями.

Следует остановиться на рассмотрении определения внимания - индивидуальной способности сконцентрировать психические процессы на определенном объекте, на определенном явлении, сосредоточиться на нем. Внимание может быть и кратковременным процессом и длительный состоянием. От сохранности внимания, полноты и совершенства его отдельных качеств зависят ощущения и восприятия, запоминание и воспроизведение, мыслительные процессы, деятельность человека и в конечном итоге само сознание.

Различается внимание непроизвольное (пассивное), когда оно не обусловлено волевым актом человека. В основе непроизвольного внимания лежит безусловный ориентировочный рефлекс. Произвольное (активное) внимание обусловлено волевым актом, связано с сознательно поставленной целью. Среди клинических форм расстройства внимания следует отметить гиперметаморфоз внимания - повышенную отвлекаемость часто, встречающуюся при состояниях растерянности, трудность быстрого переключения внимания, «прикованность» к определенному кругу явлений. В качестве, клинических примеров можно отметить нарушения внимания при маниакальном синдроме, при остром бредовом состоянии, при депрессии, при эпилепсии.

Практическое занятие 3. Расстройства интеллекта. Расстройства памяти.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.

1. ФИКСАЦИОННАЯ АМНЕЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ:

   А) Синдрома Корсакова;

   Б) Депрессивного синдрома;

   В) Синдрома Кандинского; Г) Онейроидного синдрома.

2. КАКОМУ ВИДУ НАРУШЕНИЙ ПАМЯТИ ПРЕДШЕСТВУЕТ КОМАТОЗНОЕ СОСТОЯНИЕ:

   А) Прогрессирующей амнезии;

   Б) Конфабуляциям;

   В) Ретроградной амнезии; Г) Криптомнезиям.

3. ПО ЗАКОНУ РИБО ПРОТЕКАЕТ:

   А) Фиксационная амнезия;

   Б) Прогрессирующая амнезия; Г) Антероградная амнезия; Д) Ретроградная амнезия.

4. ПРИ ЛАКУНАРНОЙ ДЕМЕНЦИИ НЕ НАРУШЕНА СПОСОБНОСТЬ К:

А) Абстрагированию;

Б) Комбинаторике; В) Обобщению и выбору; Г) Самокритике.

5. ОБРАТИМЫЙ ХАРАКТЕР ИМЕЕТ:

А) ретроградная амнезия;

Б) фиксационная амнезия;

В) истерическая амнезия

Г) Прогрессирующая амнезия

Ответы: 1 – А; 2 – В; 3 – Б; 4 – Г; 5 – В).

Методические указания.

Память - это отражение прошлого опыта, заключающееся в запоминании, сохранении, воспроизведении и узнавании того, что раньше было воспринято, пережито или сделано. При анализе определения памяти, необходимо остановиться, на каждом из условно выделяемых этапов процесса памяти: запоминании, сохранении, воспроизведении и узнавании. Касаясь клинических проявлений расстройств памяти следует дать студентам обследовать больных с гипермнезией, если таковые случаи встречаются в клинике, гипомнезией и амнезией, парамнезией, амнестическим синдромом.

Вопрос об амнестическом (корсаковском) синдроме уместно связать с раскрытием важности выделения нозологической формы - корсаковского психоза, подчеркнуть клинические особенности указанной нозологической формы.

Говоря о гипомнезиях и амнезиях следует дать понятие о наиболее часто встречающихся заболеваниях, при которых наблюдается снижение и выпадение памяти - дисмнестические формы деменции, прогрессирующая амнезия при старческом слабоумии.

Интеллект - сложное понятие, включающее сумму знаний и опыта, способность к постоянному пополнению имеющегося запаса сведений, знаний и накоплению опыта, возможность применения их для образования новых умозаключений и суждений для целей практической деятельности.

Степень интеллектуального развития связана с врожденными качествами нервной системы, но еще в большей степени зависит от внешних условий, от среды, от общества, от социального строя.

Основными предпосылками интеллекта являются: память, внимание, речь, эмоционально-волевые качества, необходимо отметить тесную связь интеллекта со всеми психическими функциями, в особенности с мышлением.

В соответствии с контрольными вопросами следует раскрыть особенности недоразвитая интеллектуальных функций, что клинически выражается в форме малоумия разных степеней (идиотия, имбецильность дебильность) и снижении уровня

интеллекта, что клинически выражается в форме слабоумия, надо отметить различие слабоумия по глубине - частичное (лакунарное) и полное (тотальное), по видам – паралитическое, эпилептическое, старческое и пр.

Надо указать относительность значения психологических тестов, необходимость сочетать их с данными клинического исследования больных, отметив, что психологический метод значительно дополняет изучение симптомов патологии интеллекта в его отдельных структурных элементах (память, внимание, ассоциативная деятельность и пр.).

Практическое занятие 4.
Расстройства мышления.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.

1. НАЛИЧИЕ БРЕДА ЭТО - 1. Всегда признак психоза. 2. Свидетельство об особенностях характера. 3. Явление, которое нередко встречается и у здоровых. 4. Явление, которое не говорит еще ни о здоровье, ни о болезни.
2. БЕССВЯЗНОЕ МЫШЛЕНИЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ: 1. Делирия; 2. Аменции; 3. Онейроида; 4. Сумеречного состояния.
3. ПСИХИЧЕСКИЕ АВТОМАТИЗМЫ – ЭТО: 1.Вид сумеречного состояния; 2.Вариант галлюцинаций; 3.Разновидность иллюзий; 4.Чувство постороннего воздействия.
4. ПСЕВДОГАЛЛЮЦИНАЦИИ СОПРОВОЖДАЮТСЯ БРЕДОВЫМИ ИДЕЯМИ: 1.Самообвинения; 2.Ущерба; 3.Воздействия; 4.Ревности.
5. УКАЗАТЬ ВАЖНЕЙШИЙ ПРИЗНАК ПСЕВДОГАЛЛЮЦИНАЦИЙ: 1. Отсутствие критики; 2. Появление только вечером; 3. Восприятие в субъективном пространстве; 4. Быстрое угасание.

Ответы: 1 – 1; 2 – 2; 3 – 4; 4 – 3; 5 – 3.

Методические указания.

В практическом занятии необходимо разъяснить студентам основные физиологические и психологические данные относительно мышления. Дать определение мышлению, как высшей формы отражения мозгом человека внутренних связей сущности явлений объективной реальности.

В соответствии с контрольными вопросами раскрыть перед студентами, что физиологической основой мышления является сочетанная деятельность сигнальных систем, главным образом второй сигнальной системы, отражающей на более высоком уровне не только прошлое и настоящее, но и будущее. При этом образуются условные рефлексы - временные связи - ассоциации.

Процесс мышления протекает с использованием запаса знаний, опыта и при активном участии памяти, внимания, эмоционально-волевой сферы.

При психических заболеваниях патологически нарушаются качества мышления. О патологии мышления судят по речи больного, по письменному изложению переживаний.

Для удобства клинического изучения расстройств мышления их следует сгруппировать по патологии темпа, стройности и целенаправленности.

При изучении патологии темпа мышления надо выделить для курации студентам больного с ускорением или замедлением ассоциаций, возникающих в единицу времени. При демонстрации больного и при описании психического статуса больного должно быть четкое представление о скачке идей, заторможенности, обстоятельности, персеверации, шперрунге. При изучении патологии стройности мышления следует продемонстрировать разорванность, бессвязность, вербигерацию, используя речь больного или его творчество. При изучении патологии целенаправленности мышления следует показать студентам резонерство, аутистическое мышление, символическое мышление, неологизмы.

Следует связать изучение патологии мышления с нозологическими формами, при которых она наиболее часто встречается. При анализе примеров разорванности мышления: следует упомянуть, что такого рода симптоматика наиболее часта при шизофрении, в зависимости от курируемых больных следует связать патологию мышления в форме обстоятельности - с эпилепсией, скачку идей - с маниакальным состоянием и т.п.

На клинических примерах раскрыть определение бредовой идеи как симптома психического заболевания – т.е. неверного умозаключения, не поддающегося разубеждению и возникающего в связи с патологией высшей нервной деятельности головного мозга, а также противопоставить бредовую идею ошибкам суждения в виде религии и суеверий.

Классификацию бредовых идей по содержанию, по степени систематизации необходимо подавать только на клинических, примерах, давая студентам для исследования и описания психического статуса больных с бредовыми идеями преследования, всех разновидностей бреда преследования - бред воздействия химического, физического, гипнотического и пр., бред отравления, обвинения,; ущерба и пр., бредовыми идеями величия - бред богатства, особого происхождения, изобретательства, реформаторства и пр., бредовыми идеями, самоуничижения - бред греховности, самообвинения, ипохондрический, нигилистический и пр. В каждом случае следует касаться классификации бреда по систематизации - относя его к бреду толкования или к образному (чувственному) бреду.

Уместно указать нозологическую форму психического заболевания, при которой наиболее закономерно встречаются бредовые идеи, используя при этом больных, которых обследуют студенты (параноидная форма шизофрении, сифилитический психоз, алкогольный параноид; и пр.).

Сверхценные идеи следует доказать в динамическом развитии - вначале как естественную психологическую реакции на реальные события, затем - патологическое преобразование суждений, занявших не соответствующее их значению преобладающее положение в сознании с развитием чрезмерного эмоционального напряжения.

Навязчивые явления (обсессии) заключаются в непроизвольном, непреодолимом возникновении мыслей, воспоминаний, сомнений, страхов, стремлений, действий,

движений при сознании их болезненности и при сохранности критики к ним, чем они отличаются от бреда.

Следует остановиться на отвлеченных навязчивостях - бесплодное мудрствование, навязчивый счет и пр. и на образных формах навязчивостей, среди которых наиболее важно рассмотреть фобии (агорафобия, клаустрофобия, канцерофобия, танатофобия, кардиофобия и пр.

Уместно связать изучение клинических данных обсессий с клиническими примерами, продемонстрировать больного или историю болезни, выписки из историй болезни, указав нозологические формы, при которых наиболее часто встречаются навязчивые явления (обсессивно-фобический невроз, обсессивно-компульсивный невроз).

Практическое занятие 5.

Расстройства эмоционально-волевой сферы. Расстройства психомоторной сферы.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.

1. УБРАТЬ ЛИШНЕЕ: 1. Подавленное, тоскливое настроение; 2. Заторможенность мышления; 3. Суицидальные мысли; 4. Двигательная заторможенность.
2. УБРАТЬ ЛИШНЕЕ: 1. Повышение настроения; 2. Улучшение состояния к вечеру; 3. Ускорение течения ассоциаций; 4. Двигательное возбуждение.
3. ДИСФОРИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: 1.Тоскливостью; 2.Тоскливой тревожностью; 3.Злобной тоскливостью; 4.Повышенным настроением с оттенком гневливости.
4. ГИПОБУЛИЯ – ЭТО: 1.Усиление волевой активности; 2.Исчезновение волевой активности; 3.Ослабление волевой активности; 4.Искажение волевой активности.
5. ГИПЕРБУЛИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ: 1.Парафренного синдрома; 2.Маниакального синдрома; 3.Депрессивного синдрома; 4.Кататонического синдрома.

Ответы: 1 – 3; 2 – 2; 3 – 3; 4 – 3; 5 – 2.

Методические указания.

В практическом занятии необходимо показать связь эмоциональном сферы с психомоторикой - мимикой, позой, движениями.

Эмоции - это выражение субъективного отношения человека к тому, что он в данный момент ощущает и воспринимает, представляет в своем воображении и вспоминает, осмысляет и познает.

Следует отметить классификацию эмоций на низшие и высшие; указать, что низшие эмоции связаны с безусловно-рефлекторной деятельностью, с инстинктами, высшие - с условно-рефлекторной деятельностью, на отрицательные и положительные; на стенические и астенические. Разбирая вопрос о физиологической основе, чувств отметить их связь с безусловными и условными рефлексами, с установкой динамического

стереотипа, с вегетативной нервной системой, еѐ подкорковыми образованиями и представительством в коре.

В соответствии с контрольными вопросами необходимо дать четкое понятие о делении эмоций в зависимости от силы и длительности: а/ настроение - нерезко выраженное и сравнительно длительное эмоциональное состояние; б/ страсть- сильное, глубокое стойкое чувство; в/ аффект – бурная, но кратковременная эмоция, «эмоциональный взрыв».

Рассматривая вопрос об аффектах необходимо остановиться на различии физиологического и патологического аффектов, отметив такие признаки, как нарушение сознания на высоте аффекта, амнезия на этот период, недостаточная мотивация поступков, чрезмерная иррадиация аффекта, слишком выраженная вегетативно-вазомоторная и психомоторная реакция. Отметить судебно-психиатрическое значение патологического аффекта.

Следует дать клиническую классификацию нарушений эмоциональной сферы: гипестезия, связанная, с высоким порогом чувственного возбуждения; чувственная гиперестезия с низким порогом чувственного возбуждения, которая выражается в виде слабодушия и эмоциональной лабильности. Остановиться на чувственной амбивалентности, а такте на извращении, неадекватности эмоциональной сферы, указать на симптомы гипотимических нарушений - депрессию, дисфорию; гипертимических нарушений - маниакальнее состояние, эйфорию, морию, экстатическое состояние.

Рассматривая вопрос о расстройстве настроения следует указать на особенности гипертимических состояний при маниакально-депрессивном психозе, прогрессивном параличе, опухолях головного мозга, токсической эйфории при алкогольном опьянении, при действии морфия и закиси азота, при дурашливой веселости при гебефренном возбуждении, экстатическом состоянии при эпилепсии. Отметить своеобразие депрессивного состоянии и характер тоски при маниакально-депрессивном психозе, при реактивной депрессии, при инволюционной меланхолии, особенности предсердечной тоски и взрыва тоскливости.

Особо следует отметить методику исследования и описания эмоциональных расстройств, недопустимость терминологических формулировок без клинического описания симптомов. При описании расстройств эмоциональности следует исходить из состояния психомоторики, т.е. той стороны психической деятельности, которая отражает эмоциональность. В неѐ входит мимика, походка, поза, выразительные индивидуальные движения, тональность речи, громкость голоса.

В практическом занятии необходимо раскрыть понятие воли, как индивидуальной способности к сознательной, целеустремленной психической деятельности, связанной с преодолением препятствий. Следует подчеркнуть, что в осуществлении двигательно-волевых актов большую роль играют сознание, мышление и интеллект, которые участвуют в подготовке и выполнении волевых актов.

Рассматривая клинические формы расстройств волевой произвольной деятельности, надо особо отметить искусственность этого разделения. Остановиться на гипобулии - понижении волевой активности, гипербулии - патологическом повышении волевой активности, абулии - отсутствии волевых побуждений и стремлений, что обычно сочетается с апатией (апатикоабулический синдром).

Парабулия - извращение воли и влечений. К расстройствам влечений относятся пиромания, клептомания, дромомания и др. К парабулическим двигательным нарушениям относятся парамимия, импульсивность.

Для демонстрации двигательно-волевых нарушений следует рассмотреть кататоническое возбуждение с парабулическими явлениями (парамимия, эхолалия, эхопраксия, импульсивность).

Практическое занятие 6.

Расстройства сознания.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.

1. ПОЛНОЕ ПОГРУЖЕНИЕ В МИР ФАНТАСТИЧЕСКИХ ГРЕЗЕПОДОБНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ: 1. Делирии; 2. Аменции; 3. Сумерках; 4. Онейроиде.
2. УБРАТЬ ЛИШНЕЕ: 1. Отрешенность от реального мира; 2. Наплыв иллюзий и галлюцинаций; 3. Непоследовательность мышления, вплоть до бессвязности; 4. Дезориентировка.
3. НАПЛЫВ ЗРИТЕЛЬНЫХ ИЛЛЮЗИЙ И ГАЛЛЮЦИНАЦИЙ ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ: 1. Делирии; 2. Аменции; 3. Онейроиде; 4. Сумерках.
4. СТУПОР – ЭТО: 1.Вариант нарушения сознания; 2.Двигательное оцепенение; 3.Вид бреда; 4.Особый синдром.
5. УКАЗАТЬ СИНДРОМ, ОТРАЖАЮЩИЕ НАИБОЛЕЕ ГЛУБОКИЙ УРОВЕНЬ ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА: 1. Галлюцинаторнобредовый; 2. Делириозный; 3. Депрессивный; 4. Навязчивостей.

Ответы: 1 – 4; 2 – 2; 3 – 1; 4 – 2; 5 – 2.

Методические указания.

Следует рассмотреть определение сознания: высшая, специфически человеческая форма отражения действительности, которая возникает и формируется в процессе общественно выработанных представлений, понятий, в процессе повседневной трудовой деятельности человека. Это философское, гносеологическое определение сознания.

Клиническое определение сознания: - сознание - это человеческая психика в целом, в еѐ общественно-исторической обусловленности, это внутренняя сущность любого человеческого психического процесса.

Физиологическая сущность сознания - функционирование определенной части головного мозга, обладающей в данное время оптимальной возбудимостью (И.П. Павлов).

Следует остановиться на рассмотрении общих признаков, свойственных всем синдромам патологии сознания (Ясперс), подчеркнув, что для диагноза патологии сознания необходимо установить наличие всех указанных признаков: а/ затруднение или полная невозможность восприятия окружающего; б/ дезориентировка в/ нарушение мышления - бессвязность, слабость суждений; г/ отрывочность воспоминаний, амнезия.

Наиболее подробно следует остановиться на рассмотрении клинических форм патологии сознания, иллюстрируя их показом больных, клиническими задачами, таблицами, связывая их возникновение с действием вредных факторов на мозг человека (инфекции, интоксикации, травмы).

Патология сознания обычно рассматривается в двух группах: состояния выключения (количественные нарушения сознания) - оглушение, сопор, кома, помрачение сознания – (качественное нарушение) – делирий, онейроид, сумерки, аменция и др., однако, следует отметить, что это деление весьма условно. Привести примеры сложных синдромов нарушенного сознания – напр. делириозно-аментивного. Указать на нестойкость и кратковременность синдромов нарушенного сознания, колебания глубины выключения и помрачения сознания, серьезность прогностического их значения.

В качестве критериев ясности сознания используют: правильность различных видов ориентировки; правильность акта восприятия, осмысления, эмоционально-двигательных проявлений; выявление степени последующей амнезии или еѐ отсутствие.

Понятие о психосоматических и соматопсихических отношениях. Психосоматическое балансирование. Соматические нарушения, обусловленные психическим заболеванием (ургентная патология, галлюцинаторно-бредовые расстройства, депрессия).

Практическое занятие 7. Расстройства личности.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.

1. НАПРЯЖЕННАЯ АВТОРИТАРНОСТЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТ:
   1.Истероидов; 2.Циклоидов; 3.Эпилептоидов; 4.Шизоидов.
2. НАЛИЧИЕ ПСИХЭСТЕТИЧЕСКОЙ ПРОПОРЦИИ ОБЪЯСНЯЕТСЯ:
   1.Реалистическим мышлением; 2.Эмоциональным мышлением; 3.Аутистическим мышлением; 4.Разорванным мышлением.
3. ДЕМОНСТРАТИВНОСТЬ – ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ПРИЗНАК:
   1.Психастеничности; 2.Шизоидности; 3.Истероидности; 4.Эпилептоидности.
4. ТРЕВОЖНАЯ МНИТЕЛЬНОСТЬ – ЧЕРТА: 1.Шизоидов; 2.Астеников; 3.Психастеников; 4.Циклоидов.
5. СКЛОННОСТЬ К ТРЕВОЖНЫМ СОМНЕНИЯМ ПРИСУЩА:
   1.Астеникам; 2.Психастеникам; 3.Эпилептоидам; 4.Истероидам.

Ответы: 1 – 3; 2 – 3; 4 – 3; 4 – 2; 5 – 2. **Методические указания.**

Содержание занятия. Определение расстройства личности (психопатии). Этиопатогенез (ядерные, органические, краевые). Критерии диагностики Ганнушкина-Кербикова (тотальность, стабильность, социальная дезадаптация). Критерии диагностики расстройств личности в МКБ-10. Астеническая психопатия (зависимое и избегающее расстройство личности). Психастеническая психопатия (ананкастическое расстройство личности). Шизоидная психопатия (шизоидное расстройство личности). Эпилептоидная психопатия (порганичное расстройство личности эмоционально-лабильный тип). Циклоидная психопатия. Неустойчивая психопатия (диссоциальное расстройство личности). паранойяльная психопатия (параноидное расстройство личности). Динамика расстройств личности (компенсация и декомпенсация). Варианты декомпенсации (реакции, фазы, развития). Фармакологическая и психотерапевтическая коррекция. Экспертиза. Содержание темы: определение психопатии, ее границы, классификация, лечение.

Раздел о психопатии является наиболее трудным для усвоения как в смысле определения сущности психопатий, так и определения границ психопатической личности и отграничения ее от других болезненных состояний.

В тех случаях, когда в лекционном курсе отсутствует лекция о психопатиях, практические занятия должны начинаться с определения, что такое психопатия.

Под психопатиями надо понимать такой патологический склад характера, в котором дисгармонично сочетаются неустойчивость эмоциональных реакций и поведения с нормальным, иногда и высоким интеллектом. Эта дисгармоничность является выражением врожденной неполноценности. Психопатия не есть болезнь, а есть патологический характер. Психопатические черты характера выявляются таким образом с первых лет жизни. Влияние внешней среды, воспитание в определенных социальных условиях могут либо смягчить, либо усиливать врожденные психопатические черты характера.

Демонстрация больного с психопатией крайне необходима, без чего понимание сложной проблемы психопатий будет очень затруднено. Собеседование с психопатом требует особого методического приема, которому надо обучить будущих врачей. Психопат должен иметь возможность самостоятельно, без соответствующего активного вмешательства врача, рассказать о своей жизни, о становлении своего характера, о взаимоотношениях с окружающими, о своих жизненных установках. Только в такой спонтанной передаче с очевидностью можно уловить психопатическую структуру характера.

В коррекции психопатии необходимо подчеркнуть основную роль социальной среды и выработки у психопата установки на полезную трудовую деятельность.

Средствами для выполнения задачи является методическое пособие кафедры психиатрии ИГМА – «Методика исследования психически больного и схема истории болезни», атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности, сведения из больничной истории болезни и записей в журнале дежурного персонала о поведении больного. Студент (или пара студентов) обследует больного, проводит клиническое исследование и описывает психический статус больного. Длительность работы.

Практическое занятие 8.

Психогенные психические расстройства.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.

1. УКАЖИТЕ, КАКОЙ ВИД КОНФЛИКТА ВЕДЕТ К НЕВРОТИЗАЦИИ:
   1. Острый межличностный. 2. Хронический межличностный. 3. Хронический внутриличностный неосознаваемый. 4. Хронический внутриличностный осознаваемый.
2. КАКАЯ СИМПТОМАТИКА НАЗЫВАЕТСЯ «ОБЩЕНЕВРОТИЧЕСКОЙ»: 1.Астеническая. 2. Депрессивная. 3. Ипохондрическая. 4. Психопатическая.
3. НАЛИЧИЕ ПСИХАСТЕНИЧЕСКИХ ЧЕРТ ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ К:
   1. Любому виду невроза. 2. Неврастении. 3.Неврозу навязчивых состояний. 4.Истерическому неврозу.
4. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ФОБИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ: 1. Кардиофобия. 2. Кляустрофобия. 3. Агорафобия. 4. Фобофобия.
5. УКАЗАТЬ ИСТЕРИЧЕСКИЙ КОНФЛИКТ (ПО Б. В. ИОВЛЕВУ): 1. «Не имею достаточно сил, но хочу». 2. «Не имею права, но хочу». 3. «Боюсь ответственности, но хочу».

Ответы: 1 – 3; 2 – 1; 3 – 3; 4 – 3; 5 – 2.

Методические указания.

Содержание занятия. Изучение раздела психогений, которые составляют главное содержание так называемой малой психиатрии, имеет исключительное значение для врачей непсихиатров. При изучении этого раздела в курсе психиатрии особенно отчетливо выявляется тесная связь между соматической медициной и психиатрией.

Больные с неврозами чаще обращаются за медицинской помощью к невропатологам, терапевтам, врачам санатория. Представление о психогенных заболеваниях. Невроз как психогенное, конфликтогенное психическое расстройство. Преморбид, внутриличностный конфликт, клинические особенности и течение основных неврозов (неврастении, фобического невроза, обсессивно-компульсивного невроза, истерического (конверсионного) невроза). Динамика астенического синдрома при неврастении (гиперстения, раздражительная слабость, гипостения). Динамика фобического синдрома (паническая атака, кардоифобия, агорофобия, фобофобия). Обсессивнокомпульсивные расстройства (навязчивые сомнения, мизофобия, навязчивая медлительность, контрастные навязчивости). Конверсионные и диссоциативные расстройства. Невротическая реакция, невротическое состояние, невротическое развитие личности. Этапы невротического развития (соматических жалоб, невротической депрессии, нажитой психопатизации). Соматоформные расстройства как вариант этапа соматических жалоб. Разновидности соматоформных расстройств. Связанные со стрессом расстройства (адаптационные реакции, посттравматическое стрессовое расстройство). Варианты течения посттравматического стрессового расстройства. Реактивные психозы (аффективно-шоковые реакции, подострые реактивные психозы, истерические психозы). Тактика и экспертиза при реактивных психозах. Терапия при психогенных расстройствах невротического и психотического уровня. Психофармакотерапия. Психотерапия, виды и показания.

При разборе больных с неврастенией, кроме знакомства с клиническими особенностями и течением самого невроза (о чем всегда хорошо рассказывает сам больной), нужно обратить внимание студентов на дифференциальные критерии. неврастении, как невроза от неврастенического синдрома. При этом очень важно напомнить студентам, что с неврастенического синдрома могут начинаться многие психические, неврологические и даже соматические заболевания (прогрессивный паралич, пресенильный психоз, шизофрения, болезнь Боткина и др.).

Истерия относится к числу тех заболеваний, которые могут выражаться синдромами психопатологическими, неврологическими и соматическими. Именно клиническим полиморфизмом истерии объясняется трудность диагностики этого невроза. Для облегчения усвоения этого сложного раздела необходимо дать возможность студентам курировать больных с истерией, протекающей с выраженными психопатологическими синдромами, а также в форме вегетосоматических расстройств. Ко второй группе—больные с истерическими параличами, сурдомутизмом, амавротом, неукротимой рвотой, истерическими непроходимостью, спазмами и т. д. Удельный вес расстройств второй группы несомненно более значителен, так как больные с этими симптомами лечатся у врачей-соматиков. Студентами должны быть проработаны дифференциально-диагностические критерии истинных соматических заболеваний от истерических. При этом, очень важно, чтобы студенты поняли одно чрезвычайно важное обстоятельство, что за так называемыми «истерическими» расстройствами может скрываться тяжелое органическое, соматическое заболевание: опухоль мозга, энцефалит, раковая болезнь, гипертоническая, язвенная болезнь.

В разделе тревожных расстройств одним из самых трудных является вопрос о границах между ними. Эти особенности должны быть подчеркнуты в истории болезни курирующими студентами.

Для установления диагноза обсессино-фобического или обсессивнокомпульсивного невроза студентов надо обучить методу клинического анализа полученных анамнестических данных.

Средствами для выполнения задачи является методическое пособие кафедры психиатрии ИГМА – «Методика исследования психически больного и схема истории болезни», атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности, сведения из больничной истории болезни и записей в журнале дежурного персонала о поведении больного. Студент (или пара студентов) обследует больного, проводит клиническое исследование и описывает психический статус больного. Длительность работы.

Практическое занятие 9. Психические расстройства, вызванные употреблением алкоголя.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.

1. УТРАТА СИТУАЦИОННОГО КОНТРОЛЯ ЭТО СИМПТОМ: 1. Бытового пьянства; 2. Первой стадии алкоголизма; 3. Второй стадии алкоголизма; 4. Третьей стадии алкоголизма.

2. НА ТРЕТЬЕЙ СТАДИИ АЛКОГОЛИЗМА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К АЛКОГОЛЮ: 1. нарастает; 2. держится на максимальном уровне; 3. снижается.
3. К ПРИЗНАКАМ ПЕРВОЙ СТАДИИ АЛКОГОЛИЗМА НЕ ОТНОСИТСЯ: 1. рост толерантности к алкоголю; 2. утрата защитного рвотного рефлекса; 3. потеря количественного контроля; 4. сформированный абстинентный синдром.
4. АЛКОГОЛЬНЫЙ ДЕЛИРИЙ РАЗВИВАЕТСЯ: 1. на фоне запоя; 2. на вторые – третьи сутки после окончания запоя; 3. через две-три недели после окончания запоя.
5. К ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛЬНЫМ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯМ НЕ ОТНОСИТСЯ: 1. корсаковский психоз; 2. алкогольный псевдопаралич; 3. энцефалопатия Гайе-Вернике.

Ответы: 1 – 4; 2 – 3; 3 – 4; 4 – 2; 5 – 3.

Методические указания.

Занятие начинается с рассмотрения вопроса о влиянии однократного приема алкоголя на соматическое и психическое состояние. После того, как студенты познакомились с клиникой и патофизиологией острого опьянения, необходимо провести клиническую дифференциальную диагностику между тяжелым алкогольным опьянением и патологическим опьянением. Студенты должны уяснить себе социальное и судебномедицинское значение обеих форм опьянения.

Необходимо дать четкие клинические границы понятия хронического алкоголизма (непреодолимое влечение к алкоголю, изменение толерантности к нему и наличие синдрома похмелья). У лиц с только что развившимся тяготением к вину надо выявить и показать значение сохранности личности, критического понимания надвигающейся личной катастрофы. Подчеркнуть огромную роль коллектива, общественности в борьбе с пагубным влечением. Безусловно важно рассмотреть со студентами все меры лечения и длительной профилактики алкоголизма у той группы больных, у которых правильное и своевременное лечение дает избавление от дальнейшего пьянства.

Останавливаясь на вопросах алкогольной деградации, необходимо показать и разобрать соответствующего больного и показать весь путь его физического и морального распада.

Разобрать особенности алкоголизма у женщин и подростков. Особое внимание уделить клинике и динамике алкогольного абстинентного синдрома. Если в клинике имеется больной с острым алкогольным психозом, занятие надо начать с демонстрации и разбора этого больного. Дифференцировать варианты острых алкогольных психозов (алкогольный делирий, галлюциноз, параноид). Уметь диагностировать хронические алкогольные психозы (параноид, галлюциноз, Корсаковский психоз). Показать основы неотложнаой помощи при алкогольном опьянении, абстиненции. Тактику при острых алкогольных психозах. Дать понятие о лечение алкогольной зависимости. Этапы, виды терапии, особенности ремиссий.

Практическое занятие 10.
Наркомании и токсикомании.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.

1. ПОСТОЯННЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ НАРКОМАНИЙ И ТОКСИКОМАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ: 1. Психическая зависимость; 2. Физическая зависимость; 3. Деградация личности; 4. Присоединение грубых нарушений со стороны внутренних органов.
2. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛАЯ АБСТИНЕНЦИЯ ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ: 1. Бензиновой токсикомании. 2. Героиновой наркомании. 3. Эфедроновой наркомании. 4. Интоксикации ЛСД-25.
3. ПРИ КАКОЙ НАРКОМАНИИ ПОЧТИ ВСЕГДА ИМЕЕТСЯ ТОЛЬКО ПСИХИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ: 1. Героиновой. 2. Эфедроновой. 3. К галлюциногенам. 4. Кодеиновой.
4. ДЕГРАДАЦИЯ ЛИЧНОСТИ ПРИ НАРКОМАНИЯХ И ТОКСИКОМАНИЯХ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПРОЯВЛЯЕТСЯ В: 1. Уходе во внутренний мир; 2. Исчезновении высших эмоций; 3. Снижении энергетического потенциала; 4. Снижении памяти.
5. К НАРКОТИЧЕСКИМ ВЕЩЕСТВАМ НЕ ОТНОСЯТСЯ: 1. опиаты; 2. летучие растворители (бензин, ацетон и т.д.); 3. каннабиоиды (вещества, получаемые из конопли); 4. галлюциногены.

Ответы: 1 – 1; 2 – 2; 3 – 3; 4 – 2; 5 – 2.

Методические указания.

Наркомании. Клиника, диагностика, течение, терапия наиболее распространенных наркоманий (опийной, каннабиоидной, обусловленной злоупотреблением психостимуляторами, галлюцинагенами). Варианты острого наркотического опьяненения, абстиненции. Терапия наркоманий. Токсикомании (ингаляционные, лекарственные), клиника, диагностика, течение, терапия. Табакокурение. Роль современных терапевтических подходов в наркологии. Психотерапия. Желательно, чтобы студенты докладывали больных, ими же курируемых. Самое существенное—выявить условия, способствующие появлению привыкания. Студенты должны ознакомиться с соматическими симптомами наркомании: внешний вид больного, общее истощение, постарение, цвет, тургор кожи, наличие следов инъекции (рубцы). Очень важно, чтобы студенты усвоили психопатологию абстинентного синдрома: двигательное беспокойство, тревога, тоска, иногда иллюзорногаллюцинаторные явления. При этом, как правило, со стороны физического статуса наблюдается падение сердечной деятельности, уровня артериального давления, боли по ходу желудочно-кишечного тракта, рвоты, поносы.

Практическое занятие 11.
Психические расстройства при органических заболеваниях головного мозга.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос, выберите из предложенных вариантов ответов все правильные варианты.

1. В возникновении делириозиых состояний имеют значение:
   а) токсический фактор (алкоголь, лекарственные препараты)
   б) психогенный фактор
   в) инфекции, тяжело протекающие соматические заболевания
   г) сосудистые заболевания головного мозга
   д) физическое переутомление

2. Больной в прошлом перенес тяжелую черепно-мозговую травму. В текущем году у него неожиданно, независимо от времени суток, на фоне сохраненного сознания появляются судорожные подергивания мимической мускулатуры, далее начинают подергиваться пальцы рук, затем мышцы ноги, такие состояния длятся 2-3 минуты, заканчиваются самостоятельно. Больного беспокоит, что эти нарушения возникают до 5-6 раз в день. Наиболее вероятно, что у больного:
   а) абсанс
   б) абортивный генерализованный припадок
   в) генерализованный судорожный припадок
   г) джексоновский припадок (фокальный)

3. У больного грипп, высокая температура. При осмотре беспокоен, суетлив, в беседе часто отвлекается, в окружающей обстановке ориентировка нарушена, часто вскакивает с постели, что-то ищет под подушкой, заглядывает под кровать, копается в постельном белье, шарит рукой по стене, пытался поймать воображаемых насекомых, порой испуганно озирается, разговаривает сам с собой. Наиболее вероятно, что у больного:
   а) галлюцинаторный синдром
   б) параноидный синдром
   в) делириозный синдром
   г) сумеречное расстройство сознания
   д) аментивный синдром

4. Среди перечисленных эмоциональных нарушений для органических заболеваний головного мозга наиболее характерно:
   а) слабодушие
   б) чувственное притупление
   в) гипертимия
   г) эмоциональная неадекватность

5. Болезни Альцгеймера и Пика:

а) относятся к группе пресенильных деменций

б) относятся к дефектам развития головного мозга

в) часто сопровождаются астеническим синдромом

г) неврологически часто проявляются афазией, агнозией, апраксией

Ответы: 1 – а, в, г; 2 – г; 3 – в; 4 – а; 5 – а, г.

Методические указания.

Внимание студентов обращается на общие основы данного раздела, в том числе, основные формы, характер и течение психических нарушений, наблюдаемых при психических заболеваниях экзогенно-органического происхождения. Распознавание, дифференциальная диагностика. Общие принципы и основные методы лечения профилактика органических психических расстройств.

Основным методическим приемом при изучении этих больных является строгая последовательность и тщательность в изучении анамнеза жизни с обращением внимания на наличие экзогенных вредностей в прошлом, на характерологические особенности больного до настоящего заболевания. Исследованию психического статуса должно предшествовать не менее подробное соматическое обследование больного. Студенты должны представлять себе, что природа и характер психических нарушений могут быть различны, в зависимости от особенностей экзогенного (соматического, инфекционного, посттравматического, сосудистого) страдания, от быстроты и тяжести его развития. Беседа с больным должна выявить ведущий психопатологический синдром: нарушены ли сознание, восприятие, память, настроение; установить, какова динамика этого синдрома в зависимости от основного соматического заболевания. Общая характеристика статики и динамики органических психических расстройств. Церебрастенический синдром. Психоорганический синдром (триада Вальтер-Бюэля). Варианты психоорганического синдрома по К. Шнейдеру (астенический, эксплозивный, апатический, эйфорический). Психоэндокринный синдром М. Блейлера и нарушение психики при эндокринопатиях. Переходные синдромы Вика (Корсаковский синдром и др.). Острые экзогенного типа реакции Карла Бонгеффера (делирий, аменция, сумерки, вербальный галлюциноз). Органическое (амнестическое) слабоумие. Соматогенные психические заболевания (кардиогенные, гепатогенные, уремичсекие). Квадриада признаков К. Шнейдера. Депрессии и тревожные расстройства при соматических заболеваниях. Сосудистые психические расстройства. Психические расстройства после черепно-мозговой травмы. Психические расстройства при опухолях мозга. Инфекционные психичсеские расстройства. Нарушения психики при энцефалитах (клещевом и эпидемическом). Сифилитические расстройства (сифилис мозга и прогрессивный паралич). Психические расстройства при СПИДе. Нарушения психики, обусловленные радиационным поражением.

Практическое занятие 12. Шизофрения.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.

1. «РАСЩЕПЛЕНИЕ ПСИХИКИ» – ЭТО: 1.Наличие у человека двух или более субличностей; 2.Несоответствие поведения переживаниям; 3.Желание «не быть, а казаться»; 4.Нарушение единства психики.
2. ПРИ ШИЗОФРЕНИИ НИКОГДА НЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ: 1.Астения; 2.Депрессия; 3.Кататония; 4.Лакунарная деменция.
3. ДЛИТЕЛЬНО ТЕКУЩАЯ ШИЗОФРЕНИЯ ВСЕГДА ПРОТЕКАЕТ С: 1.Псевдогаллюцинациями; 2.Кататоническими расстройствами; 3.Онейроидом; 4.Эмоционально-волевым снижением.
4. УКАЖИТЕ НА РАССТРОЙСТВО МЫШЛЕНИЯ, ИМЕЮЩЕЕ МЕСТО ТОЛЬКО ПРИ ШИЗОФРЕНИИ: 1.Обстоятельность; 2.Бессвязность; 3. «Скачка идей»; 4.Разорванность.
5. НА БЛАГОПРИЯТНОЕ ТЕЧЕНИЕ ШИЗОФРЕНИИ УКАЗЫВАЕТ НАЛИЧИЕ: 1. Псевдогаллюцинаций. 2. Эмоционально-волевого снижения. 3. Онейроида. 4. Делирия.

Ответы: 1 – 4; 2 – 4; 3 – 4; 4 – 4; 5 – 3.

Методические указания.

Шизофрения – определение и классификации. Тесная взаимосвязь между интеллектуальной, эмоциональной и поведенческой деятельностью на примере здоровой психики. Понятие «схизиса» (расщепления психики при шизофрении). Эмоционально-волевое снижение (астенический, психопатоподобный, апатико-абулический варианты). Ранние симптомы шизофрении (нарастающий аутизм, снижение психической активности, побуждений, тонкие нарушения в течении ассоциаций, суждений и эмоциональной деятельности). Клиническое проявление развернутых форм болезни. Типы течения шизофрении. Соматические симптомы шизофрении. Дифференциальная диагностика шизофрении с шизофреноподобными синдромами, наблюдаемыми при некоторых психических заболеваниях. Лечение, исход шизофрении. Патогенез. Патологическая анатомия. Вопросы организации стационарной и диспансерной психиатрической помощи больными шизофренией. Трудовая, военная и судебно-психиатрическая экспертиза при шизофрении.

Шизотипическое расстройство (латентная и вялотекущая шизофрения). Диагностические критерии. Расщепление психики и эмоционально-волевое снижение при шизотипическом расстройстве. Разновидности (неврозоподобная, психопатоподобная, простая). Проблема паранойи. Динамика малопрогредиентных форм шизофрении. Терапия. Вопросы экспертизы.

Бредовые расстройства нешизофренического круга. Пример инволюционного параноида, паранойяльного развития личности. Тактика при бредовых расстройствах.

Самое существенное в этом разделе — показать студентам, что же в этих аморфных, еще нерезко выраженных синдромах и симптомах является шизофреническим, что является только шизофреноподобным.

Это обстоятельство делает настоятельно необходимым предпослать разбору курируемых больных краткое напоминание того, что значит сам термин «шизофрения», как надо понимать понятие «расщепление психики», нарушение единства целостности психики, и каким образом это расстройство взаимосвязи психических процессов можно клинически уловить и как его описать. С этой целью приходится разобрать с группой студентов понятие целостности психической деятельности; показать на примере здоровой психики тесную взаимосвязь между интеллектуальной, эмоциональной и поведенческой деятельностью. Целесообразно начинать разбор больного с выраженными и очерченными симптомами шизофрении. Наиболее легкой для усвоения является кататоническая форма в ступорозном ее проявлении. Студенты должны уметь описать все клинические слагаемые этого синдрома и показать их на больном (мутизм, пассивный, активный негативизм., восковидная гибкость).

Разбор курируемых больных можно начать и с простои формы шизофрении. Акцент разбора надо поставить на анализе тонких психопатологических синдромов (таких, как нарастающий аутизм, снижение психической активности, побуждений, тонкие нарушения в течении ассоциаций, суждений и эмоциональной деятельности).

Крайне необходимо на конкретных клинических случаях показать студентам, что шизофренический процесс далеко не всегда начинается бурными, очевидными симптомами психоза. Постепенное нарастание вялости, апатии, неадекватности и нарушения мышления могут быть настолько тонки, что представляют значительные трудности для отнесения их к болезненным симптомам шизофрении.

Для подтверждения одного из основных свойств шизофренического процесса, наклонности к прогредиентному затяжному течению надо продемонстрировать студентам больных шизофренией с многолетней давностью. Следует подчеркнуть те типические изменения всей личности, которые обозначаются как исходное состояние.

Студенты знакомятся и с психологическими методами исследования, выясняющие характер нарушения течения ассоциаций, мышления, эмоциональной сферы.

Средствами для выполнения задачи является методическое пособие кафедры психиатрии ИГМА – «Методика исследования психически больного и схема истории болезни», атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности, сведения из больничной истории болезни и записей в журнале дежурного персонала о поведении больного. Студент (или пара студентов) обследует больного, проводит клиническое исследование и описывает психический статус больного. Длительность работы

Практическое занятие 13.
Аффективные расстройства.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.

1. ПРИ МАСКИРОВАННОЙ ДЕПРЕССИИ АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ СКРЫТЫ: 1.Неприятными телесными ощущениями; 2.Нарастающей тревогой; 3.Психопатоподобным поведением;
   4.Астенией.

2. УБРАТЬ ЛИШНЕЕ: 1.Подавленное, тоскливое настроение; 2.Заторможенность мышления; 3.Суицидальные мысли; 4.Двигательная заторможенность.

3. ГНЕВЛИВАЯ МАНИЯ – ЭТО: 1. немотивированное, обычно внезапно возникающее расстройство настроения тоскливо-злобного характера; 2. повышенное настроение с легким переходом от улыбки к гневу или раздражению; 3. ощущение утраты чувств, осознанное чувство утраты теплоты эмоциональных реакций; 4. полное равнодушие, безучастность ко всему окружающему и своему положению, отсутствие эмоциональных реакций на внешние раздражители.

4. ПРЕОБЛАДАНИЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО: 1. для алкогольного галлюциноза; 2. для циклотимии; 3. для истерии; 4. для психастении; 5.
   для шизофрении.

5. ИНВОЛЮЦИОННАЯ МЕЛАНХОЛИЯ ОБЫЧНО ПРОЯВЛЯЕТСЯ: 1. тоскливой депрессией; 2. тревожной депрессией; 3. дисфорической депрессией; астенической депрессией.

Ответы: 1 – 1; 2 – 3; 3 – 2; 4 – 2; 5 – 2.

Методические указания.

Содержание темы. Проблема депрессии в современной медицине. Многообразие депрессивных расстройств. Понятие маскированная депрессия. соматизированная депрессия как вариант маскированной. Структура «маски». Дистимическое расстройство. Характерологическая дистимия. Диагностика депрессий во время приема врача общей практики. Течение аффективных расстройств (монополярноге, биполярное, континуальное). Циклотимия и циклофрения (маниакально-депрессивный психоз). Ремиссии и интермиссии. Предвестники рецидива. Сезонный фактор. Эндокринный фактор. Диагностика аффективных расстройств с помощью клинико-метрических шкал. Современные подходы к терапии аффективных расстройств (антидепрессанты, нормотимики, нейролептики, электроконвульсивная терапия, депривация сна, светотерапия). Проблема суицидов. Диагностика суцидального поведения. Помощь пациентам с суицидальным поведениям. Типы суицидальных реакций. Варианты постсуицида. Суицидальное поведение больных с различными психическими заболеваниями. Профилактика суицидального поведения.

Практическое занятие начинается с разбора больного, находящегося или в маниакальном или депрессивном состоянии. При этом важно обратить внимание студентов на необходимость тщательного анализа как психического состояния, так и состояния соматических функций. В соматическом обследовании в равной мере нуждаются больные как в маниакальной, так и депрессивной фазе. При анализе психического состояния должно быть учтено соответствие между интеллектуальным, эмоциональным и двигательным компонентами. На практических занятиях необходимо особое внимание студентов обратить на содержание и характер речевого возбуждения, на

повышенное настроение, на особенность мимики, жестов, всегда находящихся в гармоническом единстве с интеллектуальной и эмоциональной сферами.

При разборе депрессивного больного отчетливо демонстрируется адекватность нарушений всех сторон психической деятельности, при этом также обращается внимание на весь облик больного, его поведение, мимику, моторику, речь и настроение. При соматическом обследовании больных студенты должны особенно обратить внимание на состояние его сосудистовегетативных функций: на уровень артериального давления, частоту пульса, состояние кожных покровов, деятельность желудочно-кишечного тракта, динамику веса, ширину зрачков. Из обменных исследований важны цифры содержания сахара крови, основного обмена.

При дифференциальной диагностике биполярного аффективного расстройства от депрессивного и маниакального синдрома иного генеза, следует опираться именно на вышеуказанные особенности клинической картины и ее течения. Крайне необходимо, чтобы студенты знали при каких других психических заболеваниях могут встречаться аналогичные маниакальные и депрессивные состояния. Среди них надо особое внимание уделить вопросу о возможности появления маниакального синдрома при коллагенозе и при лечебном применении стероидных гормонов (кортизона, преднизона, преднизолона). Для студентов непсихиатров самым существенным является усвоение ранних признаков начинающейся депрессии. Следует сделать акцент на (необходимость обязательного стационирования всякого больного с циркулярной депрессией и организацию усиленного надзоре в период лечения, в связи с упорными тенденциями суицидального характера, которые нередко наиболее отчетливы именно в начальном периоде депрессивного состояния. Необходимость стационирования больного в состоянии маниакального возбуждения, особенно с гневливостью, диктуется тем, что такие больные очень трудны и небезопасны в быту и в обществе.

Средствами для выполнения задачи является методическое пособие кафедры психиатрии ИГМА – «Методика исследования психически больного и схема истории болезни», атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности, сведения из больничной истории болезни и записей в журнале дежурного персонала о поведении больного. Студент (или пара студентов) обследует больного, проводит клиническое исследование и описывает психический статус больного.

Практическое занятие 14.

Психические расстройства при эпилепсии.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.

1. ЯВЛЕНИЯ «УЖЕ ВИДЕННОГО»: 1. Никогда не встречаются у здоровых; 2. Свидетельствуют о наличии эпилепсии. 3. Могут иметь место у лиц с врожденным левшеством; 4. Являются важным признаком шизофрении.
2. К ИЗМЕНЕНИЯМ ЛИЧНОСТИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ НЕ ОТНОСИТСЯ:
   1. Гиперсоциальность; 2. Педантичность; 3. Тревожность; 4. Дисфоричность.

3. КРАТКОВРЕМЕННОЕ (НЕ БОЛЕ НЕСКОЛЬКИХ СЕКУНД) ОТКЛЮЧЕНИЕ СОЗНАНИЯ, ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ: 1. Симптоме «обрыва мыслей»; 2. Абсансе; 3. Фиксационной амнезии; 4. Сумерках.
4. АУРА – ЭТО: 1.Начало припадка; 2.Предвестник припадка; 3.Феномен, который может иметь место у здоровых; 4.Истерическое расстройство.
5. ИЗМЕНЕНИЕ ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: 1.Замедлением психической деятельности; 2.Ускорением психической деятельности; 3.Резким ухудшением памяти; 4.Грубым нарушением критичности.

Ответы: 1 – 3; 2 – 3; 3 – 2; 4 – 1; 5 – 1.

Методические указания.

Содержание темы. Этиология и патогенез, предрасполагающие факторы. Изучение клиники эпилепсии лучше начать с рассмотрения наиболее характерного: изменения характера при эпилепсии. Известно, что эти изменения в одинаковой степени касаются как мышления, эмоций, так и поведения больного. Вот почему, прежде чем начать расспрос больного, надлежит обратить особое внимание студентов на внешний вид больного, на его походку, осанку, на речь, интонации.

При этом в самом начале беседы студенты обязательно обращают внимание на обстоятельность, вязкость ассоциативного процесса. Педагог должен обратить внимание студентов на внешний вид больного, как он причесан, одет, в каком состоянии его обувь, постель. Этот осмотр должен убедить студентов в том, что наиболее характерной чертой поведения больного является аккуратность, скрупулезность, чрезмерная педантичность.

Основное правило этой беседы — предоставить возможность самому больному рассказать о своей болезни. Для того, чтобы подчеркнуть значительность этого методического приема необходимо показать студентам как ненужно и неправильно беседовать с больным эпилепсией. Нельзя больного спрашивать: «у вас бывают припадки», «вы падая, упускаете мочу?». — Нужно чтобы больной сам об этом рассказал, и тогда, именно, в собеседовании с больным с предельной ясностью выявляется вся сущность большого эпилептического припадка.

Клиническая характеристика и закономерности течения эпилепсии. Клинические проявления: пароксизмы (припадки, расстройства сознания, расстройства настроения, психосенсорные расстройства), острые и хронические эпилептические психозы, изменения личности (торпидность, взрывчатость, педантизм, эгоцентризм, вязкость мышления, эмоциональная ригидность). Варианты и клинические особенности эпилептических пароксизмов

(фокальные, первично-генерализованные, вторичногенерализованные).Современная классификация (идиопатическая, криптогенная, симптоматическая). Дифференциальная диагностика эпилепсии как самостоятельной нозологической единицы от эпилептического синдрома различного генеза. По вопросу дифференциальной диагностики надлежит перед разбором и демонстрацией соответствующего больного осветить студентам современное состояние вопроса об эпилепсии. Эпилепсия как психическая болезнь есть только одна, с ее клиническим полиморфизмом и тенденцией к затяжному, прогредиентному течению. Все же остальные формы эпилептических припадков или «эпилепсии», которые рассматриваются под этим диагнозом в курсе неврологии, не являются эпилептической болезнью, а лишь одним из синдромов

проявления болезни различного генеза. Эпилептическая реакция. Патоформологические изменения при эпилепсии. Интерпароксизмальные расстройства (эпилептические особенности личности, когнитивные нарушения, слабоумие). Основные критерии диагностики эпилепсии. Лечение (принципы комплексной терапии, основные лекарственные препараты). Основные группы противосудорожных средств, препараты универсального (карбамазепин, вальпроаты и др.) и избирательного действия (барбитураты, фенитоин, бензодиазепины, сукцинимиды). Принципы и методы лечения: длительность, непрерывность, индивидуальность. Условия назначения и отмены, цели, осложнения противосудорожной терапии. Вопросы трудовой, военной и судебной экспертизы.

Практическое занятие 15. Умственная отсталость.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.

1. ОЛИГОФРЕНИЯ ИМЕЕТ ТЕЧЕНИЕ: 1. прогрессирующее; 2. стабильное; 3. регрессирующее.
2. ИЗ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ДЕБИЛЬНОСТИ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ СТРАДАЕТ: 1. абстрактное мышление; 2. механическая память; 3. счет; 4. темп умственной деятельности.
3. ПРИ СИНДРОМЕ ДАУНА ПРЕОБЛАДАЮТ СЛУЧАИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ В СТЕПЕНИ: 1. дебильности; 2. имбецильности; 3. идиотии.
4. К ГЕНЕТИЧЕСКИМ ФОРМАМ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ ОТНОСИТСЯ: 1. синдром Дауна; 2. синдром Шерешевского-Тернера; 3. синдром Кляйнтфельтера; 4. фенилкетонурия.
5. ДЕТИ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ В СТЕПЕНИ ДЕБИЛЬНОСТИ: 1. учатся в массовой школе; 2. учатся в коррекционной школе для умственно отсталых; 3. признаются необучаемыми.

Ответы: 1 – 2; 2 – 1; 3 – 2; 4 – 4; 5 – 2.

Методические указания.

Следует рассмотреть понятие интеллект. Интеллект - сложное понятие, включающее сумму знаний и опыта, способность к постоянному пополнению имеющегося запаса сведений, знаний и накоплению опыта, возможность применения их для образования новых умозаключений и суждений для целей практической деятельности.

Степень интеллектуального развития связана с врожденными качествами нервной системы, но еще в большей степени зависит от внешних условий, от среды, от общества, от социального строя.

Основными предпосылками интеллекта являются: память, внимание, речь, эмоционально-волевые качества, необходимо отметить тесную связь интеллекта со всеми психическими функциями, в особенности с мышлением.

В соответствии с контрольными вопросами следует раскрыть особенности недоразвитая интеллектуальных функций, что клинически выражается в форме малоумия разных степеней (идиотия, имбецильность дебильность).

Надо указать относительность значения психологических тестов, необходимость сочетать их с данными клинического исследования больных, отметив, что психологический метод значительно дополняет изучение симптомов патологии интеллекта в его отдельных структурных элементах (память, внимание, ассоциативная деятельность и пр.).

Практическое занятие 16. Лечение и реабилитация психически больных.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос, выберите из предложенных вариантов ответов все правильные варианты.

1. При неврозе навязчивых состояний наиболее обоснованным видом терапии является:

а) назначение психостимуляторов

б) назначение антидепрессантов

в) назначение нейролептиков

г) назначение транквилизаторов

д) психотерапия

2. К противосудорожным препаратам не относится:

а) фенобарбитал

б) дифенин

в) допамин

г) бензонал

д) гексамидин

3. Терапия маскированных депрессий проводится:

а) транквилизаторами

б) психостимуляторами

в) адреноблокаторами

г) антидепрессантами

д) нейролептиками

4. К характерным побочным эффектам нейролептической терапии относятся:

а) лекарственный паркинсонизм

б) гипотензивный эффект

в) гипертензивный эффект

5. Госпитализация больного в психиатрический стационар в недобровольном порядке может быть осуществлена:

а) во всех случаях

б) если он представляет непосредственную опасность для себя или окружающих

в) если он в силу психического заболевания беспомощен

г) если неоказание психиатрической помощи обусловит существенный вред его здоровью вследствие ухудшения его психического состояния

Ответы: 1 – д; 2 – в; 3 – г; 4 – а, б; 5 – а.

Методические указания.

Содержание занятия. Понятие о биологической терапии. Методы общебиологического воздействия (инсулинокоматозная терапия, электросудорожная терапия, пиротерапия). Показания, особенности применения. Психофармакотерапия. Основные психотропные препараты (нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты, психостимуляторы, нормотимики, ноотропы). Особенности терапевтического спектра, побочные действия и осложнения. Показания и противопоказания. Психотерапия. Определение, основные механизмы действия. Динамическое, поведенческое, гуманистическое направления психотерапии. Основные психотерапевтическое методики (суггестивные, рациональные, групповые). Использование психотерапии в психиатрии и общей медицине. Показания и противопоказания. Побочные действия и осложнения психотерапии. Реабилитация психически больных. Этапы, ступени, методы реабилитации. Психогигиена и психопрофилактика в деятельности врача общей практики.

Практическое занятие 17.
Неотложные состояния в психиатрии и их терапия.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос, выберите из предложенных вариантов ответов все правильные варианты.

1. Острые алкогольные психозы могут наблюдаться:

а) во 2 и 3 стадии алкоголизма

б) при наличии тяжелой некупированной абстиненции

в) в 1 стадии алкоголизма

г) всегда при употреблении суррогатов

д) только в 3 стадии алкоголизма

2. Ведущим мероприятием в купировании абстинентного синдрома является:

а) витаминотерапия

б) терапия нейролептиками

в) дезинтоксикационная терапия

г) лечение транквилизаторами

3. Для белой горячки характерно:

а) сумеречное помрачнение сознания

б) наплыв ярких истинных галлюцинаций

в) псевдогаллюцинации

г) выраженное кататоническое возбуждение

4. На первом этапе купирования эпилептического статуса применяется:

а) пероральный прием бензонала

б) внутривенное введение седуксена (реланиума)

в) клизма с хлоралгидратом

г) внутривенное введение магнезии

5. При установлении у пациента на дому эпилептического статуса необходимо:

а) введение седуксена с последующим наблюдением больного амбулаторно

б) введение седуксена и госпитализация больного по неотложным показаниям

в) введение седуксена и выдача на руки талона на госпитализацию

Ответы: 1 – а, б; 2 – в; 3 – б; 4 – б; 5 – б.

Методические указания.

Содержание занятия. Определение ургентного состояния. Варианты ургентных состояний в психиатрии. Общие вопросы этиопатогенеза. диагностика ургентных состояний. Особенности психомоторики (речедивгательное возбуждение, ступорозные состояния). Особенности сознания (оглушение, сопор, кома, делирий, онейроид, сумерки, аменция). Особенности тяжело протекающего делирия (профессионального, мусситирующего). Терапия алкогольного делирия. Фебрилизация приступа шизофрении. Динамика онейроида до этапа аментивноподобного состояния. Клиника-лабораторная диагностика фебрильной шизофрении. Терапия фебрильного приступа шизофрении. эпилептический статус. Клиника, диагностика, терапия. Осложнения нейролептической терапии. Понятие о злокачественном нейролептическом синдроме. Клиника, диагностика, терапия злокачественного нейролептического синдрома.

Ургентные состояния предпочтительно рассматривать на примере алкогольного делирия. Особенно важно обратить внимание студентов на общий вид больного, на кожные покровы, их окраску, на состояние сердечнососудистой системы, на частоту и характер пульса, границы и тоны сердца, артериальное давление, на особенности состояния желудочно-кишечного тракта (желудок, печень). Необходимо произвести обследование неврологического статуса: состояние черепномозговых нервов, статики, координации, исследовать сухожильные и периостальные рефлексы, болевую чувствительность, особенно на нижних конечностях, имея в виду возможность алкогольного полиневрита.

При наличии развернутой формы делирия отметить, что больной дезориентирован, не знает где находится, что его окружает. Больной возбужден, полон страха, на лице выражение ужаса, весь дрожит. Особенно характерен тремор вытянутых пальцев рук, век, языка. Одно лишь наблюдение за поведением больного, предоставленного самому себе, обнаруживает наличие зрительных, слуховых, телесных обманов восприятии. Именно на больном с белой горячкой можно легко продемонстрировать объективные симптомы галлюцинаций, о которых больные далеко не всегда рассказывают.

Необходимо особо разобрать все организационные и лечебные меры, которые должны быть предприняты лечащим врачом. Чаще всего белая горячка развивается у хронического алкоголика вслед за присоединением дополнительных факторов, ослабляющих сопротивляемость организма: таковыми являются острая инфекция (грипп, пневмония), физическая травма с последующим неизбежным всасыванием продуктов тканевого распада (например, при травме головы, мягких тканей бедра), оперативное вмешательство, наркотизация, например операция по поводу острого аппендицита, и, особенно часто, по поводу панкреатита. Следовательно, с острым алкогольным психозом чаще всего встречается не врач психиатр, а терапевт, инфекционист, хирург. Врачам-интернистам, а не психиатру приходится в этих условиях заподозрить и установить состояние белой горячки и лечить этого больного.

О всех деталях режима и лечения студенты должны быть хорошо осведомлены: перевод больного на койку, отдаленную от окна, выходной двери, с верхнего этажа на нижний, как можно ближе к месту пребывания фельдшера или санитарки. До прихода психиатра (тем более, если немедленная срочная консультация психиатра невозможна) необходимо назначение средств, не только прекращающих бессонницу, но усиливающих и удлиняющих сон (кроме нейролептиков и антигистаминных препаратов). Если больной с алкогольным делирием остается в стенах соматического стационара, необходим круглосуточный (на 3— 4 суток) санитарный пост.

Средствами для выполнения задачи является методическое пособие кафедры психиатрии ИГМА – «Методика исследования психически больного и схема истории болезни», сведения из больничной истории болезни и записей в журнале дежурного персонала о поведении больного.

Студент (или пара студентов) обследует больного, проводит клиническое исследование и описывает психический статус больного.

Перечень основной литературы:

№	Наименование согласно библиографическим требованиям	Количество экземпляров
		В библиотеке
1	Жариков Н. М., Психиатрия. - М., 2009	80
2	Иванец Н. Н., Психиатрия и наркология. - Москва, 2006	36
3	Сергеев И. И., Психиатрия и наркология. - М., 2009	50

Перечень дополнительной литературы:

№	Наименование согласно библиографическим требованиям	Количество экземпляров
		В библиотеке
1	Васильев В. В., Нейропсихологическое исследование пациента. - Ижевск, 2011	45
2	Иванова Г. С., Алкогольная болезнь. - Ижевск, 2014	90

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра факультетской терапии

Методические рекомендации по изучению дисциплины «Внутренние болезни, клиническая фармакология»

Направление подготовки(специальности)	Стоматология
Код направленияподготовки (специальности)	31.05.03
Квалификация выпускника	Врач- стоматолог
Форма обучения	Очная

Грозный, 2024 г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения 3
2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий 3
2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс) 3
2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям 3
3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий 4
3.1. Методические рекомендации по работе с литературой 4
3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада 4
3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата 5

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины **«Внутренние болезни, клиническая фармакология»** адресованы студентам очной формы обучения. Учебным планом по направлению подготовки 31.05.03 «Стоматология», предусмотрены следующие виды занятий: лекции; практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1 Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)

Изучение дисциплины требует систематического и последовательного накопления знаний. Студентам необходимо вести конспект прослушанных лекций. Перед очередной лекцией необходимо просмотреть по конспекту материал предыдущей лекции. При затруднениях в восприятии материала следует обратиться к основным литературным источникам. Если разобраться в материале не удалось, то следует обратиться к лектору (по графику его консультаций) или к преподавателю на практических занятиях.

2.2 Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины Студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы. К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:

- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета, а именно, положение о написании письменных работ.

3.1 Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.

Основная литература - это учебники и учебные пособия.

Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.

Рекомендации студенту:

выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;

- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».

Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:

Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.

Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.

Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.

Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.

Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

3.2 Методические рекомендации по подготовке научного доклада

Одной из форм самостоятельной работы студента является подготовка научного доклада, для обсуждения его на практическом (семинарском) занятии.

Цель научного доклада - развитие у студентов навыков аналитической работы с научной литературой, анализа дискуссионных научных позиций, аргументации собственных взглядов. Подготовка научных докладов также развивает творческий потенциал студентов.

Научный доклад готовится под руководством преподавателя, который ведет практические (семинарские) занятия.

Рекомендации студенту:

- перед началом работы по написанию научного доклада согласовать с преподавателем тему, структуру, литературу, а также обсудить ключевые вопросы, которые следует раскрыть в докладе;

- представить доклад научному руководителю в письменной форме;

- выступить на семинарском занятии с 5-7-минутной презентацией своего научного доклада, ответить на вопросы студентов группы.

Требования:

- к оформлению научного доклада: шрифт - Times New Roman, размер шрифта -14, межстрочный интервал -1, размер полей - 2 см, отступ в начале абзаца - 1 см, форматирование по ширине); листы доклада скреплены скоросшивателем. На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема доклада, ФИО студента;

- к структуре доклада - введение (указывается актуальность, цель и задачи), основная часть, выводы автора, список литературы (не менее 5 позиций источников научной литературы (научные статьи и монографии). Объем согласовывается с преподавателем. В конце работы ставится дата ее выполнения и подпись студента, выполнившего работу.

Общая оценка за доклад учитывает содержание доклада, его презентацию, а также ответы на вопросы.

3.3 Методические рекомендации по подготовке реферата

Целью написания рефератов является:

- привитие студентам навыков библиографического поиска необходимой литературы (на бумажных носителях, в электронном виде);

привитие студентам навыков компактного изложения мнения авторов и своего суждения по выбранному вопросу в письменной форме, научно грамотным языком и в хорошем стиле;

- приобретение навыка грамотного оформления ссылок на используемые источники, правильного цитирования авторского текста;

- выявление и развитие у студента интереса к определенной научной и практической проблематике с тем, чтобы исследование ее в дальнейшем продолжалось в подготовке и написании курсовых и дипломной работы и дальнейших научных трудах.

Основные задачи студента при написании реферата:

- с максимальной полнотой использовать литературу по выбранной теме (как рекомендуемую, так и самостоятельно подобранную) для правильного понимания авторской позиции;

- верно (без искажения смысла) передать авторскую позицию в своей работе;

- уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с тем или иным автором по данной проблеме.

Требования к содержанию:

- материал, использованный в реферате, должен относится строго к выбранной теме;

- необходимо изложить основные аспекты проблемы не только грамотно, но и в соответствии с той или иной логикой (хронологической, тематической, событийной и др.)

- при изложении следует сгруппировать идеи разных авторов по общности точек зрения или по научным школам;

- реферат должен заканчиваться подведением итогов проведенной исследовательской работы: содержать краткий анализ-обоснование преимуществ той точки зрения по рассматриваемому вопросу, с которой Вы солидарны.

Структура реферата.

1. Титульный лист.

На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема реферата, ФИО студента, ФИО и должность проверившего преподавателя;

2. Оглавление.

Оглавление - это план реферата, в котором каждому разделу должен соответствовать номер страницы, на которой он находится.

3. Текст реферата.

Текст реферата делится на три части: введение, основная часть и заключение.

а) Введение - раздел реферата, посвященный постановке проблемы, которая будет

рассматриваться и обоснованию выбора темы.

б) Основная часть - это звено работы, в котором последовательно раскрывается выбранная тема. Основная часть может быть представлена как цельным текстом, так и разделена на главы. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует "перегружать" текст.

в) Заключение - данный раздел реферата должен быть представлен в виде выводов, которые готовятся на основе подготовленного текста. Выводы должны быть краткими и четкими. Также в заключении можно обозначить проблемы, которые "высветились" в ходе работы над рефератом, но не были раскрыты в работе.

4. Список источников и литературы.

В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и все иные, изученные им в связи с его подготовкой. В работе должно быть использовано не менее 7 разных источников. Работа, выполненная с использованием материала, содержащегося в одном научном источнике, является явным плагиатом и не принимается. Оформление Списка источников и литературы должно соответствовать требованиям, принятым в университете.

Объем и технические требования, предъявляемые к выполнению реферата.

Объем работы должен быть, как правило, не менее 15 и не более 20 страниц. Работа должна выполняться через одинарный интервал 14 шрифтом, размеры оставляемых полей - 2 см. Страницы должны быть пронумерованы.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится без изменений, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента (пропуск слов, предложений или абзацев допускается, если не влечет искажения всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска) и без искажения смысла;
- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с предъявляемыми требованиями.

Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности

Устный ответ

Оценка знаний предполагает дифференцированный подход к обучающемуся, учет его индивидуальных способностей, степень усвоения и систематизации основных понятий и категорий по дисциплине. Кроме того, оценивается не только глубина знаний поставленных вопросов, но и умение использовать в ответе практический материал. Оценивается культура речи, владение навыками ораторского искусства.

Критерии оценивания: последовательность, полнота, логичность изложения, анализ различных точек зрения, самостоятельное обобщение материала, использование профессиональных терминов, культура речи, навыки ораторского искусства. Изложение материала без фактических ошибок.

Оценка *«отлично»* ставится в случае, когда материал излагается исчерпывающе, последовательно, грамотно и логически стройно, при этом раскрываются не только основные понятия, но и анализируются точки зрения различных авторов. Обучающийся не затрудняется с ответом, соблюдает культуру речи.

Оценка *«хорошо»* ставится, если обучающийся твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, знает практическую базу, но при ответе на вопрос допускает несущественные погрешности.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающийся освоил только основной материал, но не знает отдельных деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушает последовательность в изложении материала, затрудняется с ответами, показывает отсутствие должной связи между анализом, аргументацией и выводами.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если обучающийся не отвечает на поставленные вопросы.

Творческое задание

Эссе - это небольшая по объему письменная работа, сочетающая свободные, субъективные

рассуждения по определенной теме с элементами научного анализа. Текст должен быть легко читаем, но необходимо избегать нарочито разговорного стиля, сленга, шаблонных фраз. Объем эссе составляет примерно 2 - 2,5 стр. 12 шрифтом с одинарным интервалом (без учета титульного листа).

Критерии оценивания - оценка учитывает соблюдение жанровой специфики эссе, наличие логической структуры построения текста, наличие авторской позиции, ее научность и связь с современным пониманием вопроса, адекватность аргументов, стиль изложения, оформление работы. Следует помнить, что прямое заимствование (без оформления цитат) текста из Интернета или электронной библиотеки недопустимо.

Оценка *«отлично»* ставится в случае, когда определяется: наличие логической структуры построения текста (вступление с постановкой проблемы; основная часть, разделенная по основным идеям; заключение с выводами, полученными в результате рассуждения); наличие четко определенной личной позиции по теме эссе; адекватность аргументов при обосновании личной позиции, стиль изложения.

Оценка *«хорошо»* ставится, когда в целом определяется: наличие логической структуры построения текста (вступление с постановкой проблемы; основная часть, разделенная по основным идеям; заключение с выводами, полученными в результате рассуждения); но не прослеживается наличие четко определенной личной позиции по теме эссе; не достаточно аргументов при обосновании личной позиции

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, когда в целом определяется: наличие логической структуры построения текста (вступление с постановкой проблемы; основная часть, разделенная по основным идеям; заключение). Но не прослеживаются четкие выводы, нарушается стиль изложения

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если не выполнены никакие требования

Кейсы (ситуации и задачи с заданными условиями)

Обучающийся должен уметь выделить основные положения из текста задачи, которые требуют анализа и служат условиями решения. Исходя из поставленного вопроса в задаче, попытаться максимально точно определить проблему и соответственно решить ее.

Задачи могут решаться устно и/или письменно. При решении задач также важно правильно сформулировать и записать вопросы, начиная с более общих и, кончая частными.

Критерии оценивания - оценка учитывает методы и средства, использованные при решении ситуационной, проблемной задачи.

Оценка *«отличн*о» ставится в случае, когда обучающийся выполнил задание (решил задачу), используя в полном объеме теоретические знания и практические навыки, полученные в процессе обучения.

Оценка *«хорошо»* ставится, если обучающийся в целом выполнил все требования, но не совсем четко определяется опора на теоретические положения, изложенные в научной литературе по данному вопросу.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающийся показал положительные результаты в процессе решения задачи.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если обучающийся не выполнил все требования.

Деловая игра

Необходимо разбиться на несколько команд, которые должны поочередно высказать свое мнение по каждому из заданных вопросов. Мнение высказывающейся команды засчитывается, если противоположная команда не опровергнет его контраргументами. Команда, чье мнение засчитано как верное (не получило убедительных контраргументов от противоположных команд), получает один балл. Команда, опровергнувшая мнение противоположной команды своими контраргументами, также получает один балл. Побеждает команда, получившая максимальное количество баллов.

Ролевая игра как правило имеет фабулу (ситуацию, казус), распределяются роли, подготовка осуществляется за 2-3 недели до проведения игры.

Критерии оценивания - оцениваются действия всех участников группы. Понимание проблемы, высказывания и действия полностью соответствуют заданным целям. Соответствие реальной действительности решений, выработанных в ходе игры. Владение терминологией, демонстрация владения учебным материалом по теме игры, владение методами аргументации,

умение работать в группе (умение слушать, конструктивно вести беседу, убеждать, управлять временем, бесконфликтно общаться), достижение игровых целей, (соответствие роли - при ролевой игре). Ясность и стиль изложения.

Оценка *«отлично»* ставится в случае, выполнения всех критериев.

Оценка *««хорошо»* ставится, если обучающиеся в целом демонстрируют понимание проблемы, высказывания и действия полностью соответствуют заданным целям. Решения, выработанные в ходе игры, полностью соответствуют реальной действительности. Но некоторые объяснения не совсем аргументированы, нарушены нормы общения, нарушены временные рамки, нарушен стиль изложения.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающиеся в целом демонстрируют понимание проблемы, высказывания и действия в целом соответствуют заданным целям. Однако, решения, выработанные в ходе игры, не совсем соответствуют реальной действительности. Некоторые объяснения не совсем аргументированы, нарушены временные рамки, нарушен стиль изложения.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если обучающиеся не понимают проблему, их высказывания не соответствуют заданным целям.

Информационный проект (доклад с презентацией)

Информационный проект - проект, направленный на стимулирование учебно - познавательной деятельности студента с выраженной эвристической направленностью (поиск, отбор и систематизация информации об объекте, оформление ее для презентации).

Информационный проект отличается от исследовательского проекта, поскольку представляет собой такую форму учебно-познавательной деятельности, которая отличается ярко выраженной эвристической направленностью.

Критерии оценивания - при выставлении оценки учитывается самостоятельный поиск, отбор и систематизация информации, раскрытие вопроса (проблемы), ознакомление обучающихся с этой информацией (представление информации), ее анализ и обобщение, оформление, полные ответы на вопросы аудитории с примерами.

Оценка *«отличн*о» ставится в случае, когда обучающийся полностью раскрывает вопрос (проблему), представляет информацию систематизировано, последовательно, логично, взаимосвязано, использует более 5 профессиональных терминов, широко использует информационные технологии, ошибки в информации отсутствуют, дает полные ответы на вопросы аудитории с примерами.

Оценка *«хорошо»* ставится, если обучающийся раскрывает вопрос (проблему), представляет информацию систематизировано, последовательно, логично, взаимосвязано, использует более 2 профессиональных терминов, достаточно использует информационные технологии, допускает не более 2 ошибок в изложении материала, дает полные или частично полные ответы на вопросы аудитории.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающийся, раскрывает вопрос (проблему) не полностью, представляет информацию не систематизировано и не совсем последовательно, использует 1 -2 профессиональных термина, использует информационные технологии, допускает 3-4 ошибки в изложении материала, отвечает только на элементарные вопросы аудитории без пояснений.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если вопрос не раскрыт, представленная информация логически не связана, не используются профессиональные термины, допускает более 4 ошибок в изложении материала, не отвечает на вопросы аудитории.

Дискуссионные процедуры

Круглый стол, дискуссия, полемика, диспут, дебаты, мини-конференции являются средствами, позволяющими включить обучающихся в процесс обсуждения спорного вопроса, проблемы и оценить их умение аргументировать собственную точку зрения. Задание дается заранее, определяется круг вопросов для обсуждения, группы участников этого обсуждения.

Дискуссионные процедуры могут быть использованы для того, чтобы студенты:

-лучше поняли усвояемый материал на фоне разнообразных позиций и мнений, не обязательно достигая общего мнения;

- смогли постичь смысл изучаемого материала, который иногда чувствуют интуитивно, но не могут высказать вербально, четко и ясно, или конструировать новый смысл, новую позицию;

- смогли согласовать свою позицию или действия относительно обсуждаемой проблемы.

Критерии оценивания - оцениваются действия всех участников группы. Понимание проблемы, высказывания и действия полностью соответствуют заданным целям. Соответствие реальной действительности решений, выработанных в ходе игры. Владение терминологией, демонстрация владения учебным материалом по теме игры, владение методами аргументации, умение работать в группе (умение слушать, конструктивно вести беседу, убеждать, управлять временем, бесконфликтно общаться), достижение игровых целей, (соответствие роли - при ролевой игре). Ясность и стиль изложения.

Оценка *«отлично»* ставится в случае, когда все требования выполнены в полном объеме.

Оценка *««хорошо»* ставится, если обучающиеся в целом демонстрируют понимание проблемы, высказывания и действия полностью соответствуют заданным целям. Решения, выработанные в ходе игры, полностью соответствуют реальной действительности. Но некоторые объяснения не совсем аргументированы, нарушены нормы общения, нарушены временные рамки, нарушен стиль изложения.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающиеся в целом демонстрируют понимание проблемы, высказывания и действия в целом соответствуют заданным целям. Однако, решения, выработанные в ходе игры, не совсем соответствуют реальной действительности. Некоторые объяснения не совсем аргументированы, нарушены временные рамки, нарушен стиль изложения.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если обучающиеся не понимают проблему, их высказывания не соответствуют заданным целям.

Тестирование

Является одним из средств контроля знаний обучающихся по дисциплине.

Критерии оценивания - правильный ответ на вопрос

Оценка *«отлично»* ставится в случае, если правильно выполнено 90-100% заданий

Оценка *«хорошо»* ставится, если правильно выполнено 70-89% заданий

Оценка *«удовлетворительно»* ставится в случае, если правильно выполнено 50-69% заданий

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если правильно выполнено менее 50% заданий

Контрольная работа

Оценивается не только глубина знаний поставленных вопросов, но и умение изложить письменно.

Критерии оценивания: последовательность, полнота, логичность изложения, анализ различных точек зрения, самостоятельное обобщение материала. Изложение материала без фактических ошибок.

Оценка *«отлично»* ставится в случае, когда соблюдены все критерии.

Оценка *«хорошо»* ставится, если обучающийся твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, знает практическую базу, но допускает несущественные погрешности.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающийся освоил только основной материал, но не знает отдельных деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушает последовательность в изложении материала, затрудняется с ответами, показывает отсутствие должной связи между анализом, аргументацией и выводами.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если обучающийся не отвечает на поставленные вопросы.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»
Медицинский институт
Кафедра гистологии и патологической анатомии

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «Гистология, эмбриология, цитология – гистология полости рта»

Код направления подготовки (специальности)	31.05.03
Направление подготовки (специальности)	Стоматология
Квалификация выпускника	Врач- стоматолог
Форма обучения	Очная

Грозный

СОДЕРЖАНИЕ

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся.
2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий.
3. Методические рекомендации по выполнению рефератов.
4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций.
5. Организация самостоятельной работы обучающихся при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям.
6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной практики

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся

Самостоятельная работа по дисциплинам является обязательным элементом федеральных государственных образовательных стандартов по программам высшего образования.

Самостоятельная работа обучающегося – организационная форма обучения - система педагогических условий, обеспечивающих управление учебной деятельностью обучающихся по освоению знаний и умений в учебной и научной деятельности без посторонней помощи.

Самостоятельная работа обучающихся является специфическим педагогическим средством организации и сопровождения самостоятельной деятельности обучающихся в учебном процессе.

Цели

К целям самостоятельной работы относится:

— формирование способностей у обучающегося к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;

— развитие исследовательских умений.

— фиксирование и систематизирование полученных теоретических познаний и практического опыта; формирование умений использовать научную, правовую, справочную и специальную литературу;

— развитие познавательных способностей и инициативности обучающихся, ответственность, организованность, стремление к саморазвитию; формирование умения правильно пользоваться полученным ранее материалом, собранным в процессе самостоятельного наблюдения, выполнения заданий различного характера.

Формы самостоятельной работы

При обучении используются следующие виды и формы самостоятельной работы:

— подготовка к практическим занятиям;

— подготовка и написание рефератов; - подготовка докладов на заданные темы рефератов, либо выбранные по заданному направлению;

— изучение и систематизация нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность в сфере обращения лекарственных средств в части организационно-управленческих вопросов с использованием информационно-справочных систем «Консультант Плюс», «Консультант врача», компьютерной сети «Интернет»;

— изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодической литературы с использованием электронных библиотечных систем, официальных статистических данных, научной периодики; - создание презентации;

— подготовка к устному опросу, к дискуссии;

— тестирование;

— решение ситуационных задач;

— подготовка к текущей, промежуточной аттестации и т.д.

Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет в начале каждого семинарского/практического занятия.

Контроль результатов аудиторной самостоятельной работы осуществляется в пределах времени, отведенного на практические занятия по дисциплине. В зависимости от сложности познавательной деятельности при изучении дисциплин используется три уровня самостоятельной работы:

— репродуктивная самостоятельная работа, которая включает изучение основной и дополнительной рекомендованной литературы, изучение методических рекомендаций к занятию, решение типовых задач, ситуаций;

— реконструктивная самостоятельная работа включает в себя подготовку к презентациям, сообщениям по заданной теме, решение профессиональных задач, моделирование профессиональной деятельности;

— творческая самостоятельная работа включает анализ, обобщение и систематизацию научных и нормативно-правовых документов, самостоятельное составление ситуаций, задач, проектов, составление выступлений по проблемам профессиональной деятельности.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет на семинарском/практическом занятии.
Самостоятельная работа начинается с изучения рабочей программы дисциплины, отражена в рабочих программах дисциплин.
Для конспектирования лекционного материала, а также выполнения семинарских/практических работ требуются рабочие тетради.
Самостоятельная работа обучающегося подразделяется на аудиторную и внеаудиторную самостоятельную работу
Аудиторная самостоятельная работа по дисциплинам выполняется на учебных занятиях (семинарские или практические) под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.
Основными видами аудиторной самостоятельной работы являются:
— выполнение практических работ;
— работа с нормативно-правовыми документами в области обращения лекарственных средств;
— решение ситуационных/симуляционных задач;
— презентация результатов научно-исследовательской работы по заданным темам
Выполнение практических работ осуществляется на семинарских/практических занятиях в соответствии с графиком учебного процесса и расписанием занятий.
Работа с основной, дополнительной литературой, эмпирическими и статистическими данными, как правило, основана на изучении документов и данных, их обобщении и представлении.
Решение ситуационных задач используется на семинарских/практических занятиях. Проблемная/ситуационная задача должна иметь четкую формулировку, к ней должны быть поставлены вопросы, ответы на которые необходимо найти и обосновать.
Критерии для оценки каждого вида аудиторной самостоятельной работы обучающегося разрабатываются преподавателем для конкретной дисциплины /цикла из предложенного перечня критериев оценки результатов аудиторной самостоятельной работы:
— уровень освоения учебного материала;
— умение использовать теоретические знания при выполнении лабораторных, практических, ситуационных, симуляционных задач;
— сформированность заявленных умений по теме аудиторного занятия;
— обоснованность и четкость изложения ответов;
— оформление материала в соответствии с требованиями, заявленными в задании;
— уровень самостоятельности обучающегося при выполнении аудиторной самостоятельной работы.
Внеаудиторная самостоятельная работа является элементом каждой темы дисциплин.
Планирование времени, необходимого на внеаудиторное самостоятельное изучение дисциплин, обучающие должны осуществлять весь семестр, предусматривая при этом регулярное повторение материала.
Материал, законспектированный на лекциях, необходимо регулярно прорабатывать и дополнять сведениями из других источников литературы, представленных не только в программах дисциплин, но и в периодических профильных научных изданиях, материалах конференций.
При изучении дисциплин сначала необходимо по каждой теме прочитать рекомендованную литературу и составить краткий конспект основных положений, терминов, сведений, требующих запоминания и являющихся основополагающими в этой теме для освоения последующих тем курса. Для расширения знания по дисциплине

рекомендуется использовать Интернет-ресурсы; проводить поиски в различных системах и использовать материалы сайтов, рекомендованных преподавателем.
При выполнении самостоятельной работы по написанию реферата необходимо: прочитать теоретический материал в рекомендованной литературе, периодических изданиях, на Интернет-сайтах; творчески переработать изученный материал и представить его для отчета в форме реферата, проиллюстрировав схемами, диаграммами, фотографиями и рисунками.
Тексты докладов и рефератов должны быть изложены внятно, простым и ясным языком.
Для обеспечения внеаудиторной самостоятельной работы по каждой теме дисциплин/блоку разработаны:
а) перечень основной и дополнительной литературы;
б) вопросы для самоконтроля.
При выполнении внеаудиторной самостоятельной работы обучающийся имеет право обращаться к преподавателю за консультацией с целью уточнения задания, формы контроля выполненного задания.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы отражается в индивидуальном плане после выполнения внеаудиторной самостоятельной работы.
Критерии оценки внеаудиторной работы формируются преподавателем самостоятельно для каждого вида работы. Основными критериями оценки внеаудиторной работы обучающегося выступают:
- уровень освоения материала;
- уровень умения использовать теоретические знания при выполнении заданий, решении ситуационных задач;
- обоснованность и четкость изложения ответов,
- результаты тестирования по шкале оценок;
- уровень умения использовать электронные образовательные ресурсы;
- умение четко формулировать проблему, предложив ее решение, критическая оценка последствий решения;
- уровень умения сформулировать собственную позицию и аргументировать ее.

Качество выполнения внеаудиторной самостоятельной работы оценивается посредством текущего контроля самостоятельной работы обучающегося. Текущий контроль представляет собой форму планомерного контроля качества и объема осваиваемых компетенций в процессе изучения конкретной дисциплины, проводится на семинарских/практических занятиях и во время индивидуальной работы преподавателя с обучающимися.

Шкала оценивания внеаудиторной самостоятельной работы:
Зачтено – задание выполнено полно и правильно, изложено в правильных нормативных формулировках с использованием точного понятийного аппарата, с использованием рекомендованных источников литературы, продемонстрировано умение формулировать проблему, предложены пути ее решения, проведена критическая оценка последствий такого решения, а также умение формулировать собственную позицию и аргументировать ее.
Не зачтено – обучающийся не выполнил задание либо выполнил не в полном объеме, демонстрирует несформированность понятийного аппарата по теме, отсутствие умения формулировать проблему, обобщать материал, не может аргументировать свой ответ.

2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий

Практическое занятие - вид учебных занятий, при котором в результате предварительной работы над учебным материалом преподавателя и студента, в обстановке их контактной работы в аудитории решаются задачи познавательного и воспитательного характера.
Цель такой формы обучения – углубленное изучение дисциплины, закрепление полученного теоретического материала в форме внеаудиторной самостоятельной работы, овладение методологией научного познания и формирования базовых умений. Немаловажным преимуществом практических занятий является и формирование навыков профессиональной дискуссии.
Задачи практических занятий:

- мотивация к регулярному изучению теоретического учебного материала, основной, дополнительной литературы;
- закрепление теоретических знаний, полученных при прослушивании лекций и во время внеаудиторной самостоятельной работы;
- получение навыков устного и публичного выступления по теоретическим вопросам, включая навыки по свободному оперированию организационными и управленческими понятиями и категориями;
- формирование навыков по универсальным и профессиональным компетенциям;
- возможность преподавателю систематически контролировать как самостоятельную работу студента, так и свою работу.

Практические занятия проводятся по плану.
Каждая тема практического занятия, как правило, включает: цель занятия, перечень основных и дополнительных источников литературы, вопросы к устному обсуждению на занятии, ситуационные задачи и перечень заданий, которые обучающиеся самостоятельно должны решить на практическом занятии.
Каждое практическое занятие посвящено, как правило, изучению нескольких компетенций и включает три основных этапа.
Первый этап - устный опрос по заранее сформулированным вопросам либо представление докладов/презентаций, подготовленных в рамках внеаудиторной самостоятельной работы по заранее сформулированным требованиям. Важнейшей частью этапа, является обсуждение представленных докладов/презентаций. Цель преподавателя – организовать обмен мнениями, дискуссию в группе, скорректировать уровень подготовленности студентов.
Одним из возможных элементов первого этапа является решение ситуационных задач, которые максимально приближены к профессиональной деятельности.
Требования к ответам обучающихся – самостоятельность в подборе фактического материала и аналитическом отношении к нему, умение рассматривать примеры и факты во взаимосвязи и взаимообусловленности, отбирать наиболее существенные из них.
Для оценивания первого (теоретического) этапа занятия используются знания, умения, владения, которые заявлены на каждое занятие:
1) знание учебного материала и владение понятийным аппаратом по теме занятия;
2) умение связывать теорию с практикой;
3) умение иллюстрировать ответ примерами, фактами, данными научных исследований;
4) умение применять теоретические знания при решении ситуационных задач.
Второй этап – аудиторное самостоятельное выполнение семинарских /практических заданий, которые обучающийся выполняет индивидуально либо в группе, если такое предусмотрено заданием.
В процессе выполнения самостоятельной аудиторной работы обучающийся имеет право на получение индивидуальных консультаций у преподавателя.
По окончании выполнения аудиторной самостоятельной работы обучающийся сдает отчет о выполнении самостоятельных лабораторных заданий преподавателю, который оценивается по шкале «зачет/незачет».
Критерии оценивания практического занятия осуществляются по следующим критериям:

1. своевременное выполнение внеаудиторной самостоятельной работы по изучаемой теме;
2. демонстрируемый обучающимся уровень усвоения заявленной к освоению компетенции (знания, умения, навыки);
— хорошее знание и уверенное владение на занятии теоретическим содержанием учебного материала;
— адекватное применение теоретического материала к решению ситуационных задач, заданий для аудиторной самостоятельной работы;
— умение аргументировать свои решения, развернуто отвечать на дополнительные вопросы преподавателя.
3. Соблюдение организационных и дисциплинарных требований, предъявляемых к обучающемуся на семинарских/практических занятиях: аккуратный внешний вид, соблюдение дисциплины на занятиях, полнота и своевременность представления выполненных заданий в полном объеме (не позднее даты окончания занятия и в полном соответствии с предъявляемыми к их содержанию и качеству оформления).
Третий этап – заключительный. Преподаватель дает общую оценку уровня подготовленности обучаемых к практическим занятиям, характеризует активность каждого обучающегося на занятии и озвучивает оценки каждому обучающемуся с их обоснованием.

Шкала оценивания осуществляется по четырехбалльной шкале (таблица 2)

Критерии оценивания лабораторного/практического занятия	Шкала оценок
Полное соответствие работы обучающегося требованиям. Обучающийся демонстрирует уверенные знания, способен творчески решать поставленные задачи, самостоятельно демонстрирует умения, обладает некоторыми навыками. Обучающийся успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, демонстрирует глубокое теоретическое знание по изучаемой теме, умение его применять на практике (в установленный срок сдал протоколы занятия/представил и защитил доклады/презентации и др.).	Отлично
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует хорошее знание материала, способен творчески решать поставленные задачи, демонстрирует базовые умения. Обучающийся выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, содержатся отдельные пробелы в умении применить полученные теоретические знании к решению ситуационных задач .	Хорошо
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует знание базового материала, способен решать поставленные задачи под руководством преподавателя, освоил базовые умения. Успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, но затрудняется интерпретировать его практически.	Удовлетвори тельно
Работа не соответствует требованиям.	Неудовлетво рительно

3. Методические рекомендации по организации и выполнению рефератов
Реферат предусматривает углубленное изучение дисциплины, способствует развитию навыков самостоятельной работы с литературными источниками.
Реферат – краткое изложение в письменном виде содержания научного труда по предоставленной теме. Это самостоятельная научноисследовательская работа, где

обучающийся раскрывает суть исследуемой проблемы с элементами анализа по теме реферата. Приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на проблемы темы реферата.
Содержание реферата должно быть логичным, изложение материала носить проблемно-тематический характер.
Объем реферата может колебаться в пределах 15-20 печатных страниц.
Основные разделы: оглавление (план), введение, основное содержание, заключение, список литературы.
Текст реферата должен содержать следующие разделы:
— титульный лист реферата (приложение 2);
— ведение, актуальность темы.
— основной раздел.
— заключение
— список литературных источников
Список литературных источников- библиографическое описание используемых источников литературы, в том числе и интернет-источников, оформленное по ГОСТ 7.1 – 2003; 7.80 – 2000; должен иметь не менее 10 библиографических названий, включая сетевые ресурсы.
Текстовая часть реферата оформляется на листе следующего формата:
— отступ сверху – 2 см;
— отступ слева – 3 см;
— отступ справа – 1,5 см;
— отступ снизу – 2,5 см;
— шрифт текста: Times New Roman, высота шрифта – 14, пробел – 1,5;
— нумерация страниц – снизу листа. На первой странице номер не ставится.
Реферат должен быть выполнен грамотно с соблюдением культуры изложения. Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу, включая периодическую литературу за последние 5 лет.
Критерии оценки реферата:
— актуальность темы исследования;
— соответствие содержания теме;
— глубина проработки материала;
— правильность и полнота разработки темы;
— значимость выводов для дальнейшей практической деятельности;
— правильность и полнота использования литературы;
— соответствие оформления реферата стандарту;
— качество сообщения и ответов на вопросы при защите реферата.
Практическое занятие по защите рефератов может проводиться в качестве «круглого стола» в форме представления докладов, посвященных теме занятия, по следующим этапам:
Этап 1. Каждый обучающийся представляет собственный доклад (обязательно использование презентации) по выбранной теме. Доклад 5-7 минут. Обсуждение доклада, вопросы – 2-3 минуты.
Этап 2. Оценка докладов и презентаций, представленных в группе (таблица 3).

Таблица 3 - Шкала оценки докладов на практическом занятии

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Доклад четко выстроен, сопровождается презентацией, отражающей проблематику доклада, имеет четкие выводы, полностью характеризующие работу. Автор отлично ориентируется в материале и	Отлично

отвечает на все вопросы, владеет специальной терминологией. 2. Обучающийся активно участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	
1. Доклад структурирован, презентация не отражает в полной мере содержание доклада, допущены неточности, выводы нечеткие. Автор затрудняется ответить на вопросы, слабо использует специальную терминологию. 2. Обучающийся участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	Хорошо
1. Доклад структурирован, содержание не полностью раскрывает цель доклада, отсутствует презентация. 2. Обучающийся пассивен при обсуждении докладов других обучающихся из группы	Удовлетвори тельно
1. Доклад не структурирован/отсутствует, презентация отсутствует. Автор не владеет материалом. 2. Обучающийся не участвует в обсуждении докладов.	Неудовлетво рительно

4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций

Создание материалов-презентаций — это вид самостоятельной работы обучающихся по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint.

Этот вид работы требует координации навыков обучающегося по сбору, систематизации, переработке информации, оформления ее в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. Создание презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у обучающихся навыки работы на компьютере.

Презентации готовятся обучающимся в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Обучающийся при подготовке презентации должен выполнить следующий комплекс взаимосвязанных видов самостоятельной работы:

— изучить материалы темы, выделяя главное и второстепенное;

— установить логическую связь между элементами темы;

— представить характеристику элементов в краткой форме;

— выбрать опорные сигналы для акцентирования главной информации и отобразить в структуре работы;

— оформить презентацию в соответствии с рекомендациями (таблица 4), разместить ее в электронной образованной среде университета, к установленному сроку либо представить на практическое/лабораторное занятие.

Таблица 4 - Методические рекомендации по оформлению презентации

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Стиль	1.1 Соблюдайте единый стиль оформления. 1.2 Избегайте стилей, которые будут отвлекать от самой презентации. 1.3 Вспомогательная информация не должны преобладать над основной информацией (текст, рисунки).
2. Фон	Для фона предпочтительнее использовать более холодные тона (синий или зеленый).
3. Использование цвета	3.1 На одном слайде рекомендуется использовать не более трех цветов: один для фона, один для заголовков, один для текста. для фона и текста используйте контрастные цвета. 3.2. Обратите особое внимание на цвет гиперссылок (до и после

	использования).
4 Текст/ представление информации	4.1 Используйте короткие слова и предложения. 4.2. Минимизируйте количество предлогов, наречий, прилагательных. 4.3.Заголовки должны привлекать внимание аудитории. 4.4 Предпочтительно горизонтальное расположение информации. 4.5 Наиболее важная информация должна располагаться в центре экрана. Если на слайде располагается картинка, надпись должна располагаться под ней. 4.6 Наибольшая эффективность достигается тогда, когда ключевые пункты отображаются по одному на каждом отдельном слайде.
5.Шрифты	5.1 Для заголовков не менее 24 5.2 Для информации- не менее 18. 5.3Шрифты без засечек легче читать с большого расстояния. 5.4.Нельзя смешивать разные типы шрифтов в одном тексте 5.5.Для выделения информации следует использовать жирный шрифт, курсив или подчеркивание. 5.6 Нельзя злоупотреблять прописными буквами (они читаются хуже строчных букв).
6.Анимационные эффекты	Возможности компьютерной анимации для оформления презентации необходимо использовать умерено, они не должны отвлекать внимание от содержания информации на слайде.

Критерии оценивания презентаций:

— соответствие содержания теме;

— правильная структурированность информации;

— наличие логической связи изложенной информации;

— эстетичность оформления, его соответствие требованиям;

— презентация выполнена и представлена в срок.

Шкала оценивания презентаций разрабатывается преподавателем и доводится до сведения обучающихся вместе с заданием.

Оценка «Отлично»:

презентация отличается целостностью, логичностью и оригинальностью. Оформление логично, эстетично, не противоречит содержанию доклада. Информация структурирована. Иллюстрации презентации соответствуют содержанию, дополняют информацию о раскрываемой проблеме. Текст доклада, сопровождающего презентацию, излагается обучающимся самостоятельно, с незначительной опорой на печатный текст. Ответы на вопросы преподавателя и аудитории четкие, аргументированные, сопровождаются ссылкой на факты и примеры.

Оценка «Хорошо»:

презентация характеризуется целостностью, логической завершенностью, с незначительными недочетами в логике изложения материала. Оформление эстетично, логично, структурировано. Текст доклада излагается с преимущественной опорой на текст. Ответы на дополнительные и уточняющие вопросы не вносят ясности, преимущественно повторяют содержание презентации.

Оценка «Удовлетворительно»:

презентация характеризуется отсутствием единого стиля в оформлении, ввиду чего информация тяжело воспринимается аудиторией. Сведения, излагаемые обучающимся разрозненные, плохо структурированы и аргументированы. Текст доклада

преимущественно зачитывается, обучающимся допускаются неточности и ошибки в изложении материала. Ответы на дополнительные вопросы затруднительны.
Оценка «Неудовлетворительно»:
оформление презентации не соответствует заявленным требованиям. Работа характеризуется отсутствием единого стиля. Обучающийся представляет разрозненные сведения, которые слабо коррелируют с заявленной темой исследования, текст доклада зачитывается, обучающимся часто допускаются ошибки в изложении материала, допускаются ошибки в использовании научной и профессиональной терминологии. Ответы на дополнительные вопросы обучающийся не дает.

5. Организация самостоятельной работы обучающего при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям

Текущий контроль осуществляется систематически с целью установления уровня овладения заявленными в рабочей программе дисциплины/практики компетенциями при изучении. В течение года в соответствии с программой дисциплины проводятся текущие аттестации. Форма проведения текущей аттестации (письменное / устное собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, защита реферата) определяется руководителем курса и доводится до обучающихся. Вопросы по текущей аттестации доводятся до сведения обучающихся не позднее 3 дней до проведения аттестации.
Подготовка к промежуточной аттестации предполагает систематизацию обучающимся усвоенных в ходе обучения по дисциплинам профессиональных знаний и умений. Программа промежуточной аттестации экзамена имеет обобщающий характер и ориентирует обучающегося в процессе подготовки к нему на актуализацию знаний, умений и навыков, отражающих наиболее существенные компоненты содержания дисциплин, закрепление в профессиональном сознании комплексного и целостного знания.
Подготовка к промежуточной аттестации является формой самостоятельной работы обучающегося. Ее эффективной организации будут способствовать рекомендованные перечни основной и дополнительной литературы, информационных и электронно-образовательных ресурсов, а также список вопросов, которые составляют основу для итогового анализа профессиональной компетентности обучающегося и оценки ее соответствия требованиям ФГОС по компетенциям, закрепленным за дисциплинами. Ориентируясь в перечнях основной и дополнительной литературы, обучающийся может выбрать из них как основополагающие источники, так и те, которые позволят углубить и расширить знания по актуальным проблемам специальностей, систематизировать их и отразить в комплексе.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации рекомендуется составлять развернутый план ответа на вопрос программы экзамена, что обеспечит логическую последовательность изложения материала. Продумывая структуру ответа, необходимо: во-первых, уделить внимание раскрытию теоретической сущности явления или понятий, обозначенных в контрольно-измерительном материале, во-вторых, осветить содержание и закономерности рассматриваемых явлений, отразить состояние их изученности в современной медицине. Обучающийся должен продемонстрировать на промежуточной аттестации владение категориальным аппаратом дисциплин, показать умение использовать знания, полученные при изучении дисциплин для анализа современных тенденций в медицине, применять их для решения профессиональных задач врачей по специальностям.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации обучающемуся рекомендуется использовать весь набор методов и средств современных информационных технологий для изучения содержания отечественной и зарубежной литературы по дисциплине, анализа и оценки ее текущего состояния и перспектив развития.

При подготовке к промежуточной аттестации рекомендуется активно применять следующие образовательные и профессионально-ориентированные технологии:
– информационные технологии – компьютерные технологии, в том числе доступ в Интернет (для получения учебной и учебно-методической информации, представленной в научных электронных журналах и на сайтах библиотек);
– информационно-коммуникационные технологии.
Оценка знаний, умений и навыков, характеризующая этапы формирования компетенций в рамках изучения дисциплины осуществляется в ходе текущей и промежуточной аттестаций.
Форма проведения текущей/ промежуточной аттестации определяется рабочей программой дисциплины. Оценивание компетенций, вынесенных на промежуточную аттестацию в форме экзамена, осуществляется по четырехбалльной шкале:
оценка «отлично» - 5 баллов
оценка «хорошо» - 4 балла
оценка «удовлетворительно» - 3 балла
оценка «неудовлетворительно» - 2 балла.
При сдаче промежуточной аттестации в форме зачета:
«зачтено» - 3-5 баллов или «не зачтено» - 2 балла.

6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной(клинической) практики

Производственная (клиническая) практика составлена по модулям – дисциплинам и проводится в форме контактной и самостоятельной работы обучающегося.
Контактная работа предусматривает работу руководителя практики с обучающимся в форме индивидуальных/групповых консультаций.
К самостоятельной работе по практикам относятся следующие виды работ обучающегося:
- ознакомление с нормативно-правовым обеспечением практик, включая программы практик;
- изучение законодательной и нормативно-правовой обеспеченности профессиональной деятельности в сфере обращения лекарственных средств в предметной области практики;
- выполнение заданий, заполнение отчета о прохождении практики;
- подготовка к промежуточной аттестации по итогам практики.
По окончании практики обучающийся оформляет отчёт. Материал для составления отчета собирается и накапливается с первого дня практики. Отчет должен содержать самоанализ выполненной работы обучающимся.
Во время прохождения практики необходимо выполнение следующих условий:
- Явиться на установочное собрание, проводимое руководителем практики и получить пакет документов в учебно-методическом отделе.
- В первый день практики прийти на базу к 8 часам утра, и представиться общему руководителю.
- Быть одетым строго по форме и следить за ее чистотой. Иметь сменную обувь.
- Работать строго по графику. Пропущенные дни, даже по уважительной причине, отрабатываются в дополнительное время.
- Ознакомиться с документацией структурных подразделений (поликлиника, стационар, приемный покой, в отделениях - процедурные кабинеты, пост и т.д.).
- Активно участвовать в общественной жизни структурных подразделений, а также в санитарно-просветительной работе.
- Бережно относиться к имуществу лечебно-профилактических учреждений.
- Быть дисциплинированными, спокойными и вежливыми в обращении с товарищами по работе, с больными и их родственниками, в отделениях соблюдать тишину и порядок.

- Ежедневно и аккуратно вести отчет, заполнять листы обязательных манипуляций. Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной (клинической) практике представлены в Таблице 6.

Таблица 6 – Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной практике

Критерии оценки	Шкала оценок
Обучающийся предоставил оформленный соответствующим образом, отчет и отзыв с положительной характеристикой руководителя практики; продемонстрировал систематические знания по контролируемым компетенциям; владеет способностью и готовностью применять знания, умения и навыки для решения профессиональных задач на практике; в ответе присутствует четкая структура, логическая последовательность, современная профессиональная терминология; ответ обоснован нормативной документацией и конкретными примерами из производственной практики.	Зачтено
Обучающийся предоставил неполный перечень отчетной документации; демонстрирует полное отсутствие или фрагментарные знания, умения и навыки по контролируемой компетенции и неспособность применять их на практике для решения профессиональных задач; не в состоянии обосновать свой ответ нормативной документацией и примерами из производственной практики; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа	Не зачтено

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет

имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра гуманитарных, естественнонаучных и социальных дисциплин

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «ДЕЛОВОЕ ОБЩЕНИЕ»

Специальность	Стоматология
Код специальности	31.05.03
Квалификация выпускника	Врач-стоматолог
Форма обучения	Очная

Грозный

Дасуев М.Л. Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Деловое общение» / Сост. Дасуев М. Л. – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова»

Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Деловое общение» рассмотрены и одобрены на заседании кафедры гуманитарных, естественнонаучных и социальных дисциплин, рекомендованы к использованию в учебном процессе (протокол № 10 от «27» июня 2023 г.), составлены в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.03 Стоматология (специалитет), утвержденного приказом Минобрнауки России от 27.03.2018 № 219.

© Дасуев М.Л.

© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова»

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения 4

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий 4

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям 4

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий 4

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой 5

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада 5

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата 6

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «Деловое общение» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом по направлению подготовки 31.05.03 «Стоматология» предусмотрены следующие виды занятий:

- практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:

- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.

Основная литература - это учебники и учебные пособия.

Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.

Рекомендации студенту:

выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;

- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».

Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:

Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.

Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.

Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.

Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.

Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада

Одной из форм самостоятельной работы студента является подготовка научного доклада, для обсуждения его на практическом (семинарском) занятии.

Цель научного доклада - развитие у студентов навыков аналитической работы с научной литературой, анализа дискуссионных научных позиций, аргументации собственных взглядов. Подготовка научных докладов также развивает творческий потенциал студентов.

Научный доклад готовится под руководством преподавателя, который ведет практические (семинарские) занятия.

Рекомендации студенту:

- перед началом работы по написанию научного доклада согласовать с преподавателем тему, структуру, литературу, а также обсудить ключевые вопросы, которые следует раскрыть в докладе;
- представить доклад научному руководителю в письменной форме;
- выступить на семинарском занятии с 5-7-минутной презентацией своего научного доклада, ответить на вопросы студентов группы.

Требования:

- к оформлению научного доклада: шрифт - Times New Roman, размер шрифта -14, межстрочный интервал -1, размер полей – 2 см, отступ в начале абзаца - 1 см, форматирование по ширине); листы доклада скреплены скоросшивателем. На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема доклада, ФИО студента;
- к структуре доклада - введение (указывается актуальность, цель и задачи), основная часть, выводы автора, список литературы (не менее 5 позиций источников научной литературы (научные статьи и монографии). Объем согласовывается с преподавателем. В конце работы ставится дата ее выполнения и подпись студента, выполнившего работу.

Общая оценка за доклад учитывает содержание доклада, его презентацию, а также ответы на вопросы.

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата

Целью написания рефератов является:

- привитие студентам навыков библиографического поиска необходимой литературы (на бумажных носителях, в электронном виде);

привитие студентам навыков компактного изложения мнения авторов и своего суждения по выбранному вопросу в письменной форме, научно грамотным языком и в хорошем стиле;

- приобретение навыка грамотного оформления ссылок на используемые источники, правильного цитирования авторского текста;

- выявление и развитие у студента интереса к определенной научной и практической проблематике с тем, чтобы исследование ее в дальнейшем продолжалось в подготовке и написании курсовых и дипломной работы и дальнейших научных трудах.

Основные задачи студента при написании реферата:

- с максимальной полнотой использовать литературу по выбранной теме (как рекомендуемую, так и самостоятельно подобранную) для правильного понимания авторской позиции;
- верно (без искажения смысла) передать авторскую позицию в своей работе;
- уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с тем или иным автором по данной проблеме.

Требования к содержанию:

- материал, использованный в реферате, должен относится строго к выбранной теме;
- необходимо изложить основные аспекты проблемы не только грамотно, но и в соответствии с той или иной логикой (хронологической, тематической, событийной и др.)
- при изложении следует сгруппировать идеи разных авторов по общности точек зрения или по научным школам;
- реферат должен заканчиваться подведением итогов проведенной исследовательской работы: содержать краткий анализ-обоснование преимуществ той точки зрения по рассматриваемому вопросу, с которой Вы солидарны.

Структура реферата.

1. Титульный лист.

На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема реферата, ФИО студента, ФИО и должность проверившего преподавателя;

2. Оглавление.

Оглавление - это план реферата, в котором каждому разделу должен соответствовать номер страницы, на которой он находится.

3. Текст реферата.

Текст реферата делится на три части: введение, основная часть и заключение.

а) Введение - раздел реферата, посвященный постановке проблемы, которая будет рассматриваться и обоснованию выбора темы.

б) Основная часть - это звено работы, в котором последовательно раскрывается выбранная тема. Основная часть может быть представлена как цельным текстом, так и разделена на главы. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует "перегружать" текст.

в) Заключение - данный раздел реферата должен быть представлен в виде выводов, которые готовятся на основе подготовленного текста. Выводы должны быть краткими и четкими. Также в заключении можно обозначить проблемы, которые "высветились" в ходе работы над рефератом, но не были раскрыты в работе.

4. Список источников и литературы.

В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и все иные, изученные им в связи с его подготовкой. В работе должно быть использовано не менее 7 разных источников. Работа, выполненная с использованием материала, содержащегося в одном научном источнике, является явным плагиатом и не принимается. Оформление Списка источников и литературы должно соответствовать требованиям, принятым в университете.

Объем и технические требования, предъявляемые к выполнению реферата.

Объем работы должен быть, как правило, не менее 15 и не более 20 страниц. Работа должна выполняться через одинарный интервал 14 шрифтом, размеры оставляемых полей - 2 см. Страницы должны быть пронумерованы.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится без изменений, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента (пропуск слов, предложений или абзацев допускается, если не влечет искажения всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска) и без искажения смысла;
- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с предъявляемыми требованиями.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра поликлинической терапии

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «Дерматовенерология»

Код направления подготовки (специальности)	31.05.03
Направление подготовки (специальности)	Стоматология
Квалификация выпускника	Врач- стоматолог
Форма обучения	Очная

Грозный

СОДЕРЖАНИЕ

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся.
2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий.
3. Методические рекомендации по выполнению рефератов.
4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций.
5. Организация самостоятельной работы обучающихся при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям.
6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной практики

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся

Самостоятельная работа по дисциплинам является обязательным элементом федеральных государственных образовательных стандартов по программам высшего образования.

Самостоятельная работа обучающегося – организационная форма обучения - система педагогических условий, обеспечивающих управление учебной деятельностью обучающихся по освоению знаний и умений в учебной и научной деятельности без посторонней помощи.

Самостоятельная работа обучающихся является специфическим педагогическим средством организации и сопровождения самостоятельной деятельности обучающихся в учебном процессе.

Цели

К целям самостоятельной работы относится:

— формирование способностей у обучающегося к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;

— развитие исследовательских умений.

— фиксирование и систематизирование полученных теоретических познаний и практического опыта; формирование умений использовать научную, правовую, справочную и специальную литературу;

— развитие познавательных способностей и инициативности обучающихся, ответственность, организованность, стремление к саморазвитию; формирование умения правильно пользоваться полученным ранее материалом, собранным в процессе самостоятельного наблюдения, выполнения заданий различного характера.

Формы самостоятельной работы

При обучении используются следующие виды и формы самостоятельной работы:

— подготовка к практическим занятиям;

— подготовка и написание рефератов; - подготовка докладов на заданные темы рефератов, либо выбранные по заданному направлению;

— изучение и систематизация нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность в сфере обращения лекарственных средств в части организационно-управленческих вопросов с использованием информационно-справочных систем «Консультант Плюс», «Консультант врача», компьютерной сети «Интернет»;

— изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодической литературы с использованием электронных библиотечных систем, официальных статистических данных, научной периодики; - создание презентации;

— подготовка к устному опросу, к дискуссии;

— тестирование;

— решение ситуационных задач;

— подготовка к текущей, промежуточной аттестации и т.д.

Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет в начале каждого семинарского/практического занятия.

Контроль результатов аудиторной самостоятельной работы осуществляется в пределах времени, отведенного на практические занятия по дисциплине. В зависимости от сложности познавательной деятельности при изучении дисциплин используется три уровня самостоятельной работы:

— репродуктивная самостоятельная работа, которая включает изучение основной и дополнительной рекомендованной литературы, изучение методических рекомендаций к занятию, решение типовых задач, ситуаций;

— реконструктивная самостоятельная работа включает в себя подготовку к презентациям, сообщениям по заданной теме, решение профессиональных задач, моделирование профессиональной деятельности;

— творческая самостоятельная работа включает анализ, обобщение и систематизацию научных и нормативно-правовых документов, самостоятельное составление ситуаций, задач, проектов, составление выступлений по проблемам профессиональной деятельности. Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет на семинарском/практическом занятии.

Самостоятельная работа начинается с изучения рабочей программы дисциплины, отражена в рабочих программах дисциплин.

Для конспектирования лекционного материала, а также выполнения семинарских/практических работ требуются рабочие тетради.

Самостоятельная работа обучающегося подразделяется на аудиторную и внеаудиторную самостоятельную работу

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплинам выполняется на учебных занятиях (семинарские или практические) под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Основными видами аудиторной самостоятельной работы являются:

— выполнение практических работ;

— работа с нормативно-правовыми документами в области обращения лекарственных средств;

— решение ситуационных/симуляционных задач;

— презентация результатов научно-исследовательской работы по заданным темам

Выполнение практических работ осуществляется на семинарских/практических занятиях в соответствии с графиком учебного процесса и расписанием занятий.

Работа с основной, дополнительной литературой, эмпирическими и статистическими данными, как правило, основана на изучении документов и данных, их обобщении и представлении.

Решение ситуационных задач используется на семинарских/практических занятиях. Проблемная/ситуационная задача должна иметь четкую формулировку, к ней должны быть поставлены вопросы, ответы на которые необходимо найти и обосновать.

Критерии для оценки каждого вида аудиторной самостоятельной работы обучающегося разрабатываются преподавателем для конкретной дисциплины /цикла из предложенного перечня критериев оценки результатов аудиторной самостоятельной работы:

— уровень освоения учебного материала;

— умение использовать теоретические знания при выполнении лабораторных, практических, ситуационных, симуляционных задач;

— сформированность заявленных умений по теме аудиторного занятия;

— обоснованность и четкость изложения ответов;

— оформление материала в соответствии с требованиями, заявленными в задании;

— уровень самостоятельности обучающегося при выполнении аудиторной самостоятельной работы.

Внеаудиторная самостоятельная работа является элементом каждой темы дисциплин.

Планирование времени, необходимого на внеаудиторное самостоятельное изучение дисциплин, обучающие должны осуществлять весь семестр, предусматривая при этом регулярное повторение материала.

Материал, законспектированный на лекциях, необходимо регулярно прорабатывать и дополнять сведениями из других источников литературы, представленных не только в программах дисциплин, но и в периодических профильных научных изданиях, материалах конференций.

При изучении дисциплин сначала необходимо по каждой теме прочитать рекомендованную литературу и составить краткий конспект основных положений, терминов, сведений, требующих запоминания и являющихся основополагающими в этой теме для освоения последующих тем курса. Для расширения знания по дисциплине

рекомендуется использовать Интернет-ресурсы; проводить поиски в различных системах и использовать материалы сайтов, рекомендованных преподавателем.
При выполнении самостоятельной работы по написанию реферата необходимо: прочитать теоретический материал в рекомендованной литературе, периодических изданиях, на Интернет-сайтах; творчески переработать изученный материал и представить его для отчета в форме реферата, проиллюстрировав схемами, диаграммами, фотографиями и рисунками.
Тексты докладов и рефератов должны быть изложены внятно, простым и ясным языком.
Для обеспечения внеаудиторной самостоятельной работы по каждой теме дисциплин/блоку разработаны:
а) перечень основной и дополнительной литературы;
б) вопросы для самоконтроля.
При выполнении внеаудиторной самостоятельной работы обучающийся имеет право обращаться к преподавателю за консультацией с целью уточнения задания, формы контроля выполненного задания.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы отражается в индивидуальном плане после выполнения внеаудиторной самостоятельной работы.
Критерии оценки внеаудиторной работы формируются преподавателем самостоятельно для каждого вида работы. Основными критериями оценки внеаудиторной работы обучающегося выступают:
- уровень освоения материала;
- уровень умения использовать теоретические знания при выполнении заданий, решении ситуационных задач;
- обоснованность и четкость изложения ответов,
- результаты тестирования по шкале оценок;
- уровень умения использовать электронные образовательные ресурсы;
- умение четко формулировать проблему, предложив ее решение, критическая оценка последствий решения;
- уровень умения сформулировать собственную позицию и аргументировать ее.

Качество выполнения внеаудиторной самостоятельной работы оценивается посредством текущего контроля самостоятельной работы обучающегося. Текущий контроль представляет собой форму планомерного контроля качества и объема осваиваемых компетенций в процессе изучения конкретной дисциплины, проводится на семинарских/практических занятиях и во время индивидуальной работы преподавателя с обучающимися.

Шкала оценивания внеаудиторной самостоятельной работы:
Зачтено – задание выполнено полно и правильно, изложено в правильных нормативных формулировках с использованием точного понятийного аппарата, с использованием рекомендованных источников литературы, продемонстрировано умение формулировать проблему, предложены пути ее решения, проведена критическая оценка последствий такого решения, а также умение формулировать собственную позицию и аргументировать ее.
Не зачтено – обучающийся не выполнил задание либо выполнил не в полном объеме, демонстрирует несформированность понятийного аппарата по теме, отсутствие умения формулировать проблему, обобщать материал, не может аргументировать свой ответ.

2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий

Практическое занятие - вид учебных занятий, при котором в результате предварительной работы над учебным материалом преподавателя и студента, в обстановке их контактной работы в аудитории решаются задачи познавательного и воспитательного характера.
Цель такой формы обучения – углубленное изучение дисциплины, закрепление полученного теоретического материала в форме внеаудиторной самостоятельной работы, овладение методологией научного познания и формирования базовых умений. Немаловажным преимуществом практических занятий является и формирование навыков профессиональной дискуссии.
Задачи практических занятий:

- мотивация к регулярному изучению теоретического учебного материала, основной, дополнительной литературы;
- закрепление теоретических знаний, полученных при прослушивании лекций и во время внеаудиторной самостоятельной работы;
- получение навыков устного и публичного выступления по теоретическим вопросам, включая навыки по свободному оперированию организационными и управленческими понятиями и категориями;
- формирование навыков по универсальным и профессиональным компетенциям;
- возможность преподавателю систематически контролировать как самостоятельную работу студента, так и свою работу.

Практические занятия проводятся по плану.
Каждая тема практического занятия, как правило, включает: цель занятия, перечень основных и дополнительных источников литературы, вопросы к устному обсуждению на занятии, ситуационные задачи и перечень заданий, которые обучающиеся самостоятельно должны решить на практическом занятии.
Каждое практическое занятие посвящено, как правило, изучению нескольких компетенций и включает три основных этапа.
Первый этап - устный опрос по заранее сформулированным вопросам либо представление докладов/презентаций, подготовленных в рамках внеаудиторной самостоятельной работы по заранее сформулированным требованиям. Важнейшей частью этапа, является обсуждение представленных докладов/презентаций. Цель преподавателя – организовать обмен мнениями, дискуссию в группе, скорректировать уровень подготовленности студентов.
Одним из возможных элементов первого этапа является решение ситуационных задач, которые максимально приближены к профессиональной деятельности.
Требования к ответам обучающихся – самостоятельность в подборе фактического материала и аналитическом отношении к нему, умение рассматривать примеры и факты во взаимосвязи и взаимообусловленности, отбирать наиболее существенные из них.
Для оценивания первого (теоретического) этапа занятия используются знания, умения, владения, которые заявлены на каждое занятие:
1) знание учебного материала и владение понятийным аппаратом по теме занятия;
2) умение связывать теорию с практикой;
3) умение иллюстрировать ответ примерами, фактами, данными научных исследований;
4) умение применять теоретические знания при решении ситуационных задач.
Второй этап – аудиторное самостоятельное выполнение семинарских /практических заданий, которые обучающийся выполняет индивидуально либо в группе, если такое предусмотрено заданием.
В процессе выполнения самостоятельной аудиторной работы обучающийся имеет право на получение индивидуальных консультаций у преподавателя.
По окончании выполнения аудиторной самостоятельной работы обучающийся сдает отчет о выполнении самостоятельных лабораторных заданий преподавателю, который оценивается по шкале «зачет/незачет».
Критерии оценивания практического занятия осуществляются по следующим критериям:

1. своевременное выполнение внеаудиторной самостоятельной работы по изучаемой теме;
2. демонстрируемый обучающимся уровень усвоения заявленной к освоению компетенции (знания, умения, навыки);
— хорошее знание и уверенное владение на занятии теоретическим содержанием учебного материала;
— адекватное применение теоретического материала к решению ситуационных задач, заданий для аудиторной самостоятельной работы;
— умение аргументировать свои решения, развернуто отвечать на дополнительные вопросы преподавателя.
3. Соблюдение организационных и дисциплинарных требований, предъявляемых к обучающемуся на семинарских/практических занятиях: аккуратный внешний вид, соблюдение дисциплины на занятиях, полнота и своевременность представления выполненных заданий в полном объеме (не позднее даты окончания занятия и в полном соответствии с предъявляемыми к их содержанию и качеству оформления).
Третий этап – заключительный. Преподаватель дает общую оценку уровня подготовленности обучаемых к практическим занятиям, характеризует активность каждого обучающегося на занятии и озвучивает оценки каждому обучающемуся с их обоснованием.

Шкала оценивания осуществляется по четырехбалльной шкале (таблица 2)

Критерии оценивания лабораторного/практического занятия	Шкала оценок
Полное соответствие работы обучающегося требованиям. Обучающийся демонстрирует уверенные знания, способен творчески решать поставленные задачи, самостоятельно демонстрирует умения, обладает некоторыми навыками. Обучающийся успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, демонстрирует глубокое теоретическое знание по изучаемой теме, умение его применять на практике (в установленный срок сдал протоколы занятия/представил и защитил доклады/презентации и др.).	Отлично
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует хорошее знание материала, способен творчески решать поставленные задачи, демонстрирует базовые умения. Обучающийся выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, содержатся отдельные пробелы в умении применить полученные теоретические знании к решению ситуационных задач .	Хорошо
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует знание базового материала, способен решать поставленные задачи под руководством преподавателя, освоил базовые умения. Успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, но затрудняется интерпретировать его практически.	Удовлетвори тельно
Работа не соответствует требованиям.	Неудовлетво рительно

3. Методические рекомендации по организации и выполнению рефератов
Реферат предусматривает углубленное изучение дисциплины, способствует развитию навыков самостоятельной работы с литературными источниками.
Реферат – краткое изложение в письменном виде содержания научного труда по предоставленной теме. Это самостоятельная научноисследовательская работа, где

обучающийся раскрывает суть исследуемой проблемы с элементами анализа по теме реферата. Приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на проблемы темы реферата.
Содержание реферата должно быть логичным, изложение материала носить проблемно-тематический характер.
Объем реферата может колебаться в пределах 15-20 печатных страниц.
Основные разделы: оглавление (план), введение, основное содержание, заключение, список литературы.
Текст реферата должен содержать следующие разделы:
— титульный лист реферата (приложение 2);
— ведение, актуальность темы.
— основной раздел.
— заключение
— список литературных источников
Список литературных источников- библиографическое описание используемых источников литературы, в том числе и интернет-источников, оформленное по ГОСТ 7.1 – 2003; 7.80 – 2000; должен иметь не менее 10 библиографических названий, включая сетевые ресурсы.
Текстовая часть реферата оформляется на листе следующего формата:
— отступ сверху – 2 см;
— отступ слева – 3 см;
— отступ справа – 1,5 см;
— отступ снизу – 2,5 см;
— шрифт текста: Times New Roman, высота шрифта – 14, пробел – 1,5;
— нумерация страниц – снизу листа. На первой странице номер не ставится.
Реферат должен быть выполнен грамотно с соблюдением культуры изложения. Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу, включая периодическую литературу за последние 5 лет.
Критерии оценки реферата:
— актуальность темы исследования;
— соответствие содержания теме;
— глубина проработки материала;
— правильность и полнота разработки темы;
— значимость выводов для дальнейшей практической деятельности;
— правильность и полнота использования литературы;
— соответствие оформления реферата стандарту;
— качество сообщения и ответов на вопросы при защите реферата.
Практическое занятие по защите рефератов может проводиться в качестве «круглого стола» в форме представления докладов, посвященных теме занятия, по следующим этапам:
Этап 1. Каждый обучающийся представляет собственный доклад (обязательно использование презентации) по выбранной теме. Доклад 5-7 минут. Обсуждение доклада, вопросы – 2-3 минуты.
Этап 2. Оценка докладов и презентаций, представленных в группе (таблица 3).

Таблица 3 - Шкала оценки докладов на практическом занятии

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Доклад четко выстроен, сопровождается презентацией, отражающей проблематику доклада, имеет четкие выводы, полностью характеризующие работу. Автор отлично ориентируется в материале и	Отлично

отвечает на все вопросы, владеет специальной терминологией. 2. Обучающийся активно участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	
1. Доклад структурирован, презентация не отражает в полной мере содержание доклада, допущены неточности, выводы нечеткие. Автор затрудняется ответить на вопросы, слабо использует специальную терминологию. 2. Обучающийся участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	Хорошо
1. Доклад структурирован, содержание не полностью раскрывает цель доклада, отсутствует презентация. 2. Обучающийся пассивен при обсуждении докладов других обучающихся из группы	Удовлетвори тельно
1. Доклад не структурирован/отсутствует, презентация отсутствует. Автор не владеет материалом. 2. Обучающийся не участвует в обсуждении докладов.	Неудовлетво рительно

4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций

Создание материалов-презентаций — это вид самостоятельной работы обучающихся по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint.

Этот вид работы требует координации навыков обучающегося по сбору, систематизации, переработке информации, оформления ее в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. Создание презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у обучающихся навыки работы на компьютере.

Презентации готовятся обучающимся в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Обучающийся при подготовке презентации должен выполнить следующий комплекс взаимосвязанных видов самостоятельной работы:

— изучить материалы темы, выделяя главное и второстепенное;

— установить логическую связь между элементами темы;

— представить характеристику элементов в краткой форме;

— выбрать опорные сигналы для акцентирования главной информации и отобразить в структуре работы;

— оформить презентацию в соответствии с рекомендациями (таблица 4), разместить ее в электронной образованной среде университета, к установленному сроку либо представить на практическое/лабораторное занятие.

Таблица 4 - Методические рекомендации по оформлению презентации

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Стиль	1.1 Соблюдайте единый стиль оформления. 1.2 Избегайте стилей, которые будут отвлекать от самой презентации. 1.3 Вспомогательная информация не должны преобладать над основной информацией (текст, рисунки).
2. Фон	Для фона предпочтительнее использовать более холодные тона (синий или зеленый).
3. Использование цвета	3.1 На одном слайде рекомендуется использовать не более трех цветов: один для фона, один для заголовков, один для текста. для фона и текста используйте контрастные цвета. 3.2. Обратите особое внимание на цвет гиперссылок (до и после

	использования).
4 Текст/ представление информации	4.1 Используйте короткие слова и предложения. 4.2. Минимизируйте количество предлогов, наречий, прилагательных. 4.3.Заголовки должны привлекать внимание аудитории. 4.4 Предпочтительно горизонтальное расположение информации. 4.5 Наиболее важная информация должна располагаться в центре экрана. Если на слайде располагается картинка, надпись должна располагаться под ней. 4.6 Наибольшая эффективность достигается тогда, когда ключевые пункты отображаются по одному на каждом отдельном слайде.
5.Шрифты	5.1 Для заголовков не менее 24 5.2 Для информации- не менее 18. 5.3Шрифты без засечек легче читать с большого расстояния. 5.4.Нельзя смешивать разные типы шрифтов в одном тексте 5.5.Для выделения информации следует использовать жирный шрифт, курсив или подчеркивание. 5.6 Нельзя злоупотреблять прописными буквами (они читаются хуже строчных букв).
6.Анимационные эффекты	Возможности компьютерной анимации для оформления презентации необходимо использовать умерено, они не должны отвлекать внимание от содержания информации на слайде.

Критерии оценивания презентаций:

— соответствие содержания теме;

— правильная структурированность информации;

— наличие логической связи изложенной информации;

— эстетичность оформления, его соответствие требованиям;

— презентация выполнена и представлена в срок.

Шкала оценивания презентаций разрабатывается преподавателем и доводится до сведения обучающихся вместе с заданием.

Оценка «Отлично»:

презентация отличается целостностью, логичностью и оригинальностью. Оформление логично, эстетично, не противоречит содержанию доклада. Информация структурирована. Иллюстрации презентации соответствуют содержанию, дополняют информацию о раскрываемой проблеме. Текст доклада, сопровождающего презентацию, излагается обучающимся самостоятельно, с незначительной опорой на печатный текст. Ответы на вопросы преподавателя и аудитории четкие, аргументированные, сопровождаются ссылкой на факты и примеры.

Оценка «Хорошо»:

презентация характеризуется целостностью, логической завершенностью, с незначительными недочетами в логике изложения материала. Оформление эстетично, логично, структурировано. Текст доклада излагается с преимущественной опорой на текст. Ответы на дополнительные и уточняющие вопросы не вносят ясности, преимущественно повторяют содержание презентации.

Оценка «Удовлетворительно»:

презентация характеризуется отсутствием единого стиля в оформлении, ввиду чего информация тяжело воспринимается аудиторией. Сведения, излагаемые обучающимся разрозненные, плохо структурированы и аргументированы. Текст доклада

преимущественно зачитывается, обучающимся допускаются неточности и ошибки в изложении материала. Ответы на дополнительные вопросы затруднительны.
Оценка «Неудовлетворительно»:
оформление презентации не соответствует заявленным требованиям. Работа характеризуется отсутствием единого стиля. Обучающийся представляет разрозненные сведения, которые слабо коррелируют с заявленной темой исследования, текст доклада зачитывается, обучающимся часто допускаются ошибки в изложении материала, допускаются ошибки в использовании научной и профессиональной терминологии. Ответы на дополнительные вопросы обучающийся не дает.

5. Организация самостоятельной работы обучающего при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям

Текущий контроль осуществляется систематически с целью установления уровня овладения заявленными в рабочей программе дисциплины/практики компетенциями при изучении. В течение года в соответствии с программой дисциплины проводятся текущие аттестации. Форма проведения текущей аттестации (письменное / устное собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, защита реферата) определяется руководителем курса и доводится до обучающихся. Вопросы по текущей аттестации доводятся до сведения обучающихся не позднее 3 дней до проведения аттестации.
Подготовка к промежуточной аттестации предполагает систематизацию обучающимся усвоенных в ходе обучения по дисциплинам профессиональных знаний и умений. Программа промежуточной аттестации экзамена имеет обобщающий характер и ориентирует обучающегося в процессе подготовки к нему на актуализацию знаний, умений и навыков, отражающих наиболее существенные компоненты содержания дисциплин, закрепление в профессиональном сознании комплексного и целостного знания.
Подготовка к промежуточной аттестации является формой самостоятельной работы обучающегося. Ее эффективной организации будут способствовать рекомендованные перечни основной и дополнительной литературы, информационных и электронно-образовательных ресурсов, а также список вопросов, которые составляют основу для итогового анализа профессиональной компетентности обучающегося и оценки ее соответствия требованиям ФГОС по компетенциям, закрепленным за дисциплинами. Ориентируясь в перечнях основной и дополнительной литературы, обучающийся может выбрать из них как основополагающие источники, так и те, которые позволят углубить и расширить знания по актуальным проблемам специальностей, систематизировать их и отразить в комплексе.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации рекомендуется составлять развернутый план ответа на вопрос программы экзамена, что обеспечит логическую последовательность изложения материала. Продумывая структуру ответа, необходимо: во-первых, уделить внимание раскрытию теоретической сущности явления или понятий, обозначенных в контрольно-измерительном материале, во-вторых, осветить содержание и закономерности рассматриваемых явлений, отразить состояние их изученности в современной медицине. Обучающийся должен продемонстрировать на промежуточной аттестации владение категориальным аппаратом дисциплин, показать умение использовать знания, полученные при изучении дисциплин для анализа современных тенденций в медицине, применять их для решения профессиональных задач врачей по специальностям.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации обучающемуся рекомендуется использовать весь набор методов и средств современных информационных технологий для изучения содержания отечественной и зарубежной литературы по дисциплине, анализа и оценки ее текущего состояния и перспектив развития.

При подготовке к промежуточной аттестации рекомендуется активно применять следующие образовательные и профессионально-ориентированные технологии:
– информационные технологии – компьютерные технологии, в том числе доступ в Интернет (для получения учебной и учебно-методической информации, представленной в научных электронных журналах и на сайтах библиотек);
– информационно-коммуникационные технологии.
Оценка знаний, умений и навыков, характеризующая этапы формирования компетенций в рамках изучения дисциплины осуществляется в ходе текущей и промежуточной аттестаций.
Форма проведения текущей/ промежуточной аттестации определяется рабочей программой дисциплины. Оценивание компетенций, вынесенных на промежуточную аттестацию в форме экзамена, осуществляется по четырехбалльной шкале:
оценка «отлично» - 5 баллов
оценка «хорошо» - 4 балла
оценка «удовлетворительно» - 3 балла
оценка «неудовлетворительно» - 2 балла.
При сдаче промежуточной аттестации в форме зачета:
«зачтено» - 3-5 баллов или «не зачтено» - 2 балла.

6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной(клинической) практики

Производственная (клиническая) практика составлена по модулям – дисциплинам и проводится в форме контактной и самостоятельной работы обучающегося.
Контактная работа предусматривает работу руководителя практики с обучающимся в форме индивидуальных/групповых консультаций.
К самостоятельной работе по практикам относятся следующие виды работ обучающегося:
- ознакомление с нормативно-правовым обеспечением практик, включая программы практик;
- изучение законодательной и нормативно-правовой обеспеченности профессиональной деятельности в сфере обращения лекарственных средств в предметной области практики;
- выполнение заданий, заполнение отчета о прохождении практики;
- подготовка к промежуточной аттестации по итогам практики.
По окончании практики обучающийся оформляет отчёт. Материал для составления отчета собирается и накапливается с первого дня практики. Отчет должен содержать самоанализ выполненной работы обучающимся.
Во время прохождения практики необходимо выполнение следующих условий:
- Явиться на установочное собрание, проводимое руководителем практики и получить пакет документов в учебно-методическом отделе.
- В первый день практики прийти на базу к 8 часам утра, и представиться общему руководителю.
- Быть одетым строго по форме и следить за ее чистотой. Иметь сменную обувь.
- Работать строго по графику. Пропущенные дни, даже по уважительной причине, отрабатываются в дополнительное время.
- Ознакомиться с документацией структурных подразделений (поликлиника, стационар, приемный покой, в отделениях - процедурные кабинеты, пост и т.д.).
- Активно участвовать в общественной жизни структурных подразделений, а также в санитарно-просветительной работе.
- Бережно относиться к имуществу лечебно-профилактических учреждений.
- Быть дисциплинированными, спокойными и вежливыми в обращении с товарищами по работе, с больными и их родственниками, в отделениях соблюдать тишину и порядок.

- Ежедневно и аккуратно вести отчет, заполнять листы обязательных манипуляций. Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной (клинической) практике представлены в Таблице 6.

Таблица 6 – Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной практике

Критерии оценки	Шкала оценок
Обучающийся предоставил оформленный соответствующим образом, отчет и отзыв с положительной характеристикой руководителя практики; продемонстрировал систематические знания по контролируемым компетенциям; владеет способностью и готовностью применять знания, умения и навыки для решения профессиональных задач на практике; в ответе присутствует четкая структура, логическая последовательность, современная профессиональная терминология; ответ обоснован нормативной документацией и конкретными примерами из производственной практики.	Зачтено
Обучающийся предоставил неполный перечень отчетной документации; демонстрирует полное отсутствие или фрагментарные знания, умения и навыки по контролируемой компетенции и неспособность применять их на практике для решения профессиональных задач; не в состоянии обосновать свой ответ нормативной документацией и примерами из производственной практики; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа	Не зачтено

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«ЧЕЧЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. А.А.КАДЫРОВА»
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра гуманитарных, естественнонаучных и социальных дисциплин

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

«Иностранный (немецкий) язык»

Код направления подготовки (специальности)	31.05.03
Направление подготовки (специальности)	Стоматология
Квалификация выпускника	Врач- стоматолог
Форма обучения	Очная

Грозный, 2022

Умарова С.Х. Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Иностранный (немецкий) язык» / Сост. Умарова С.Х., – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет им. А.А. Кадырова», 2022.

© Умарова С.Х., 2022

© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет им. А.А. Кадырова», 2022.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения 4

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий. .. 4

2.1. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям 4

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий 4

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой. 4

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «Иностранный (немецкий) язык» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом по направлениям подготовки предусмотрены следующие виды занятий:

- практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:

- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.
Основная литература - это учебники и учебные пособия.
Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.
Рекомендации студенту:
выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;
- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».
Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:
Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.
Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.
Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.
Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.
Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«ЧЕЧЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. А.А.КАДЫРОВА»
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра гуманитарных, естественнонаучных и социальных дисциплин

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

«Иностранный (английский) язык»

Код направления подготовки (специальности)	31.05.03
Направление подготовки (специальности)	Стоматология
Квалификация выпускника	Врач- стоматолог
Форма обучения	Очная

Грозный

Межидова М.Р. Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Иностранный (английский) язык» / Сост. Межидова М.Р., – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет им. А.А. Кадырова».

© Межидова М.Р.

© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет им. А.А. Кадырова».

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения 4

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий. .. 4

2.1. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям 4

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий 4

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой..... 4

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «Иностранный (английский) язык» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом по направлениям подготовки предусмотрены следующие виды занятий:

- практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:

- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.
Основная литература - это учебники и учебные пособия.
Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.
Рекомендации студенту:
выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;
- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».
Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:
Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.
Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.
Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.
Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.
Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра поликлинической терапии

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «Инфекционные болезни, фтизиатрия»

Код направления подготовки (специальности)	31.05.03
Направление подготовки (специальности)	Стоматология
Квалификация выпускника	Врач- стоматолог
Форма обучения	Очная

Грозный

СОДЕРЖАНИЕ

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся.
2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий.
3. Методические рекомендации по выполнению рефератов.
4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций.
5. Организация самостоятельной работы обучающихся при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям.
6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной практики

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся

Самостоятельная работа по дисциплинам является обязательным элементом федеральных государственных образовательных стандартов по программам высшего образования.

Самостоятельная работа обучающегося – организационная форма обучения - система педагогических условий, обеспечивающих управление учебной деятельностью обучающихся по освоению знаний и умений в учебной и научной деятельности без посторонней помощи.

Самостоятельная работа обучающихся является специфическим педагогическим средством организации и сопровождения самостоятельной деятельности обучающихся в учебном процессе.

Цели

К целям самостоятельной работы относится:

— формирование способностей у обучающегося к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;

— развитие исследовательских умений.

— фиксирование и систематизирование полученных теоретических познаний и практического опыта; формирование умений использовать научную, правовую, справочную и специальную литературу;

— развитие познавательных способностей и инициативности обучающихся, ответственность, организованность, стремление к саморазвитию; формирование умения правильно пользоваться полученным ранее материалом, собранным в процессе самостоятельного наблюдения, выполнения заданий различного характера.

Формы самостоятельной работы

При обучении используются следующие виды и формы самостоятельной работы:

— подготовка к практическим занятиям;

— подготовка и написание рефератов; - подготовка докладов на заданные темы рефератов, либо выбранные по заданному направлению;

— изучение и систематизация нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность в сфере обращения лекарственных средств в части организационно-управленческих вопросов с использованием информационно-справочных систем «Консультант Плюс», «Консультант врача», компьютерной сети «Интернет»;

— изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодической литературы с использованием электронных библиотечных систем, официальных статистических данных, научной периодики; - создание презентации;

— подготовка к устному опросу, к дискуссии;

— тестирование;

— решение ситуационных задач;

— подготовка к текущей, промежуточной аттестации и т.д.

Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет в начале каждого семинарского/практического занятия.

Контроль результатов аудиторной самостоятельной работы осуществляется в пределах времени, отведенного на практические занятия по дисциплине. В зависимости от сложности познавательной деятельности при изучении дисциплин используется три уровня самостоятельной работы:

— репродуктивная самостоятельная работа, которая включает изучение основной и дополнительной рекомендованной литературы, изучение методических рекомендаций к занятию, решение типовых задач, ситуаций;

— реконструктивная самостоятельная работа включает в себя подготовку к презентациям, сообщениям по заданной теме, решение профессиональных задач, моделирование профессиональной деятельности;

— творческая самостоятельная работа включает анализ, обобщение и систематизацию научных и нормативно-правовых документов, самостоятельное составление ситуаций, задач, проектов, составление выступлений по проблемам профессиональной деятельности. Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет на семинарском/практическом занятии.

Самостоятельная работа начинается с изучения рабочей программы дисциплины, отражена в рабочих программах дисциплин.

Для конспектирования лекционного материала, а также выполнения семинарских/практических работ требуются рабочие тетради.

Самостоятельная работа обучающегося подразделяется на аудиторную и внеаудиторную самостоятельную работу

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплинам выполняется на учебных занятиях (семинарские или практические) под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Основными видами аудиторной самостоятельной работы являются:

— выполнение практических работ;

— работа с нормативно-правовыми документами в области обращения лекарственных средств;

— решение ситуационных/симуляционных задач;

— презентация результатов научно-исследовательской работы по заданным темам

Выполнение практических работ осуществляется на семинарских/практических занятиях в соответствии с графиком учебного процесса и расписанием занятий.

Работа с основной, дополнительной литературой, эмпирическими и статистическими данными, как правило, основана на изучении документов и данных, их обобщении и представлении.

Решение ситуационных задач используется на семинарских/практических занятиях. Проблемная/ситуационная задача должна иметь четкую формулировку, к ней должны быть поставлены вопросы, ответы на которые необходимо найти и обосновать.

Критерии для оценки каждого вида аудиторной самостоятельной работы обучающегося разрабатываются преподавателем для конкретной дисциплины /цикла из предложенного перечня критериев оценки результатов аудиторной самостоятельной работы:

— уровень освоения учебного материала;

— умение использовать теоретические знания при выполнении лабораторных, практических, ситуационных, симуляционных задач;

— сформированность заявленных умений по теме аудиторного занятия;

— обоснованность и четкость изложения ответов;

— оформление материала в соответствии с требованиями, заявленными в задании;

— уровень самостоятельности обучающегося при выполнении аудиторной самостоятельной работы.

Внеаудиторная самостоятельная работа является элементом каждой темы дисциплин.

Планирование времени, необходимого на внеаудиторное самостоятельное изучение дисциплин, обучающие должны осуществлять весь семестр, предусматривая при этом регулярное повторение материала.

Материал, законспектированный на лекциях, необходимо регулярно прорабатывать и дополнять сведениями из других источников литературы, представленных не только в программах дисциплин, но и в периодических профильных научных изданиях, материалах конференций.

При изучении дисциплин сначала необходимо по каждой теме прочитать рекомендованную литературу и составить краткий конспект основных положений, терминов, сведений, требующих запоминания и являющихся основополагающими в этой теме для освоения последующих тем курса. Для расширения знания по дисциплине

рекомендуется использовать Интернет-ресурсы; проводить поиски в различных системах и использовать материалы сайтов, рекомендованных преподавателем.
При выполнении самостоятельной работы по написанию реферата необходимо: прочитать теоретический материал в рекомендованной литературе, периодических изданиях, на Интернет-сайтах; творчески переработать изученный материал и представить его для отчета в форме реферата, проиллюстрировав схемами, диаграммами, фотографиями и рисунками.
Тексты докладов и рефератов должны быть изложены внятно, простым и ясным языком.
Для обеспечения внеаудиторной самостоятельной работы по каждой теме дисциплин/блоку разработаны:
а) перечень основной и дополнительной литературы;
б) вопросы для самоконтроля.
При выполнении внеаудиторной самостоятельной работы обучающийся имеет право обращаться к преподавателю за консультацией с целью уточнения задания, формы контроля выполненного задания.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы отражается в индивидуальном плане после выполнения внеаудиторной самостоятельной работы.
Критерии оценки внеаудиторной работы формируются преподавателем самостоятельно для каждого вида работы. Основными критериями оценки внеаудиторной работы обучающегося выступают:
- уровень освоения материала;
- уровень умения использовать теоретические знания при выполнении заданий, решении ситуационных задач;
- обоснованность и четкость изложения ответов,
- результаты тестирования по шкале оценок;
- уровень умения использовать электронные образовательные ресурсы;
- умение четко формулировать проблему, предложив ее решение, критическая оценка последствий решения;
- уровень умения сформулировать собственную позицию и аргументировать ее.

Качество выполнения внеаудиторной самостоятельной работы оценивается посредством текущего контроля самостоятельной работы обучающегося. Текущий контроль представляет собой форму планомерного контроля качества и объема осваиваемых компетенций в процессе изучения конкретной дисциплины, проводится на семинарских/практических занятиях и во время индивидуальной работы преподавателя с обучающимися.

Шкала оценивания внеаудиторной самостоятельной работы:
Зачтено – задание выполнено полно и правильно, изложено в правильных нормативных формулировках с использованием точного понятийного аппарата, с использованием рекомендованных источников литературы, продемонстрировано умение формулировать проблему, предложены пути ее решения, проведена критическая оценка последствий такого решения, а также умение формулировать собственную позицию и аргументировать ее.
Не зачтено – обучающийся не выполнил задание либо выполнил не в полном объеме, демонстрирует несформированность понятийного аппарата по теме, отсутствие умения формулировать проблему, обобщать материал, не может аргументировать свой ответ.

2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий

Практическое занятие - вид учебных занятий, при котором в результате предварительной работы над учебным материалом преподавателя и студента, в обстановке их контактной работы в аудитории решаются задачи познавательного и воспитательного характера.
Цель такой формы обучения – углубленное изучение дисциплины, закрепление полученного теоретического материала в форме внеаудиторной самостоятельной работы, овладение методологией научного познания и формирования базовых умений. Немаловажным преимуществом практических занятий является и формирование навыков профессиональной дискуссии.
Задачи практических занятий:

- мотивация к регулярному изучению теоретического учебного материала, основной, дополнительной литературы;
- закрепление теоретических знаний, полученных при прослушивании лекций и во время внеаудиторной самостоятельной работы;
- получение навыков устного и публичного выступления по теоретическим вопросам, включая навыки по свободному оперированию организационными и управленческими понятиями и категориями;
- формирование навыков по универсальным и профессиональным компетенциям;
- возможность преподавателю систематически контролировать как самостоятельную работу студента, так и свою работу.

Практические занятия проводятся по плану.
Каждая тема практического занятия, как правило, включает: цель занятия, перечень основных и дополнительных источников литературы, вопросы к устному обсуждению на занятии, ситуационные задачи и перечень заданий, которые обучающиеся самостоятельно должны решить на практическом занятии.
Каждое практическое занятие посвящено, как правило, изучению нескольких компетенций и включает три основных этапа.
Первый этап - устный опрос по заранее сформулированным вопросам либо представление докладов/презентаций, подготовленных в рамках внеаудиторной самостоятельной работы по заранее сформулированным требованиям. Важнейшей частью этапа, является обсуждение представленных докладов/презентаций. Цель преподавателя – организовать обмен мнениями, дискуссию в группе, скорректировать уровень подготовленности студентов.
Одним из возможных элементов первого этапа является решение ситуационных задач, которые максимально приближены к профессиональной деятельности.
Требования к ответам обучающихся – самостоятельность в подборе фактического материала и аналитическом отношении к нему, умение рассматривать примеры и факты во взаимосвязи и взаимообусловленности, отбирать наиболее существенные из них.
Для оценивания первого (теоретического) этапа занятия используются знания, умения, владения, которые заявлены на каждое занятие:
1) знание учебного материала и владение понятийным аппаратом по теме занятия;
2) умение связывать теорию с практикой;
3) умение иллюстрировать ответ примерами, фактами, данными научных исследований;
4) умение применять теоретические знания при решении ситуационных задач.
Второй этап – аудиторное самостоятельное выполнение семинарских /практических заданий, которые обучающийся выполняет индивидуально либо в группе, если такое предусмотрено заданием.
В процессе выполнения самостоятельной аудиторной работы обучающийся имеет право на получение индивидуальных консультаций у преподавателя.
По окончании выполнения аудиторной самостоятельной работы обучающийся сдает отчет о выполнении самостоятельных лабораторных заданий преподавателю, который оценивается по шкале «зачет/незачет».
Критерии оценивания практического занятия осуществляются по следующим критериям:

1. своевременное выполнение внеаудиторной самостоятельной работы по изучаемой теме;
2. демонстрируемый обучающимся уровень усвоения заявленной к освоению компетенции (знания, умения, навыки);
— хорошее знание и уверенное владение на занятии теоретическим содержанием учебного материала;
— адекватное применение теоретического материала к решению ситуационных задач, заданий для аудиторной самостоятельной работы;
— умение аргументировать свои решения, развернуто отвечать на дополнительные вопросы преподавателя.
3. Соблюдение организационных и дисциплинарных требований, предъявляемых к обучающемуся на семинарских/практических занятиях: аккуратный внешний вид, соблюдение дисциплины на занятиях, полнота и своевременность представления выполненных заданий в полном объеме (не позднее даты окончания занятия и в полном соответствии с предъявляемыми к их содержанию и качеству оформления).
Третий этап – заключительный. Преподаватель дает общую оценку уровня подготовленности обучаемых к практическим занятиям, характеризует активность каждого обучающегося на занятии и озвучивает оценки каждому обучающемуся с их обоснованием.

Шкала оценивания осуществляется по четырехбалльной шкале (таблица 2)

Критерии оценивания лабораторного/практического занятия	Шкала оценок
Полное соответствие работы обучающегося требованиям. Обучающийся демонстрирует уверенные знания, способен творчески решать поставленные задачи, самостоятельно демонстрирует умения, обладает некоторыми навыками. Обучающийся успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, демонстрирует глубокое теоретическое знание по изучаемой теме, умение его применять на практике (в установленный срок сдал протоколы занятия/представил и защитил доклады/презентации и др.).	Отлично
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует хорошее знание материала, способен творчески решать поставленные задачи, демонстрирует базовые умения. Обучающийся выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, содержатся отдельные пробелы в умении применить полученные теоретические знании к решению ситуационных задач .	Хорошо
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует знание базового материала, способен решать поставленные задачи под руководством преподавателя, освоил базовые умения. Успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, но затрудняется интерпретировать его практически.	Удовлетвори тельно
Работа не соответствует требованиям.	Неудовлетво рительно

3. Методические рекомендации по организации и выполнению рефератов
Реферат предусматривает углубленное изучение дисциплины, способствует развитию навыков самостоятельной работы с литературными источниками.
Реферат – краткое изложение в письменном виде содержания научного труда по предоставленной теме. Это самостоятельная научноисследовательская работа, где

обучающийся раскрывает суть исследуемой проблемы с элементами анализа по теме реферата. Приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на проблемы темы реферата.
Содержание реферата должно быть логичным, изложение материала носить проблемно-тематический характер.
Объем реферата может колебаться в пределах 15-20 печатных страниц.
Основные разделы: оглавление (план), введение, основное содержание, заключение, список литературы.
Текст реферата должен содержать следующие разделы:
— титульный лист реферата (приложение 2);
— ведение, актуальность темы.
— основной раздел.
— заключение
— список литературных источников
Список литературных источников- библиографическое описание используемых источников литературы, в том числе и интернет-источников, оформленное по ГОСТ 7.1 – 2003; 7.80 – 2000; должен иметь не менее 10 библиографических названий, включая сетевые ресурсы.
Текстовая часть реферата оформляется на листе следующего формата:
— отступ сверху – 2 см;
— отступ слева – 3 см;
— отступ справа – 1,5 см;
— отступ снизу – 2,5 см;
— шрифт текста: Times New Roman, высота шрифта – 14, пробел – 1,5;
— нумерация страниц – снизу листа. На первой странице номер не ставится.
Реферат должен быть выполнен грамотно с соблюдением культуры изложения. Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу, включая периодическую литературу за последние 5 лет.
Критерии оценки реферата:
— актуальность темы исследования;
— соответствие содержания теме;
— глубина проработки материала;
— правильность и полнота разработки темы;
— значимость выводов для дальнейшей практической деятельности;
— правильность и полнота использования литературы;
— соответствие оформления реферата стандарту;
— качество сообщения и ответов на вопросы при защите реферата.
Практическое занятие по защите рефератов может проводиться в качестве «круглого стола» в форме представления докладов, посвященных теме занятия, по следующим этапам:
Этап 1. Каждый обучающийся представляет собственный доклад (обязательно использование презентации) по выбранной теме. Доклад 5-7 минут. Обсуждение доклада, вопросы – 2-3 минуты.
Этап 2. Оценка докладов и презентаций, представленных в группе (таблица 3).

Таблица 3 - Шкала оценки докладов на практическом занятии

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Доклад четко выстроен, сопровождается презентацией, отражающей проблематику доклада, имеет четкие выводы, полностью характеризующие работу. Автор отлично ориентируется в материале и	Отлично

отвечает на все вопросы, владеет специальной терминологией. 2. Обучающийся активно участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	
1. Доклад структурирован, презентация не отражает в полной мере содержание доклада, допущены неточности, выводы нечеткие. Автор затрудняется ответить на вопросы, слабо использует специальную терминологию. 2. Обучающийся участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	Хорошо
1. Доклад структурирован, содержание не полностью раскрывает цель доклада, отсутствует презентация. 2. Обучающийся пассивен при обсуждении докладов других обучающихся из группы	Удовлетвори тельно
1. Доклад не структурирован/отсутствует, презентация отсутствует. Автор не владеет материалом. 2. Обучающийся не участвует в обсуждении докладов.	Неудовлетво рительно

4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций

Создание материалов-презентаций — это вид самостоятельной работы обучающихся по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint.

Этот вид работы требует координации навыков обучающегося по сбору, систематизации, переработке информации, оформления ее в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. Создание презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у обучающихся навыки работы на компьютере.

Презентации готовятся обучающимся в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Обучающийся при подготовке презентации должен выполнить следующий комплекс взаимосвязанных видов самостоятельной работы:

— изучить материалы темы, выделяя главное и второстепенное;

— установить логическую связь между элементами темы;

— представить характеристику элементов в краткой форме;

— выбрать опорные сигналы для акцентирования главной информации и отобразить в структуре работы;

— оформить презентацию в соответствии с рекомендациями (таблица 4), разместить ее в электронной образованной среде университета, к установленному сроку либо представить на практическое/лабораторное занятие.

Таблица 4 - Методические рекомендации по оформлению презентации

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Стиль	1.1 Соблюдайте единый стиль оформления. 1.2 Избегайте стилей, которые будут отвлекать от самой презентации. 1.3 Вспомогательная информация не должны преобладать над основной информацией (текст, рисунки).
2. Фон	Для фона предпочтительнее использовать более холодные тона (синий или зеленый).
3. Использование цвета	3.1 На одном слайде рекомендуется использовать не более трех цветов: один для фона, один для заголовков, один для текста. для фона и текста используйте контрастные цвета. 3.2. Обратите особое внимание на цвет гиперссылок (до и после

	использования).
4 Текст/ представление информации	4.1 Используйте короткие слова и предложения. 4.2. Минимизируйте количество предлогов, наречий, прилагательных. 4.3.Заголовки должны привлекать внимание аудитории. 4.4 Предпочтительно горизонтальное расположение информации. 4.5 Наиболее важная информация должна располагаться в центре экрана. Если на слайде располагается картинка, надпись должна располагаться под ней. 4.6 Наибольшая эффективность достигается тогда, когда ключевые пункты отображаются по одному на каждом отдельном слайде.
5.Шрифты	5.1 Для заголовков не менее 24 5.2 Для информации- не менее 18. 5.3Шрифты без засечек легче читать с большого расстояния. 5.4.Нельзя смешивать разные типы шрифтов в одном тексте 5.5.Для выделения информации следует использовать жирный шрифт, курсив или подчеркивание. 5.6 Нельзя злоупотреблять прописными буквами (они читаются хуже строчных букв).
6.Анимационные эффекты	Возможности компьютерной анимации для оформления презентации необходимо использовать умерено, они не должны отвлекать внимание от содержания информации на слайде.

Критерии оценивания презентаций:

— соответствие содержания теме;

— правильная структурированность информации;

— наличие логической связи изложенной информации;

— эстетичность оформления, его соответствие требованиям;

— презентация выполнена и представлена в срок.

Шкала оценивания презентаций разрабатывается преподавателем и доводится до сведения обучающихся вместе с заданием.

Оценка «Отлично»:

презентация отличается целостностью, логичностью и оригинальностью. Оформление логично, эстетично, не противоречит содержанию доклада. Информация структурирована. Иллюстрации презентации соответствуют содержанию, дополняют информацию о раскрываемой проблеме. Текст доклада, сопровождающего презентацию, излагается обучающимся самостоятельно, с незначительной опорой на печатный текст. Ответы на вопросы преподавателя и аудитории четкие, аргументированные, сопровождаются ссылкой на факты и примеры.

Оценка «Хорошо»:

презентация характеризуется целостностью, логической завершенностью, с незначительными недочетами в логике изложения материала. Оформление эстетично, логично, структурировано. Текст доклада излагается с преимущественной опорой на текст. Ответы на дополнительные и уточняющие вопросы не вносят ясности, преимущественно повторяют содержание презентации.

Оценка «Удовлетворительно»:

презентация характеризуется отсутствием единого стиля в оформлении, ввиду чего информация тяжело воспринимается аудиторией. Сведения, излагаемые обучающимся разрозненные, плохо структурированы и аргументированы. Текст доклада

преимущественно зачитывается, обучающимся допускаются неточности и ошибки в изложении материала. Ответы на дополнительные вопросы затруднительны.
Оценка «Неудовлетворительно»:
оформление презентации не соответствует заявленным требованиям. Работа характеризуется отсутствием единого стиля. Обучающийся представляет разрозненные сведения, которые слабо коррелируют с заявленной темой исследования, текст доклада зачитывается, обучающимся часто допускаются ошибки в изложении материала, допускаются ошибки в использовании научной и профессиональной терминологии. Ответы на дополнительные вопросы обучающийся не дает.

5. Организация самостоятельной работы обучающего при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям

Текущий контроль осуществляется систематически с целью установления уровня овладения заявленными в рабочей программе дисциплины/практики компетенциями при изучении. В течение года в соответствии с программой дисциплины проводятся текущие аттестации. Форма проведения текущей аттестации (письменное / устное собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, защита реферата) определяется руководителем курса и доводится до обучающихся. Вопросы по текущей аттестации доводятся до сведения обучающихся не позднее 3 дней до проведения аттестации.
Подготовка к промежуточной аттестации предполагает систематизацию обучающимся усвоенных в ходе обучения по дисциплинам профессиональных знаний и умений. Программа промежуточной аттестации экзамена имеет обобщающий характер и ориентирует обучающегося в процессе подготовки к нему на актуализацию знаний, умений и навыков, отражающих наиболее существенные компоненты содержания дисциплин, закрепление в профессиональном сознании комплексного и целостного знания.
Подготовка к промежуточной аттестации является формой самостоятельной работы обучающегося. Ее эффективной организации будут способствовать рекомендованные перечни основной и дополнительной литературы, информационных и электронно-образовательных ресурсов, а также список вопросов, которые составляют основу для итогового анализа профессиональной компетентности обучающегося и оценки ее соответствия требованиям ФГОС по компетенциям, закрепленным за дисциплинами. Ориентируясь в перечнях основной и дополнительной литературы, обучающийся может выбрать из них как основополагающие источники, так и те, которые позволят углубить и расширить знания по актуальным проблемам специальностей, систематизировать их и отразить в комплексе.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации рекомендуется составлять развернутый план ответа на вопрос программы экзамена, что обеспечит логическую последовательность изложения материала. Продумывая структуру ответа, необходимо: во-первых, уделить внимание раскрытию теоретической сущности явления или понятий, обозначенных в контрольно-измерительном материале, во-вторых, осветить содержание и закономерности рассматриваемых явлений, отразить состояние их изученности в современной медицине. Обучающийся должен продемонстрировать на промежуточной аттестации владение категориальным аппаратом дисциплин, показать умение использовать знания, полученные при изучении дисциплин для анализа современных тенденций в медицине, применять их для решения профессиональных задач врачей по специальностям.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации обучающемуся рекомендуется использовать весь набор методов и средств современных информационных технологий для изучения содержания отечественной и зарубежной литературы по дисциплине, анализа и оценки ее текущего состояния и перспектив развития.

При подготовке к промежуточной аттестации рекомендуется активно применять следующие образовательные и профессионально-ориентированные технологии:
– информационные технологии – компьютерные технологии, в том числе доступ в Интернет (для получения учебной и учебно-методической информации, представленной в научных электронных журналах и на сайтах библиотек);
– информационно-коммуникационные технологии.
Оценка знаний, умений и навыков, характеризующая этапы формирования компетенций в рамках изучения дисциплины осуществляется в ходе текущей и промежуточной аттестаций.
Форма проведения текущей/ промежуточной аттестации определяется рабочей программой дисциплины. Оценивание компетенций, вынесенных на промежуточную аттестацию в форме экзамена, осуществляется по четырехбалльной шкале:
оценка «отлично» - 5 баллов
оценка «хорошо» - 4 балла
оценка «удовлетворительно» - 3 балла
оценка «неудовлетворительно» - 2 балла.
При сдаче промежуточной аттестации в форме зачета:
«зачтено» - 3-5 баллов или «не зачтено» - 2 балла.

6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной(клинической) практики

Производственная (клиническая) практика составлена по модулям – дисциплинам и проводится в форме контактной и самостоятельной работы обучающегося.
Контактная работа предусматривает работу руководителя практики с обучающимся в форме индивидуальных/групповых консультаций.
К самостоятельной работе по практикам относятся следующие виды работ обучающегося:
- ознакомление с нормативно-правовым обеспечением практик, включая программы практик;
- изучение законодательной и нормативно-правовой обеспеченности профессиональной деятельности в сфере обращения лекарственных средств в предметной области практики;
- выполнение заданий, заполнение отчета о прохождении практики;
- подготовка к промежуточной аттестации по итогам практики.
По окончании практики обучающийся оформляет отчёт. Материал для составления отчета собирается и накапливается с первого дня практики. Отчет должен содержать самоанализ выполненной работы обучающимся.
Во время прохождения практики необходимо выполнение следующих условий:
- Явиться на установочное собрание, проводимое руководителем практики и получить пакет документов в учебно-методическом отделе.
- В первый день практики прийти на базу к 8 часам утра, и представиться общему руководителю.
- Быть одетым строго по форме и следить за ее чистотой. Иметь сменную обувь.
- Работать строго по графику. Пропущенные дни, даже по уважительной причине, отрабатываются в дополнительное время.
- Ознакомиться с документацией структурных подразделений (поликлиника, стационар, приемный покой, в отделениях - процедурные кабинеты, пост и т.д.).
- Активно участвовать в общественной жизни структурных подразделений, а также в санитарно-просветительной работе.
- Бережно относиться к имуществу лечебно-профилактических учреждений.
- Быть дисциплинированными, спокойными и вежливыми в обращении с товарищами по работе, с больными и их родственниками, в отделениях соблюдать тишину и порядок.

- Ежедневно и аккуратно вести отчет, заполнять листы обязательных манипуляций. Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной (клинической) практике представлены в Таблице 6.

Таблица 6 – Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной практике

Критерии оценки	Шкала оценок
Обучающийся предоставил оформленный соответствующим образом, отчет и отзыв с положительной характеристикой руководителя практики; продемонстрировал систематические знания по контролируемым компетенциям; владеет способностью и готовностью применять знания, умения и навыки для решения профессиональных задач на практике; в ответе присутствует четкая структура, логическая последовательность, современная профессиональная терминология; ответ обоснован нормативной документацией и конкретными примерами из производственной практики.	Зачтено
Обучающийся предоставил неполный перечень отчетной документации; демонстрирует полное отсутствие или фрагментарные знания, умения и навыки по контролируемой компетенции и неспособность применять их на практике для решения профессиональных задач; не в состоянии обосновать свой ответ нормативной документацией и примерами из производственной практики; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа	Не зачтено

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«ЧЕЧЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. А.А.КАДЫРОВА»
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра гуманитарных, естественнонаучных и социальных дисциплин

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

«История Чеченской республики»

Специальность	Стоматология
Код специальности	31.05.03
Квалификация выпускника	Врач-стоматолог
Форма обучения	Очная

Грозный, 2023

Гантамиров Т.Т. Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «История ЧР» / Сост. Т.Т. Гантамиров. – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет им. А.А. Кадырова», 2023.

Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «История ЧР» рассмотрены и одобрены на заседании кафедры гуманитарных, естественнонаучных и социальных дисциплин, рекомендованы к использованию в учебном процессе (протокол № 7 от «13» марта 2023 г.), составлены в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.03 Стоматология (специалитет), утвержденного приказом Минобрнауки России от 15.06.2017 г. № 552.

© Гантамиров Т.Т., 2023
© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет им. А.А. Кадырова», 2023

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения 4

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий. .. 4

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям……..4

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям 4

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий 6

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой. 6

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «История ЧР» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом по направлению подготовки 31.05.03 Стоматология предусмотрены следующие виды занятий:

- лекционные занятия;
- практические занятия;
- самостоятельная работа.

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям

Лекция (от лат. *lectio* - чтение) - систематическое, последовательное, монологическое изложение учителем (преподавателем, лектором) учебного материала, как правило, теоретического характера. Традиционна для высшей школы, где на ее основе формируются учебные курсы. *Виды лекций*: вводная, обзорная, проблемная, лекция-информация, лекция-конференция, лекция-консультация и др.

Вузовская лекция – главное звено дидактического цикла обучения. Её цель – формирование у студентов ориентировочной основы для последующего усвоения материала методом самостоятельной работы. Содержание лекции должно отвечать следующим дидактическим требованиям:

- изложение материала от простого к сложному, от известного к неизвестному;
- логичность, четкость и ясность в изложении материала;
- возможность проблемного изложения, дискуссии, диалога с целью активизации деятельности обучающихся;
- опора смысловой части лекции на подлинные факты, события, явления, статистические данные;
- тесная связь теоретических положений и выводов с практикой и будущей профессиональной деятельностью обучающихся.

Преподаватель, читающий лекционные курсы в вузе, должен знать существующие в педагогической науке и используемые на практике варианты лекций, их дидактические и воспитывающие возможности, а также их методическое место в структуре процесса обучения.

Лекции относятся к словесным методам обучения, поскольку они, как следует из их определения, предполагают монологическое изложение материала преподавателем. Однако вряд ли этим можно ограничиться. Уже в самом определении подчеркивается, что лекция может быть чисто информационной, но может быть и проблемной, а также - и эвристической. Лекция может использоваться при введении нового материала и отражать объяснительно-иллюстративный, проблемный или частично поисковый метод, а может быть обзорной, т.е. заключать в себе обобщение ранее пройденного, или, напротив, знакомить слушателей с большим объемом материала по одной или нескольким темам и т.д.

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Главная цель семинарских занятий - организация учебной и научно-исследовательской работы по важнейшим проблемам изучаемой дисциплины, освоение методики, научно-методических принципов и ознакомление студентов с основными элементами дисциплины. Важнейшее значение отведено осмыслению основных приемов выявления использования источников, информации из различных отраслей знания. При этом на семинарских занятиях намечается непосредственное знакомство с объектами изучения. Планы семинарских занятий составлены в соответствии с лекционным курсом и определяют основные темы для обсуждения, помогают студентам выделить основные проблемы, указывают возможные пути решения этих проблем. При составлении планов особый акцент делался на наиболее значимые вопросы, которые требуют пристального изучения и практического усвоения.

Семинарские занятия призваны посредством анализа наиболее репрезентативных текстов, углубить и расширить материалы лекций, способствовать формированию высокопрофессиональных специалистов - историков

Студенты могут использовать различные формы подготовки к семинарским занятиям: подготовка рефератов, докладов, сообщений.

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.
Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

В процессе подготовки и проведения практических занятий обучающиеся закрепляют полученные ранее теоретические знания, приобретают навыки их практического применения, опыт рациональной организации учебной работы.

В начале семестра обучающиеся получают сводную информацию о формах проведения занятий и формах контроля знаний. Тогда же обучающимся предоставляется список тем лекционных и практических заданий, а также тематика реферативных сообщений.

При подготовке к занятию обучающиеся в первую очередь должны использовать материал лекций и предложенных литературных источников. Самоконтроль качества подготовки к каждому занятию обучающиеся осуществляют, проверяя свои знания и отвечая на вопросы для самопроверки по соответствующей теме.

Входной контроль осуществляется преподавателем в виде проверки и актуализации знаний обучающиеся по соответствующей теме в основном в интерактивной форме.

Выходной контроль осуществляется преподавателем проверкой качества и полноты выполнения задания.

Типовой план практических занятий:

1. Изложение преподавателем темы занятия, его целей и задач.

2. Выдача преподавателем задания обучающимся, необходимые пояснения.

3. Выполнение задания обучающимися под наблюдением преподавателя. Обсуждение результатов. Резюме преподавателя.

4. Общее подведение итогов занятия преподавателем и выдача домашнего задания.

Собеседование – специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, рассчитанная на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.

При подготовке к занятию и устным опросам обучающиеся в первую очередь должны использовать материал лекций и предложенных литературных источников. Самоконтроль

качества подготовки к каждому занятию обучающиеся осуществляют, проверяя свои знания и отвечая на вопросы для самопроверки по соответствующей теме.

Разбор и обсуждение конкретных ситуаций, дискуссии. Задачи:

- формирование у обучающихся представлений о философских проблемах
- повышение интереса к философским проблемам современности, формирование гражданской позиции
- развитие навыков дискуссии и умения формировать жизненную позицию, отстаивать свою точку зрения.

В практике обучения используются различные виды практических занятий:

- семинар-конференция, где обучающиеся выступают с докладами, которые здесь же и обсуждаются всеми участниками под руководством преподавателя. Это самая распространенная форма семинара. В профессиональном обучении семинар целесообразно строить в контексте изучаемой специальности, связывая теоретические вопросы с практикой работы специалиста. Тогда теоретические знания станут понятными для обучающихся и войдут в арсенал их профессионального багажа;
- семинар-дискуссия, проблемный семинар. Он проходит в форме научной дискуссии. Упор здесь делается на инициативе обучающихся в поиске материалов к семинару и активности их в ходе дискуссии. Важно, чтобы источники информации были разнообразными, представляли различные точки зрения на проблему, а дискуссия всегда направлялась преподавателем;
- вопрос-ответная форма используется для обобщения пройденного материала. Здесь используется простая процедура. Преподаватель задает аудитории вопросы, отвечают желающие, а преподаватель комментирует. Таким образом, материал актуализируется обучающимися и контролируется преподавателем;
- развернутая беседа на основе плана. Беседа используется при освоении трудного материала. Здесь инициатива принадлежит преподавателю. В ходе беседы предоставляется право обучающимся высказывать собственное мнение, выступать с подготовленными сообщениями, но придерживаться принятого плана.

На практическом занятии:

- происходит снятие психологического барьера у обучающихся (стеснительность, неловкость, неуверенность при непосредственном общении с преподавателем);
- обучающиеся становятся более активными. Они закрепляют знания, формируют умение доносить мысль до слушателя, навыки дискуссии и публичного выступления, делового общения и лучше запоминают материал;
- преподаватель имеет возможность детальнее и глубже донести учебный материал до обучающихся, пополнить его новой информацией;

преподаватель получает возможность лучше узнать обучающихся, их типичные ошибки и свои недочеты, что дает ему возможность своевременно внести изменения в читаемый курс.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:

- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.

Основная литература - это учебники и учебные пособия.

Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.

Рекомендации студенту:

выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;

- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;

- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».

Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:

Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.

Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.

Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.

Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.

Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет

имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра гуманитарных, естественнонаучных и социальных дисциплин

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

«ИСТОРИЯ РОССИИ»

Специальность	Стоматология
Код специальности	31.05.03
Квалификация выпускника	Врач-стоматолог
Форма обучения	Очная

Грозный

Дасуев М.Л. Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «История России» / Сост. Дасуев М. Л. – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова»

Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «История России» рассмотрены и одобрены на заседании кафедры гуманитарных, естественнонаучных и социальных дисциплин, рекомендованы к использованию в учебном процессе (протокол № 10 от «27» июня 2023 г.), составлены в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.03 Стоматология (специалитет), утвержденного приказом Минобрнауки России от 27.03.2018 № 219.

© Дасуев М.Л.

© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова»

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения 4

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий. .. 4

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс) 4

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям 4

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий 4

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой. 5

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада 5

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата 6

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «История России» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом по направлению подготовки 31.05.03 «Стоматология» предусмотрены следующие виды занятий:

- лекции;
- практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)

Изучение дисциплины требует систематического и последовательного накопления знаний.

Студентам необходимо вести конспект прослушанных лекций. Перед очередной лекцией необходимо просмотреть по конспекту материал предыдущей лекции. При затруднениях в восприятии материала следует обратиться к основным литературным источникам. Если разобраться в материале не удалось, то следует обратиться к лектору (по графику его консультаций) или к преподавателю на практических занятиях.

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:
- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.

Основная литература - это учебники и учебные пособия.

Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.

Рекомендации студенту:

выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;

- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».

Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:

Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.

Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.

Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.

Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.

Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада

Одной из форм самостоятельной работы студента является подготовка научного доклада, для обсуждения его на практическом (семинарском) занятии.

Цель научного доклада - развитие у студентов навыков аналитической работы с научной литературой, анализа дискуссионных научных позиций, аргументации собственных взглядов. Подготовка научных докладов также развивает творческий потенциал студентов.

Научный доклад готовится под руководством преподавателя, который ведет практические (семинарские) занятия.

Рекомендации студенту:

- перед началом работы по написанию научного доклада согласовать с преподавателем тему, структуру, литературу, а также обсудить ключевые вопросы, которые следует раскрыть в докладе;
- представить доклад научному руководителю в письменной форме;
- выступить на семинарском занятии с 5-7-минутной презентацией своего научного доклада, ответить на вопросы студентов группы.

Требования:

- к оформлению научного доклада: шрифт - Times New Roman, размер шрифта -14, межстрочный интервал -1, размер полей – 2 см, отступ в начале абзаца - 1 см, форматирование по ширине);

листы доклада скреплены скоросшивателем. На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема доклада, ФИО студента;
- к структуре доклада - введение (указывается актуальность, цель и задачи), основная часть, выводы автора, список литературы (не менее 5 позиций источников научной литературы (научные статьи и монографии). Объем согласовывается с преподавателем. В конце работы ставится дата ее выполнения и подпись студента, выполнившего работу.
Общая оценка за доклад учитывает содержание доклада, его презентацию, а также ответы на вопросы.

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата

Целью написания рефератов является:
- привитие студентам навыков библиографического поиска необходимой литературы (на бумажных носителях, в электронном виде);
привитие студентам навыков компактного изложения мнения авторов и своего суждения по выбранному вопросу в письменной форме, научно грамотным языком и в хорошем стиле;
- приобретение навыка грамотного оформления ссылок на используемые источники, правильного цитирования авторского текста;
- выявление и развитие у студента интереса к определенной научной и практической проблематике с тем, чтобы исследование ее в дальнейшем продолжалось в подготовке и написании курсовых и дипломной работы и дальнейших научных трудах.
Основные задачи студента при написании реферата:
- с максимальной полнотой использовать литературу по выбранной теме (как рекомендуемую, так и самостоятельно подобранную) для правильного понимания авторской позиции;
- верно (без искажения смысла) передать авторскую позицию в своей работе;
- уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с тем или иным автором по данной проблеме.
Требования к содержанию:
- материал, использованный в реферате, должен относится строго к выбранной теме;
- необходимо изложить основные аспекты проблемы не только грамотно, но и в соответствии с той или иной логикой (хронологической, тематической, событийной и др.)
- при изложении следует сгруппировать идеи разных авторов по общности точек зрения или по научным школам;
- реферат должен заканчиваться подведением итогов проведенной исследовательской работы: содержать краткий анализ-обоснование преимуществ той точки зрения по рассматриваемому вопросу, с которой Вы солидарны.

Структура реферата.
1. Титульный лист.
На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема реферата, ФИО студента, ФИО и должность проверившего преподавателя;
2. Оглавление.
Оглавление - это план реферата, в котором каждому разделу должен соответствовать номер страницы, на которой он находится.
3. Текст реферата.
Текст реферата делится на три части: введение, основная часть и заключение.
а) Введение - раздел реферата, посвященный постановке проблемы, которая будет рассматриваться и обоснованию выбора темы.
б) Основная часть - это звено работы, в котором последовательно раскрывается выбранная тема. Основная часть может быть представлена как цельным текстом, так и разделена на главы. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует "перегружать" текст.
в) Заключение - данный раздел реферата должен быть представлен в виде выводов, которые готовятся на основе подготовленного текста. Выводы должны быть краткими и четкими. Также в заключении можно обозначить проблемы, которые "высветились" в ходе работы над рефератом, но не были раскрыты в работе.
4. Список источников и литературы.
В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и все иные, изученные им в связи с его подготовкой. В работе должно быть

использовано не менее 7 разных источников. Работа, выполненная с использованием материала, содержащегося в одном научном источнике, является явным плагиатом и не принимается. Оформление Списка источников и литературы должно соответствовать требованиям, принятым в университете.

Объем и технические требования, предъявляемые к выполнению реферата.

Объем работы должен быть, как правило, не менее 15 и не более 20 страниц. Работа должна выполняться через одинарный интервал 14 шрифтом, размеры оставляемых полей - 2 см. Страницы должны быть пронумерованы.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится без изменений, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента (пропуск слов, предложений или абзацев допускается, если не влечет искажения всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска) и без искажения смысла;
- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с предъявляемыми требованиями.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«ЧЕЧЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. А.А.КАДЫРОВА»
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра гуманитарных, естественнонаучных и социальных дисциплин

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

«Латинский язык»

Грозный

Сатуева Е.А. Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Латинский язык» / Сост. Сатуева Е.А., – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет им. А.А. Кадырова».

© Сатуева Е.А.

© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет им. А.А. Кадырова».

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения 4

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий. .. 4

2.1. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям 4

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий 4

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой. 4

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «Латинский язык» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом по направлениям подготовки предусмотрены следующие виды занятий:

- практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к практическим занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу занятия давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов.

Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.

- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения заданий или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:

- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.

Основная литература - это учебники и учебные пособия.

Дополнительная литература - это различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.

Рекомендации студенту:

В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;

- в книге, принадлежащем самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;

- если книга не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».

Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:

Конспект - краткая схематическая запись основного содержания работы.

Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра поликлинической терапии

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «Медицинская реабилитация»

Код направления подготовки (специальности)	31.05.03
Направление подготовки (специальности)	Стоматология
Квалификация выпускника	Врач- стоматолог
Форма обучения	Очная

Грозный

СОДЕРЖАНИЕ

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся.
2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий.
3. Методические рекомендации по выполнению рефератов.
4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций.
5. Организация самостоятельной работы обучающихся при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям.
6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной практики

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся

Самостоятельная работа по дисциплинам является обязательным элементом федеральных государственных образовательных стандартов по программам высшего образования.

Самостоятельная работа обучающегося – организационная форма обучения - система педагогических условий, обеспечивающих управление учебной деятельностью обучающихся по освоению знаний и умений в учебной и научной деятельности без посторонней помощи.

Самостоятельная работа обучающихся является специфическим педагогическим средством организации и сопровождения самостоятельной деятельности обучающихся в учебном процессе.

Цели

К целям самостоятельной работы относится:

— формирование способностей у обучающегося к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;

— развитие исследовательских умений.

— фиксирование и систематизирование полученных теоретических познаний и практического опыта; формирование умений использовать научную, правовую, справочную и специальную литературу;

— развитие познавательных способностей и инициативности обучающихся, ответственность, организованность, стремление к саморазвитию; формирование умения правильно пользоваться полученным ранее материалом, собранным в процессе самостоятельного наблюдения, выполнения заданий различного характера.

Формы самостоятельной работы

При обучении используются следующие виды и формы самостоятельной работы:

— подготовка к практическим занятиям;

— подготовка и написание рефератов; - подготовка докладов на заданные темы рефератов, либо выбранные по заданному направлению;

— изучение и систематизация нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность в сфере обращения лекарственных средств в части организационно-управленческих вопросов с использованием информационно-справочных систем «Консультант Плюс», «Консультант врача», компьютерной сети «Интернет»;

— изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодической литературы с использованием электронных библиотечных систем, официальных статистических данных, научной периодики; - создание презентации;

— подготовка к устному опросу, к дискуссии;

— тестирование;

— решение ситуационных задач;

— подготовка к текущей, промежуточной аттестации и т.д.

Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет в начале каждого семинарского/практического занятия.

Контроль результатов аудиторной самостоятельной работы осуществляется в пределах времени, отведенного на практические занятия по дисциплине. В зависимости от сложности познавательной деятельности при изучении дисциплин используется три уровня самостоятельной работы:

— репродуктивная самостоятельная работа, которая включает изучение основной и дополнительной рекомендованной литературы, изучение методических рекомендаций к занятию, решение типовых задач, ситуаций;

— реконструктивная самостоятельная работа включает в себя подготовку к презентациям, сообщениям по заданной теме, решение профессиональных задач, моделирование профессиональной деятельности;

— творческая самостоятельная работа включает анализ, обобщение и систематизацию научных и нормативно-правовых документов, самостоятельное составление ситуаций, задач, проектов, составление выступлений по проблемам профессиональной деятельности. Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет на семинарском/практическом занятии.

Самостоятельная работа начинается с изучения рабочей программы дисциплины, отражена в рабочих программах дисциплин.

Для конспектирования лекционного материала, а также выполнения семинарских/практических работ требуются рабочие тетради.

Самостоятельная работа обучающегося подразделяется на аудиторную и внеаудиторную самостоятельную работу

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплинам выполняется на учебных занятиях (семинарские или практические) под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Основными видами аудиторной самостоятельной работы являются:

— выполнение практических работ;

— работа с нормативно-правовыми документами в области обращения лекарственных средств;

— решение ситуационных/симуляционных задач;

— презентация результатов научно-исследовательской работы по заданным темам

Выполнение практических работ осуществляется на семинарских/практических занятиях в соответствии с графиком учебного процесса и расписанием занятий.

Работа с основной, дополнительной литературой, эмпирическими и статистическими данными, как правило, основана на изучении документов и данных, их обобщении и представлении.

Решение ситуационных задач используется на семинарских/практических занятиях. Проблемная/ситуационная задача должна иметь четкую формулировку, к ней должны быть поставлены вопросы, ответы на которые необходимо найти и обосновать.

Критерии для оценки каждого вида аудиторной самостоятельной работы обучающегося разрабатываются преподавателем для конкретной дисциплины /цикла из предложенного перечня критериев оценки результатов аудиторной самостоятельной работы:

— уровень освоения учебного материала;

— умение использовать теоретические знания при выполнении лабораторных, практических, ситуационных, симуляционных задач;

— сформированность заявленных умений по теме аудиторного занятия;

— обоснованность и четкость изложения ответов;

— оформление материала в соответствии с требованиями, заявленными в задании;

— уровень самостоятельности обучающегося при выполнении аудиторной самостоятельной работы.

Внеаудиторная самостоятельная работа является элементом каждой темы дисциплин.

Планирование времени, необходимого на внеаудиторное самостоятельное изучение дисциплин, обучающие должны осуществлять весь семестр, предусматривая при этом регулярное повторение материала.

Материал, законспектированный на лекциях, необходимо регулярно прорабатывать и дополнять сведениями из других источников литературы, представленных не только в программах дисциплин, но и в периодических профильных научных изданиях, материалах конференций.

При изучении дисциплин сначала необходимо по каждой теме прочитать рекомендованную литературу и составить краткий конспект основных положений, терминов, сведений, требующих запоминания и являющихся основополагающими в этой теме для освоения последующих тем курса. Для расширения знания по дисциплине

рекомендуется использовать Интернет-ресурсы; проводить поиски в различных системах и использовать материалы сайтов, рекомендованных преподавателем.
При выполнении самостоятельной работы по написанию реферата необходимо: прочитать теоретический материал в рекомендованной литературе, периодических изданиях, на Интернет-сайтах; творчески переработать изученный материал и представить его для отчета в форме реферата, проиллюстрировав схемами, диаграммами, фотографиями и рисунками.
Тексты докладов и рефератов должны быть изложены внятно, простым и ясным языком.
Для обеспечения внеаудиторной самостоятельной работы по каждой теме дисциплин/блоку разработаны:
а) перечень основной и дополнительной литературы;
б) вопросы для самоконтроля.
При выполнении внеаудиторной самостоятельной работы обучающийся имеет право обращаться к преподавателю за консультацией с целью уточнения задания, формы контроля выполненного задания.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы отражается в индивидуальном плане после выполнения внеаудиторной самостоятельной работы.
Критерии оценки внеаудиторной работы формируются преподавателем самостоятельно для каждого вида работы. Основными критериями оценки внеаудиторной работы обучающегося выступают:
- уровень освоения материала;
- уровень умения использовать теоретические знания при выполнении заданий, решении ситуационных задач;
- обоснованность и четкость изложения ответов,
- результаты тестирования по шкале оценок;
- уровень умения использовать электронные образовательные ресурсы;
- умение четко формулировать проблему, предложив ее решение, критическая оценка последствий решения;
- уровень умения сформулировать собственную позицию и аргументировать ее.

Качество выполнения внеаудиторной самостоятельной работы оценивается посредством текущего контроля самостоятельной работы обучающегося. Текущий контроль представляет собой форму планомерного контроля качества и объема осваиваемых компетенций в процессе изучения конкретной дисциплины, проводится на семинарских/практических занятиях и во время индивидуальной работы преподавателя с обучающимися.

Шкала оценивания внеаудиторной самостоятельной работы:
Зачтено – задание выполнено полно и правильно, изложено в правильных нормативных формулировках с использованием точного понятийного аппарата, с использованием рекомендованных источников литературы, продемонстрировано умение формулировать проблему, предложены пути ее решения, проведена критическая оценка последствий такого решения, а также умение формулировать собственную позицию и аргументировать ее.
Не зачтено – обучающийся не выполнил задание либо выполнил не в полном объеме, демонстрирует несформированность понятийного аппарата по теме, отсутствие умения формулировать проблему, обобщать материал, не может аргументировать свой ответ.

2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий

Практическое занятие - вид учебных занятий, при котором в результате предварительной работы над учебным материалом преподавателя и студента, в обстановке их контактной работы в аудитории решаются задачи познавательного и воспитательного характера.
Цель такой формы обучения – углубленное изучение дисциплины, закрепление полученного теоретического материала в форме внеаудиторной самостоятельной работы, овладение методологией научного познания и формирования базовых умений. Немаловажным преимуществом практических занятий является и формирование навыков профессиональной дискуссии.
Задачи практических занятий:

- мотивация к регулярному изучению теоретического учебного материала, основной, дополнительной литературы;
- закрепление теоретических знаний, полученных при прослушивании лекций и во время внеаудиторной самостоятельной работы;
- получение навыков устного и публичного выступления по теоретическим вопросам, включая навыки по свободному оперированию организационными и управленческими понятиями и категориями;
- формирование навыков по универсальным и профессиональным компетенциям;
- возможность преподавателю систематически контролировать как самостоятельную работу студента, так и свою работу.

Практические занятия проводятся по плану.
Каждая тема практического занятия, как правило, включает: цель занятия, перечень основных и дополнительных источников литературы, вопросы к устному обсуждению на занятии, ситуационные задачи и перечень заданий, которые обучающиеся самостоятельно должны решить на практическом занятии.
Каждое практическое занятие посвящено, как правило, изучению нескольких компетенций и включает три основных этапа.
Первый этап - устный опрос по заранее сформулированным вопросам либо представление докладов/презентаций, подготовленных в рамках внеаудиторной самостоятельной работы по заранее сформулированным требованиям. Важнейшей частью этапа, является обсуждение представленных докладов/презентаций. Цель преподавателя – организовать обмен мнениями, дискуссию в группе, скорректировать уровень подготовленности студентов.
Одним из возможных элементов первого этапа является решение ситуационных задач, которые максимально приближены к профессиональной деятельности.
Требования к ответам обучающихся – самостоятельность в подборе фактического материала и аналитическом отношении к нему, умение рассматривать примеры и факты во взаимосвязи и взаимообусловленности, отбирать наиболее существенные из них.
Для оценивания первого (теоретического) этапа занятия используются знания, умения, владения, которые заявлены на каждое занятие:
1) знание учебного материала и владение понятийным аппаратом по теме занятия;
2) умение связывать теорию с практикой;
3) умение иллюстрировать ответ примерами, фактами, данными научных исследований;
4) умение применять теоретические знания при решении ситуационных задач.
Второй этап – аудиторное самостоятельное выполнение семинарских /практических заданий, которые обучающийся выполняет индивидуально либо в группе, если такое предусмотрено заданием.
В процессе выполнения самостоятельной аудиторной работы обучающийся имеет право на получение индивидуальных консультаций у преподавателя.
По окончании выполнения аудиторной самостоятельной работы обучающийся сдает отчет о выполнении самостоятельных лабораторных заданий преподавателю, который оценивается по шкале «зачет/незачет».
Критерии оценивания практического занятия осуществляются по следующим критериям:

1. своевременное выполнение внеаудиторной самостоятельной работы по изучаемой теме;
2. демонстрируемый обучающимся уровень усвоения заявленной к освоению компетенции (знания, умения, навыки);
— хорошее знание и уверенное владение на занятии теоретическим содержанием учебного материала;
— адекватное применение теоретического материала к решению ситуационных задач, заданий для аудиторной самостоятельной работы;
— умение аргументировать свои решения, развернуто отвечать на дополнительные вопросы преподавателя.
3. Соблюдение организационных и дисциплинарных требований, предъявляемых к обучающемуся на семинарских/практических занятиях: аккуратный внешний вид, соблюдение дисциплины на занятиях, полнота и своевременность представления выполненных заданий в полном объеме (не позднее даты окончания занятия и в полном соответствии с предъявляемыми к их содержанию и качеству оформления).
Третий этап – заключительный. Преподаватель дает общую оценку уровня подготовленности обучаемых к практическим занятиям, характеризует активность каждого обучающегося на занятии и озвучивает оценки каждому обучающемуся с их обоснованием.

Шкала оценивания осуществляется по четырехбалльной шкале (таблица 2)

Критерии оценивания лабораторного/практического занятия	Шкала оценок
Полное соответствие работы обучающегося требованиям. Обучающийся демонстрирует уверенные знания, способен творчески решать поставленные задачи, самостоятельно демонстрирует умения, обладает некоторыми навыками. Обучающийся успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, демонстрирует глубокое теоретическое знание по изучаемой теме, умение его применять на практике (в установленный срок сдал протоколы занятия/представил и защитил доклады/презентации и др.).	Отлично
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует хорошее знание материала, способен творчески решать поставленные задачи, демонстрирует базовые умения. Обучающийся выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, содержатся отдельные пробелы в умении применить полученные теоретические знании к решению ситуационных задач .	Хорошо
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует знание базового материала, способен решать поставленные задачи под руководством преподавателя, освоил базовые умения. Успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, но затрудняется интерпретировать его практически.	Удовлетвори тельно
Работа не соответствует требованиям.	Неудовлетво рительно

3. Методические рекомендации по организации и выполнению рефератов
Реферат предусматривает углубленное изучение дисциплины, способствует развитию навыков самостоятельной работы с литературными источниками.
Реферат – краткое изложение в письменном виде содержания научного труда по предоставленной теме. Это самостоятельная научноисследовательская работа, где

обучающийся раскрывает суть исследуемой проблемы с элементами анализа по теме реферата. Приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на проблемы темы реферата.
Содержание реферата должно быть логичным, изложение материала носить проблемно-тематический характер.
Объем реферата может колебаться в пределах 15-20 печатных страниц.
Основные разделы: оглавление (план), введение, основное содержание, заключение, список литературы.
Текст реферата должен содержать следующие разделы:
— титульный лист реферата (приложение 2);
— ведение, актуальность темы.
— основной раздел.
— заключение
— список литературных источников
Список литературных источников- библиографическое описание используемых источников литературы, в том числе и интернет-источников, оформленное по ГОСТ 7.1 – 2003; 7.80 – 2000; должен иметь не менее 10 библиографических названий, включая сетевые ресурсы.
Текстовая часть реферата оформляется на листе следующего формата:
— отступ сверху – 2 см;
— отступ слева – 3 см;
— отступ справа – 1,5 см;
— отступ снизу – 2,5 см;
— шрифт текста: Times New Roman, высота шрифта – 14, пробел – 1,5;
— нумерация страниц – снизу листа. На первой странице номер не ставится.
Реферат должен быть выполнен грамотно с соблюдением культуры изложения. Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу, включая периодическую литературу за последние 5 лет.
Критерии оценки реферата:
— актуальность темы исследования;
— соответствие содержания теме;
— глубина проработки материала;
— правильность и полнота разработки темы;
— значимость выводов для дальнейшей практической деятельности;
— правильность и полнота использования литературы;
— соответствие оформления реферата стандарту;
— качество сообщения и ответов на вопросы при защите реферата.
Практическое занятие по защите рефератов может проводиться в качестве «круглого стола» в форме представления докладов, посвященных теме занятия, по следующим этапам:
Этап 1. Каждый обучающийся представляет собственный доклад (обязательно использование презентации) по выбранной теме. Доклад 5-7 минут. Обсуждение доклада, вопросы – 2-3 минуты.
Этап 2. Оценка докладов и презентаций, представленных в группе (таблица 3).

Таблица 3 - Шкала оценки докладов на практическом занятии

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Доклад четко выстроен, сопровождается презентацией, отражающей проблематику доклада, имеет четкие выводы, полностью характеризующие работу. Автор отлично ориентируется в материале и	Отлично

отвечает на все вопросы, владеет специальной терминологией. 2. Обучающийся активно участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	
1. Доклад структурирован, презентация не отражает в полной мере содержание доклада, допущены неточности, выводы нечеткие. Автор затрудняется ответить на вопросы, слабо использует специальную терминологию. 2. Обучающийся участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	Хорошо
1. Доклад структурирован, содержание не полностью раскрывает цель доклада, отсутствует презентация. 2. Обучающийся пассивен при обсуждении докладов других обучающихся из группы	Удовлетвори тельно
1. Доклад не структурирован/отсутствует, презентация отсутствует. Автор не владеет материалом. 2. Обучающийся не участвует в обсуждении докладов.	Неудовлетво рительно

4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций

Создание материалов-презентаций — это вид самостоятельной работы обучающихся по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint.

Этот вид работы требует координации навыков обучающегося по сбору, систематизации, переработке информации, оформления ее в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. Создание презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у обучающихся навыки работы на компьютере.

Презентации готовятся обучающимся в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Обучающийся при подготовке презентации должен выполнить следующий комплекс взаимосвязанных видов самостоятельной работы:

— изучить материалы темы, выделяя главное и второстепенное;

— установить логическую связь между элементами темы;

— представить характеристику элементов в краткой форме;

— выбрать опорные сигналы для акцентирования главной информации и отобразить в структуре работы;

— оформить презентацию в соответствии с рекомендациями (таблица 4), разместить ее в электронной образованной среде университета, к установленному сроку либо представить на практическое/лабораторное занятие.

Таблица 4 - Методические рекомендации по оформлению презентации

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Стиль	1.1 Соблюдайте единый стиль оформления. 1.2 Избегайте стилей, которые будут отвлекать от самой презентации. 1.3 Вспомогательная информация не должны преобладать над основной информацией (текст, рисунки).
2. Фон	Для фона предпочтительнее использовать более холодные тона (синий или зеленый).
3. Использование цвета	3.1 На одном слайде рекомендуется использовать не более трех цветов: один для фона, один для заголовков, один для текста. для фона и текста используйте контрастные цвета. 3.2. Обратите особое внимание на цвет гиперссылок (до и после

	использования).
4 Текст/ представление информации	4.1 Используйте короткие слова и предложения. 4.2. Минимизируйте количество предлогов, наречий, прилагательных. 4.3.Заголовки должны привлекать внимание аудитории. 4.4 Предпочтительно горизонтальное расположение информации. 4.5 Наиболее важная информация должна располагаться в центре экрана. Если на слайде располагается картинка, надпись должна располагаться под ней. 4.6 Наибольшая эффективность достигается тогда, когда ключевые пункты отображаются по одному на каждом отдельном слайде.
5.Шрифты	5.1 Для заголовков не менее 24 5.2 Для информации- не менее 18. 5.3Шрифты без засечек легче читать с большого расстояния. 5.4.Нельзя смешивать разные типы шрифтов в одном тексте 5.5.Для выделения информации следует использовать жирный шрифт, курсив или подчеркивание. 5.6 Нельзя злоупотреблять прописными буквами (они читаются хуже строчных букв).
6.Анимационные эффекты	Возможности компьютерной анимации для оформления презентации необходимо использовать умерено, они не должны отвлекать внимание от содержания информации на слайде.

Критерии оценивания презентаций:

— соответствие содержания теме;

— правильная структурированность информации;

— наличие логической связи изложенной информации;

— эстетичность оформления, его соответствие требованиям;

— презентация выполнена и представлена в срок.

Шкала оценивания презентаций разрабатывается преподавателем и доводится до сведения обучающихся вместе с заданием.

Оценка «Отлично»:

презентация отличается целостностью, логичностью и оригинальностью. Оформление логично, эстетично, не противоречит содержанию доклада. Информация структурирована. Иллюстрации презентации соответствуют содержанию, дополняют информацию о раскрываемой проблеме. Текст доклада, сопровождающего презентацию, излагается обучающимся самостоятельно, с незначительной опорой на печатный текст. Ответы на вопросы преподавателя и аудитории четкие, аргументированные, сопровождаются ссылкой на факты и примеры.

Оценка «Хорошо»:

презентация характеризуется целостностью, логической завершенностью, с незначительными недочетами в логике изложения материала. Оформление эстетично, логично, структурировано. Текст доклада излагается с преимущественной опорой на текст. Ответы на дополнительные и уточняющие вопросы не вносят ясности, преимущественно повторяют содержание презентации.

Оценка «Удовлетворительно»:

презентация характеризуется отсутствием единого стиля в оформлении, ввиду чего информация тяжело воспринимается аудиторией. Сведения, излагаемые обучающимся разрозненные, плохо структурированы и аргументированы. Текст доклада

преимущественно зачитывается, обучающимся допускаются неточности и ошибки в изложении материала. Ответы на дополнительные вопросы затруднительны.
Оценка «Неудовлетворительно»:
оформление презентации не соответствует заявленным требованиям. Работа характеризуется отсутствием единого стиля. Обучающийся представляет разрозненные сведения, которые слабо коррелируют с заявленной темой исследования, текст доклада зачитывается, обучающимся часто допускаются ошибки в изложении материала, допускаются ошибки в использовании научной и профессиональной терминологии. Ответы на дополнительные вопросы обучающийся не дает.

5. Организация самостоятельной работы обучающего при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям

Текущий контроль осуществляется систематически с целью установления уровня овладения заявленными в рабочей программе дисциплины/практики компетенциями при изучении. В течение года в соответствии с программой дисциплины проводятся текущие аттестации. Форма проведения текущей аттестации (письменное / устное собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, защита реферата) определяется руководителем курса и доводится до обучающихся. Вопросы по текущей аттестации доводятся до сведения обучающихся не позднее 3 дней до проведения аттестации.
Подготовка к промежуточной аттестации предполагает систематизацию обучающимся усвоенных в ходе обучения по дисциплинам профессиональных знаний и умений. Программа промежуточной аттестации экзамена имеет обобщающий характер и ориентирует обучающегося в процессе подготовки к нему на актуализацию знаний, умений и навыков, отражающих наиболее существенные компоненты содержания дисциплин, закрепление в профессиональном сознании комплексного и целостного знания.
Подготовка к промежуточной аттестации является формой самостоятельной работы обучающегося. Ее эффективной организации будут способствовать рекомендованные перечни основной и дополнительной литературы, информационных и электронно-образовательных ресурсов, а также список вопросов, которые составляют основу для итогового анализа профессиональной компетентности обучающегося и оценки ее соответствия требованиям ФГОС по компетенциям, закрепленным за дисциплинами. Ориентируясь в перечнях основной и дополнительной литературы, обучающийся может выбрать из них как основополагающие источники, так и те, которые позволят углубить и расширить знания по актуальным проблемам специальностей, систематизировать их и отразить в комплексе.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации рекомендуется составлять развернутый план ответа на вопрос программы экзамена, что обеспечит логическую последовательность изложения материала. Продумывая структуру ответа, необходимо: во-первых, уделить внимание раскрытию теоретической сущности явления или понятий, обозначенных в контрольно-измерительном материале, во-вторых, осветить содержание и закономерности рассматриваемых явлений, отразить состояние их изученности в современной медицине. Обучающийся должен продемонстрировать на промежуточной аттестации владение категориальным аппаратом дисциплин, показать умение использовать знания, полученные при изучении дисциплин для анализа современных тенденций в медицине, применять их для решения профессиональных задач врачей по специальностям.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации обучающемуся рекомендуется использовать весь набор методов и средств современных информационных технологий для изучения содержания отечественной и зарубежной литературы по дисциплине, анализа и оценки ее текущего состояния и перспектив развития.

При подготовке к промежуточной аттестации рекомендуется активно применять следующие образовательные и профессионально-ориентированные технологии:
– информационные технологии – компьютерные технологии, в том числе доступ в Интернет (для получения учебной и учебно-методической информации, представленной в научных электронных журналах и на сайтах библиотек);
– информационно-коммуникационные технологии.
Оценка знаний, умений и навыков, характеризующая этапы формирования компетенций в рамках изучения дисциплины осуществляется в ходе текущей и промежуточной аттестаций.
Форма проведения текущей/ промежуточной аттестации определяется рабочей программой дисциплины. Оценивание компетенций, вынесенных на промежуточную аттестацию в форме экзамена, осуществляется по четырехбалльной шкале:
оценка «отлично» - 5 баллов
оценка «хорошо» - 4 балла
оценка «удовлетворительно» - 3 балла
оценка «неудовлетворительно» - 2 балла.
При сдаче промежуточной аттестации в форме зачета:
«зачтено» - 3-5 баллов или «не зачтено» - 2 балла.

6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной(клинической) практики

Производственная (клиническая) практика составлена по модулям – дисциплинам и проводится в форме контактной и самостоятельной работы обучающегося.
Контактная работа предусматривает работу руководителя практики с обучающимся в форме индивидуальных/групповых консультаций.
К самостоятельной работе по практикам относятся следующие виды работ обучающегося:
- ознакомление с нормативно-правовым обеспечением практик, включая программы практик;
- изучение законодательной и нормативно-правовой обеспеченности профессиональной деятельности в сфере обращения лекарственных средств в предметной области практики;
- выполнение заданий, заполнение отчета о прохождении практики;
- подготовка к промежуточной аттестации по итогам практики.
По окончании практики обучающийся оформляет отчёт. Материал для составления отчета собирается и накапливается с первого дня практики. Отчет должен содержать самоанализ выполненной работы обучающимся.
Во время прохождения практики необходимо выполнение следующих условий:
- Явиться на установочное собрание, проводимое руководителем практики и получить пакет документов в учебно-методическом отделе.
- В первый день практики прийти на базу к 8 часам утра, и представиться общему руководителю.
- Быть одетым строго по форме и следить за ее чистотой. Иметь сменную обувь.
- Работать строго по графику. Пропущенные дни, даже по уважительной причине, отрабатываются в дополнительное время.
- Ознакомиться с документацией структурных подразделений (поликлиника, стационар, приемный покой, в отделениях - процедурные кабинеты, пост и т.д.).
- Активно участвовать в общественной жизни структурных подразделений, а также в санитарно-просветительной работе.
- Бережно относиться к имуществу лечебно-профилактических учреждений.
- Быть дисциплинированными, спокойными и вежливыми в обращении с товарищами по работе, с больными и их родственниками, в отделениях соблюдать тишину и порядок.

- Ежедневно и аккуратно вести отчет, заполнять листы обязательных манипуляций. Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной (клинической) практике представлены в Таблице 6.

Таблица 6 – Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной практике

Критерии оценки	Шкала оценок
Обучающийся предоставил оформленный соответствующим образом, отчет и отзыв с положительной характеристикой руководителя практики; продемонстрировал систематические знания по контролируемым компетенциям; владеет способностью и готовностью применять знания, умения и навыки для решения профессиональных задач на практике; в ответе присутствует четкая структура, логическая последовательность, современная профессиональная терминология; ответ обоснован нормативной документацией и конкретными примерами из производственной практики.	Зачтено
Обучающийся предоставил неполный перечень отчетной документации; демонстрирует полное отсутствие или фрагментарные знания, умения и навыки по контролируемой компетенции и неспособность применять их на практике для решения профессиональных задач; не в состоянии обосновать свой ответ нормативной документацией и примерами из производственной практики; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа	Не зачтено

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«ЧЕЧЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АХМАТА АБДУЛХАМИДОВИЧА КАДЫРОВА»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

«Общая гигиена»

Специальность	Медицинская биохимия
Код специальности	30.05.01
Квалификация выпускника	Врач - биохимик
Форма обучения	Очная

Грозный 2024 г

Яхъяева М.Р. Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Общая гигиена» / Сост. Яхъяева М.Р. – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова».

Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Общая гигиена» рассмотрены и одобрены на заседании кафедры «Общественное здоровье и здравоохранение», рекомендованы к использованию в учебном процессе (протокол № 9 от 15 мая 2024 г.), составлены в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия (специалитет), утвержденного приказом Минобрнауки России от 27.03.2018 № 219.

© **Яхъяева М.Р.**

© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова».

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения 4
2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий. 4
2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс) 4
2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям. 4
3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий 5
3.1. Методические рекомендации по работе с литературой. 5
3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада 6
3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата 6

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «Общая гигиена» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом по направлению подготовки 30.05.01 «Медицинская биохимия» предусмотрены следующие виды занятий:

- лекции;
- практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)

Изучение дисциплины требует систематического и последовательного накопления знаний. Студентам необходимо вести конспект прослушанных лекций. Перед очередной лекцией необходимо просмотреть по конспекту материал предыдущей лекции. При затруднениях в восприятии материала следует обратиться к основным литературным источникам. Если разобраться в материале не удалось, то следует обратиться к лектору (по графику его консультаций) или к преподавателю на практических занятиях.

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже, чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:

- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.

Основная литература - это учебники и учебные пособия.

Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.

Рекомендации студенту:

выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;

- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».

Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:

Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.

Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.

Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.

Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.

Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада

Одной из форм самостоятельной работы студента является подготовка научного доклада, для обсуждения его на практическом (семинарском) занятии.

Цель научного доклада - развитие у студентов навыков аналитической работы с научной литературой, анализа дискуссионных научных позиций, аргументации собственных взглядов. Подготовка научных докладов также развивает творческий потенциал студентов. Научный доклад готовится под руководством преподавателя, который ведет практические (семинарские) занятия.

Рекомендации студенту:

- перед началом работы по написанию научного доклада согласовать с преподавателем тему, структуру, литературу, а также обсудить ключевые вопросы, которые следует раскрыть в докладе;
- представить доклад научному руководителю в письменной форме;
- выступить на семинарском занятии с 5-7-минутной презентацией своего научного доклада, ответить на вопросы студентов группы.

Требования:

- к оформлению научного доклада: шрифт - Times New Roman, размер шрифта -14, межстрочный интервал -1, размер полей – 2 см, отступ в начале абзаца - 1 см, форматирование по ширине); листы доклада скреплены скоросшивателем. На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема доклада, ФИО студента;
- к структуре доклада - введение (указывается актуальность, цель и задачи), основная часть, выводы автора, список литературы (не менее 5 позиций источников научной литературы (научные статьи и монографии). Объем согласовывается с преподавателем. В конце работы ставится дата ее выполнения и подпись студента, выполнившего работу.

Общая оценка за доклад учитывает содержание доклада, его презентацию, а также ответы на вопросы.

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата

Целью написания рефератов является:

- привитие студентам навыков библиографического поиска необходимой литературы (на бумажных носителях, в электронном виде);
- привитие студентам навыков компактного изложения мнения авторов и своего суждения по выбранному вопросу в письменной форме, научно грамотным языком и в хорошем стиле;
- приобретение навыка грамотного оформления ссылок на используемые источники, правильного цитирования авторского текста;
- выявление и развитие у студента интереса к определенной научной и практической проблематике с тем, чтобы исследование ее в дальнейшем продолжалось в подготовке и написании курсовых и дипломной работы и дальнейших научных трудах.

Основные задачи студента при написании реферата:

- с максимальной полнотой использовать литературу по выбранной теме (как рекомендуемую, так и самостоятельно подобранную) для правильного понимания авторской позиции;
- верно (без искажения смысла) передать авторскую позицию в своей работе;
- уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с тем или иным автором по данной проблеме.

Требования к содержанию:

- материал, использованный в реферате, должен относится строго к выбранной теме;
- необходимо изложить основные аспекты проблемы не только грамотно, но и в соответствии с той или иной логикой (хронологической, тематической, событийной и др.)
- при изложении следует сгруппировать идеи разных авторов по общности точек зрения или по научным школам;

- реферат должен заканчиваться подведением итогов проведенной исследовательской работы: содержать краткий анализ-обоснование преимуществ той точки зрения по рассматриваемому вопросу, с которой Вы солидарны.

Структура реферата.

1. Титульный лист.

На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема реферата, ФИО студента, ФИО и должность проверившего преподавателя;

2. Оглавление.

Оглавление - это план реферата, в котором каждому разделу должен соответствовать номер страницы, на которой он находится.

3. Текст реферата.

Текст реферата делится на три части: введение, основная часть и заключение.

а) Введение - раздел реферата, посвященный постановке проблемы, которая будет рассматриваться и обоснованию выбора темы.

б) Основная часть - это звено работы, в котором последовательно раскрывается выбранная тема. Основная часть может быть представлена как цельным текстом, так и разделена на главы. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует "перегружать" текст.

в) Заключение - данный раздел реферата должен быть представлен в виде выводов, которые готовятся на основе подготовленного текста. Выводы должны быть краткими и четкими. Также в заключении можно обозначить проблемы, которые "высветились" в ходе работы над рефератом, но не были раскрыты в работе.

4. Список источников и литературы.

В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и все иные, изученные им в связи с его подготовкой. В работе должно быть использовано не менее 7 разных источников. Работа, выполненная с использованием материала, содержащегося в одном научном источнике, является явным плагиатом и не принимается. Оформление Списка источников и литературы должно соответствовать требованиям, принятым в университете.

Объем и технические требования, предъявляемые к выполнению реферата.

Объем работы должен быть, как правило, не менее 15 и не более 20 страниц. Работа должна выполняться через одинарный интервал 14 шрифтом, размеры оставляемых полей - 2 см. Страницы должны быть пронумерованы.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится без изменений, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента (пропуск слов, предложений или абзацев допускается, если не влечет искажения всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска) и без искажения смысла;
- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с предъявляемыми требованиями.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«ЧЕЧЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ АХМАТА АБДУЛХАМИДОВИЧА КАДЫРОВА»**

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

«Гигиена детей и подростков»

Специальность	Медико – профилактическое дело
Код специальности	32.05.01
Квалификация выпускника	Врач - гигиенист
Форма обучения	Очная

Грозный- 2024г.

Вазирханова А.М. Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Гигиена детей и подростков» / Сост. ВазирхановаА.М.. – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова». 2024 г.

Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Гигиена детей и подростков» рассмотрены и одобрены на заседании кафедры «общественное здоровье и здравоохранение»,протокол№9 от 15 мая 2024г рекомендованы к использованию в учебном процессе составлены в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 32.05.01 Медико- профилактическое дело (специалитет), утвержденного приказом Минобрнауки России от 27.03.2018 № 219.

Вазирханова А.ВМ..

ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова».2024г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения 4
2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий. 4
2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс) 4
2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям 4
3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий 5
3.1. Методические рекомендации по работе с литературой. 5
3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада 6
3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата 6

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «Общая гигиена» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом по направлению подготовки 32.05.01 «Гигиена детей и подростков» предусмотрены следующие виды занятий:

- лекции;
- практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)

Изучение дисциплины требует систематического и последовательного накопления знаний. Студентам необходимо вести конспект прослушанных лекций. Перед очередной лекцией необходимо просмотреть по конспекту материал предыдущей лекции. При затруднениях в восприятии материала следует обратиться к основным литературным источникам. Если разобраться в материале не удалось, то следует обратиться к лектору (по графику его консультаций) или к преподавателю на практических занятиях.

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже, чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:

- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.

Основная литература - это учебники и учебные пособия.

Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.

Рекомендации студенту:

выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;

- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».

Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:

Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.

Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.

Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.

Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.

Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада

Одной из форм самостоятельной работы студента является подготовка научного доклада, для обсуждения его на практическом (семинарском) занятии.

Цель научного доклада - развитие у студентов навыков аналитической работы с научной литературой, анализа дискуссионных научных позиций, аргументации собственных взглядов. Подготовка научных докладов также развивает творческий потенциал студентов. Научный доклад готовится под руководством преподавателя, который ведет практические (семинарские) занятия.

Рекомендации студенту:

- перед началом работы по написанию научного доклада согласовать с преподавателем тему, структуру, литературу, а также обсудить ключевые вопросы, которые следует раскрыть в докладе;
- представить доклад научному руководителю в письменной форме;
- выступить на семинарском занятии с 5-7-минутной презентацией своего научного доклада, ответить на вопросы студентов группы.

Требования:

- к оформлению научного доклада: шрифт - Times New Roman, размер шрифта -14, межстрочный интервал -1, размер полей – 2 см, отступ в начале абзаца - 1 см, форматирование по ширине); листы доклада скреплены скоросшивателем. На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема доклада, ФИО студента;
- к структуре доклада - введение (указывается актуальность, цель и задачи), основная часть, выводы автора, список литературы (не менее 5 позиций источников научной литературы (научные статьи и монографии). Объем согласовывается с преподавателем. В конце работы ставится дата ее выполнения и подпись студента, выполнившего работу.

Общая оценка за доклад учитывает содержание доклада, его презентацию, а также ответы на вопросы.

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата

Целью написания рефератов является:

- привитие студентам навыков библиографического поиска необходимой литературы (на бумажных носителях, в электронном виде);
- привитие студентам навыков компактного изложения мнения авторов и своего суждения по выбранному вопросу в письменной форме, научно грамотным языком и в хорошем стиле;
- приобретение навыка грамотного оформления ссылок на используемые источники, правильного цитирования авторского текста;
- выявление и развитие у студента интереса к определенной научной и практической проблематике с тем, чтобы исследование ее в дальнейшем продолжалось в подготовке и написании курсовых и дипломной работы и дальнейших научных трудах.

Основные задачи студента при написании реферата:

- с максимальной полнотой использовать литературу по выбранной теме (как рекомендуемую, так и самостоятельно подобранную) для правильного понимания авторской позиции;
- верно (без искажения смысла) передать авторскую позицию в своей работе;
- уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с тем или иным автором по данной проблеме.

Требования к содержанию:

- материал, использованный в реферате, должен относится строго к выбранной теме;
- необходимо изложить основные аспекты проблемы не только грамотно, но и в соответствии с той или иной логикой (хронологической, тематической, событийной и др.)
- при изложении следует сгруппировать идеи разных авторов по общности точек зрения или по научным школам;

- реферат должен заканчиваться подведением итогов проведенной исследовательской работы: содержать краткий анализ-обоснование преимуществ той точки зрения по рассматриваемому вопросу, с которой Вы солидарны.

Структура реферата.

1. Титульный лист.

На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема реферата, ФИО студента, ФИО и должность проверившего преподавателя;

2. Оглавление.

Оглавление - это план реферата, в котором каждому разделу должен соответствовать номер страницы, на которой он находится.

3. Текст реферата.

Текст реферата делится на три части: введение, основная часть и заключение.

а) Введение - раздел реферата, посвященный постановке проблемы, которая будет рассматриваться и обоснованию выбора темы.

б) Основная часть - это звено работы, в котором последовательно раскрывается выбранная тема. Основная часть может быть представлена как цельным текстом, так и разделена на главы. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует "перегружать" текст.

в) Заключение - данный раздел реферата должен быть представлен в виде выводов, которые готовятся на основе подготовленного текста. Выводы должны быть краткими и четкими. Также в заключении можно обозначить проблемы, которые "высветились" в ходе работы над рефератом, но не были раскрыты в работе.

4. Список источников и литературы.

В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и все иные, изученные им в связи с его подготовкой. В работе должно быть использовано не менее 7 разных источников. Работа, выполненная с использованием материала, содержащегося в одном научном источнике, является явным плагиатом и не принимается. Оформление Списка источников и литературы должно соответствовать требованиям, принятым в университете.

Объем и технические требования, предъявляемые к выполнению реферата.

Объем работы должен быть, как правило, не менее 15 и не более 20 страниц. Работа должна выполняться через одинарный интервал 14 шрифтом, размеры оставляемых полей - 2 см. Страницы должны быть пронумерованы.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится без изменений, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента (пропуск слов, предложений или абзацев допускается, если не влечет искажения всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска) и без искажения смысла;
- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с предъявляемыми требованиями.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«ЧЕЧЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ АХМАТА АБДУЛХАМИДОВИЧА КАДЫРОВА»**

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

«Гигиена питания »

Специальность	Гигиена питания
Код специальности	32.05.01
Квалификация выпускника	Врач - гигиенист
Форма обучения	Очная

Грозный- 2024г.

Вазирханова А.М. Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Общая гигиена» / Сост. Вазирханова А.М.. – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова». 2024 г.

Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Общая гигиена» рассмотрены и одобрены на заседании кафедры «общественное здоровье и здравоохранение», рекомендованы к использованию в учебном процессе составлены в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 32.05.01 Медико – профилактическое дело (специалитет), утвержденного приказом Минобрнауки России от 27.03.2018 № 219.

Вазирханова А.М.**.**

ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова».2024г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения 4

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.....4
2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс).....4
2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям.....4
3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий.....5
3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.....5
3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада.....6
3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата.....6

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «Общая гигиена» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом по направлению подготовки 32.05.01 «Гигиена детей и подростков» предусмотрены следующие виды занятий:

- лекции;
- практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)

Изучение дисциплины требует систематического и последовательного накопления знаний. Студентам необходимо вести конспект прослушанных лекций. Перед очередной лекцией необходимо просмотреть по конспекту материал предыдущей лекции. При затруднениях в восприятии материала следует обратиться к основным литературным источникам. Если разобраться в материале не удалось, то следует обратиться к лектору (по графику его консультаций) или к преподавателю на практических занятиях.

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже, чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:

- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.

Основная литература - это учебники и учебные пособия.

Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.

Рекомендации студенту:

выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;

- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».

Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:

Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.

Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.

Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.

Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.

Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада

Одной из форм самостоятельной работы студента является подготовка научного доклада, для обсуждения его на практическом (семинарском) занятии.

Цель научного доклада - развитие у студентов навыков аналитической работы с научной литературой, анализа дискуссионных научных позиций, аргументации собственных взглядов. Подготовка научных докладов также развивает творческий потенциал студентов. Научный доклад готовится под руководством преподавателя, который ведет практические (семинарские) занятия.

Рекомендации студенту:

- перед началом работы по написанию научного доклада согласовать с преподавателем тему, структуру, литературу, а также обсудить ключевые вопросы, которые следует раскрыть в докладе;
- представить доклад научному руководителю в письменной форме;
- выступить на семинарском занятии с 5-7-минутной презентацией своего научного доклада, ответить на вопросы студентов группы.

Требования:

- к оформлению научного доклада: шрифт - Times New Roman, размер шрифта -14, межстрочный интервал -1, размер полей – 2 см, отступ в начале абзаца - 1 см, форматирование по ширине); листы доклада скреплены скоросшивателем. На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема доклада, ФИО студента;
- к структуре доклада - введение (указывается актуальность, цель и задачи), основная часть, выводы автора, список литературы (не менее 5 позиций источников научной литературы (научные статьи и монографии). Объем согласовывается с преподавателем. В конце работы ставится дата ее выполнения и подпись студента, выполнившего работу.

Общая оценка за доклад учитывает содержание доклада, его презентацию, а также ответы на вопросы.

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата

Целью написания рефератов является:

- привитие студентам навыков библиографического поиска необходимой литературы (на бумажных носителях, в электронном виде);
- привитие студентам навыков компактного изложения мнения авторов и своего суждения по выбранному вопросу в письменной форме, научно грамотным языком и в хорошем стиле;
- приобретение навыка грамотного оформления ссылок на используемые источники, правильного цитирования авторского текста;
- выявление и развитие у студента интереса к определенной научной и практической проблематике с тем, чтобы исследование ее в дальнейшем продолжалось в подготовке и написании курсовых и дипломной работы и дальнейших научных трудах.

Основные задачи студента при написании реферата:

- с максимальной полнотой использовать литературу по выбранной теме (как рекомендуемую, так и самостоятельно подобранную) для правильного понимания авторской позиции;
- верно (без искажения смысла) передать авторскую позицию в своей работе;
- уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с тем или иным автором по данной проблеме.

Требования к содержанию:

- материал, использованный в реферате, должен относится строго к выбранной теме;
- необходимо изложить основные аспекты проблемы не только грамотно, но и в соответствии с той или иной логикой (хронологической, тематической, событийной и др.)
- при изложении следует сгруппировать идеи разных авторов по общности точек зрения или по научным школам;

- реферат должен заканчиваться подведением итогов проведенной исследовательской работы: содержать краткий анализ-обоснование преимуществ той точки зрения по рассматриваемому вопросу, с которой Вы солидарны.

Структура реферата.

1. Титульный лист.

На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема реферата, ФИО студента, ФИО и должность проверившего преподавателя;

2. Оглавление.

Оглавление - это план реферата, в котором каждому разделу должен соответствовать номер страницы, на которой он находится.

3. Текст реферата.

Текст реферата делится на три части: введение, основная часть и заключение.

а) Введение - раздел реферата, посвященный постановке проблемы, которая будет рассматриваться и обоснованию выбора темы.

б) Основная часть - это звено работы, в котором последовательно раскрывается выбранная тема. Основная часть может быть представлена как цельным текстом, так и разделена на главы. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует "перегружать" текст.

в) Заключение - данный раздел реферата должен быть представлен в виде выводов, которые готовятся на основе подготовленного текста. Выводы должны быть краткими и четкими. Также в заключении можно обозначить проблемы, которые "высветились" в ходе работы над рефератом, но не были раскрыты в работе.

4. Список источников и литературы.

В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и все иные, изученные им в связи с его подготовкой. В работе должно быть использовано не менее 7 разных источников. Работа, выполненная с использованием материала, содержащегося в одном научном источнике, является явным плагиатом и не принимается. Оформление Списка источников и литературы должно соответствовать требованиям, принятым в университете.

Объем и технические требования, предъявляемые к выполнению реферата.

Объем работы должен быть, как правило, не менее 15 и не более 20 страниц. Работа должна выполняться через одинарный интервал 14 шрифтом, размеры оставляемых полей - 2 см. Страницы должны быть пронумерованы.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится без изменений, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента (пропуск слов, предложений или абзацев допускается, если не влечет искажения всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска) и без искажения смысла;
- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с предъявляемыми требованиями.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«ЧЕЧЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ АХМАТА АБДУЛХАМИДОВИЧА КАДЫРОВА»**

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

«Биоэтика»

Специальность	Стоматология
Код специальности	31.05.03
Квалификация выпускника	Врач - стоматолог
Форма обучения	Очная

Грозный

Яхъяева З.И. Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Биоэтика» / Сост. Яхъяева З.И. – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова».

Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Биоэтика» рассмотрены и одобрены на заседании кафедры «общественное здоровье и здравоохранение», рекомендованы к использованию в учебном процессе составлены в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.03 Стоматология (специалитет), утвержденного приказом Минобрнауки России от 27.03.2018 № 219.

© **Яхъяева З.И.,**

© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова».

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения 4
2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий. 4
2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс) 4
2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям 4
3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий 5
3.1. Методические рекомендации по работе с литературой. 5
3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада 6
3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата 6

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «Биоэтика» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом по направлению подготовки 31.05.03 «Стоматология» предусмотрены следующие виды занятий:

- лекции;
- практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)

Изучение дисциплины требует систематического и последовательного накопления знаний. Студентам необходимо вести конспект прослушанных лекций. Перед очередной лекцией необходимо просмотреть по конспекту материал предыдущей лекции. При затруднениях в восприятии материала следует обратиться к основным литературным источникам. Если разобраться в материале не удалось, то следует обратиться к лектору (по графику его консультаций) или к преподавателю на практических занятиях.

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже, чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:

- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.

Основная литература - это учебники и учебные пособия.

Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.

Рекомендации студенту:

выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;

- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».

Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:

Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.

Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.

Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.

Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.

Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада

Одной из форм самостоятельной работы студента является подготовка научного доклада, для обсуждения его на практическом (семинарском) занятии.

Цель научного доклада - развитие у студентов навыков аналитической работы с научной литературой, анализа дискуссионных научных позиций, аргументации собственных взглядов. Подготовка научных докладов также развивает творческий потенциал студентов. Научный доклад готовится под руководством преподавателя, который ведет практические (семинарские) занятия.

Рекомендации студенту:

- перед началом работы по написанию научного доклада согласовать с преподавателем тему, структуру, литературу, а также обсудить ключевые вопросы, которые следует раскрыть в докладе;
- представить доклад научному руководителю в письменной форме;
- выступить на семинарском занятии с 5-7-минутной презентацией своего научного доклада, ответить на вопросы студентов группы.

Требования:

- к оформлению научного доклада: шрифт - Times New Roman, размер шрифта -14, межстрочный интервал -1, размер полей – 2 см, отступ в начале абзаца - 1 см, форматирование по ширине); листы доклада скреплены скоросшивателем. На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема доклада, ФИО студента;
- к структуре доклада - введение (указывается актуальность, цель и задачи), основная часть, выводы автора, список литературы (не менее 5 позиций источников научной литературы (научные статьи и монографии). Объем согласовывается с преподавателем. В конце работы ставится дата ее выполнения и подпись студента, выполнившего работу.

Общая оценка за доклад учитывает содержание доклада, его презентацию, а также ответы на вопросы.

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата

Целью написания рефератов является:

- привитие студентам навыков библиографического поиска необходимой литературы (на бумажных носителях, в электронном виде);
- привитие студентам навыков компактного изложения мнения авторов и своего суждения по выбранному вопросу в письменной форме, научно грамотным языком и в хорошем стиле;
- приобретение навыка грамотного оформления ссылок на используемые источники, правильного цитирования авторского текста;
- выявление и развитие у студента интереса к определенной научной и практической проблематике с тем, чтобы исследование ее в дальнейшем продолжалось в подготовке и написании курсовых и дипломной работы и дальнейших научных трудах.

Основные задачи студента при написании реферата:

- с максимальной полнотой использовать литературу по выбранной теме (как рекомендуемую, так и самостоятельно подобранную) для правильного понимания авторской позиции;
- верно (без искажения смысла) передать авторскую позицию в своей работе;
- уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с тем или иным автором по данной проблеме.

Требования к содержанию:

- материал, использованный в реферате, должен относится строго к выбранной теме;
- необходимо изложить основные аспекты проблемы не только грамотно, но и в соответствии с той или иной логикой (хронологической, тематической, событийной и др.)
- при изложении следует сгруппировать идеи разных авторов по общности точек зрения или по научным школам;

- реферат должен заканчиваться подведением итогов проведенной исследовательской работы: содержать краткий анализ-обоснование преимуществ той точки зрения по рассматриваемому вопросу, с которой Вы солидарны.

Структура реферата.

1. Титульный лист.

На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема реферата, ФИО студента, ФИО и должность проверившего преподавателя;

2. Оглавление.

Оглавление - это план реферата, в котором каждому разделу должен соответствовать номер страницы, на которой он находится.

3. Текст реферата.

Текст реферата делится на три части: введение, основная часть и заключение.

а) Введение - раздел реферата, посвященный постановке проблемы, которая будет рассматриваться и обоснованию выбора темы.

б) Основная часть - это звено работы, в котором последовательно раскрывается выбранная тема. Основная часть может быть представлена как цельным текстом, так и разделена на главы. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует "перегружать" текст.

в) Заключение - данный раздел реферата должен быть представлен в виде выводов, которые готовятся на основе подготовленного текста. Выводы должны быть краткими и четкими. Также в заключении можно обозначить проблемы, которые "высветились" в ходе работы над рефератом, но не были раскрыты в работе.

4. Список источников и литературы.

В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и все иные, изученные им в связи с его подготовкой. В работе должно быть использовано не менее 7 разных источников. Работа, выполненная с использованием материала, содержащегося в одном научном источнике, является явным плагиатом и не принимается. Оформление Списка источников и литературы должно соответствовать требованиям, принятым в университете.

Объем и технические требования, предъявляемые к выполнению реферата.

Объем работы должен быть, как правило, не менее 15 и не более 20 страниц. Работа должна выполняться через одинарный интервал 14 шрифтом, размеры оставляемых полей - 2 см. Страницы должны быть пронумерованы.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится без изменений, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента (пропуск слов, предложений или абзацев допускается, если не влечет искажения всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска) и без искажения смысла;
- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с предъявляемыми требованиями.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«ЧЕЧЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ АХМАТА АБДУЛХАМИДОВИЧА КАДЫРОВА»**

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

«Народная медицина чеченцев»

Специальность	Стоматология
Код специальности	31.05.03
Квалификация выпускника	Врач - стоматолог
Форма обучения	Очная

Грозный – 2024 г.

Яхъяева З.И. Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Народная медицина чеченцев» / Сост. Яхъяева З.И. – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова».

Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Народная медицина чеченцев» рассмотрены и одобрены на заседании кафедры «Общественное здоровье и здравоохранение» (протокол №9 от 15 мая 2024 г.), рекомендованы к использованию в учебном процессе составлены в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.03 Стоматология (специалитет), утвержденного приказом Минобрнауки России от 27.03.2018 № 219.

© **Яхъяева З.И.**

© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова».

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения 4
2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий 4
2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс) 4
2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям 4
3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий 5
3.1. Методические рекомендации по работе с литературой. 5
3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада 6
3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата 6

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «Народная медицина чеченцев» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом по направлению подготовки 31.05.03 «Стоматология» предусмотрены следующие виды занятий:

- лекции;
- практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)

Изучение дисциплины требует систематического и последовательного накопления знаний. Студентам необходимо вести конспект прослушанных лекций. Перед очередной лекцией необходимо просмотреть по конспекту материал предыдущей лекции. При затруднениях в восприятии материала следует обратиться к основным литературным источникам. Если разобраться в материале не удалось, то следует обратиться к лектору (по графику его консультаций) или к преподавателю на практических занятиях.

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже, чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:

- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.

Основная литература - это учебники и учебные пособия.

Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.

Рекомендации студенту:

выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;

- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».

Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:

Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.

Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.

Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.

Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.

Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада

Одной из форм самостоятельной работы студента является подготовка научного доклада, для обсуждения его на практическом (семинарском) занятии.

Цель научного доклада - развитие у студентов навыков аналитической работы с научной литературой, анализа дискуссионных научных позиций, аргументации собственных взглядов. Подготовка научных докладов также развивает творческий потенциал студентов. Научный доклад готовится под руководством преподавателя, который ведет практические (семинарские) занятия.

Рекомендации студенту:

- перед началом работы по написанию научного доклада согласовать с преподавателем тему, структуру, литературу, а также обсудить ключевые вопросы, которые следует раскрыть в докладе;
- представить доклад научному руководителю в письменной форме;
- выступить на семинарском занятии с 5-7-минутной презентацией своего научного доклада, ответить на вопросы студентов группы.

Требования:

- к оформлению научного доклада: шрифт - Times New Roman, размер шрифта -14, межстрочный интервал -1, размер полей – 2 см, отступ в начале абзаца - 1 см, форматирование по ширине); листы доклада скреплены скоросшивателем. На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема доклада, ФИО студента;
- к структуре доклада - введение (указывается актуальность, цель и задачи), основная часть, выводы автора, список литературы (не менее 5 позиций источников научной литературы (научные статьи и монографии). Объем согласовывается с преподавателем. В конце работы ставится дата ее выполнения и подпись студента, выполнившего работу.

Общая оценка за доклад учитывает содержание доклада, его презентацию, а также ответы на вопросы.

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата

Целью написания рефератов является:

- привитие студентам навыков библиографического поиска необходимой литературы (на бумажных носителях, в электронном виде);
- привитие студентам навыков компактного изложения мнения авторов и своего суждения по выбранному вопросу в письменной форме, научно грамотным языком и в хорошем стиле;
- приобретение навыка грамотного оформления ссылок на используемые источники, правильного цитирования авторского текста;
- выявление и развитие у студента интереса к определенной научной и практической проблематике с тем, чтобы исследование ее в дальнейшем продолжалось в подготовке и написании курсовых и дипломной работы и дальнейших научных трудах.

Основные задачи студента при написании реферата:

- с максимальной полнотой использовать литературу по выбранной теме (как рекомендуемую, так и самостоятельно подобранную) для правильного понимания авторской позиции;
- верно (без искажения смысла) передать авторскую позицию в своей работе;
- уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с тем или иным автором по данной проблеме.

Требования к содержанию:

- материал, использованный в реферате, должен относится строго к выбранной теме;
- необходимо изложить основные аспекты проблемы не только грамотно, но и в соответствии с той или иной логикой (хронологической, тематической, событийной и др.)
- при изложении следует сгруппировать идеи разных авторов по общности точек зрения или по научным школам;

- реферат должен заканчиваться подведением итогов проведенной исследовательской работы: содержать краткий анализ-обоснование преимуществ той точки зрения по рассматриваемому вопросу, с которой Вы солидарны.

Структура реферата.

1. Титульный лист.

На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема реферата, ФИО студента, ФИО и должность проверившего преподавателя;

2. Оглавление.

Оглавление - это план реферата, в котором каждому разделу должен соответствовать номер страницы, на которой он находится.

3. Текст реферата.

Текст реферата делится на три части: введение, основная часть и заключение.

а) Введение - раздел реферата, посвященный постановке проблемы, которая будет рассматриваться и обоснованию выбора темы.

б) Основная часть - это звено работы, в котором последовательно раскрывается выбранная тема. Основная часть может быть представлена как цельным текстом, так и разделена на главы. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует "перегружать" текст.

в) Заключение - данный раздел реферата должен быть представлен в виде выводов, которые готовятся на основе подготовленного текста. Выводы должны быть краткими и четкими. Также в заключении можно обозначить проблемы, которые "высветились" в ходе работы над рефератом, но не были раскрыты в работе.

4. Список источников и литературы.

В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и все иные, изученные им в связи с его подготовкой. В работе должно быть использовано не менее 7 разных источников. Работа, выполненная с использованием материала, содержащегося в одном научном источнике, является явным плагиатом и не принимается. Оформление Списка источников и литературы должно соответствовать требованиям, принятым в университете.

Объем и технические требования, предъявляемые к выполнению реферата.

Объем работы должен быть, как правило, не менее 15 и не более 20 страниц. Работа должна выполняться через одинарный интервал 14 шрифтом, размеры оставляемых полей - 2 см. Страницы должны быть пронумерованы.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится без изменений, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента (пропуск слов, предложений или абзацев допускается, если не влечет искажения всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска) и без искажения смысла;
- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с предъявляемыми требованиями.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«ЧЕЧЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ АХМАТА АБДУЛХАМИДОВИЧА КАДЫРОВА»**

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

«Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения»

Специальность	Стоматология
Код специальности	31.05.03
Квалификация выпускника	Врач - стоматолог
Форма обучения	Очная

Грозный – 2024 г.

Яхъяева З.И. Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» / Сост. Яхъяева З.И. – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова», 2024 г.

Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» рассмотрены и одобрены на заседании кафедры общественного здоровья и здравоохранения, рекомендованы к использованию в учебном процессе (протокол № 9 от 15 мая 2024 г.), составлены в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.01 Лечебное дело (специалитет), утвержденного приказом Минобрнауки России от 27.03.2018 № 219.

© Яхъяева З.И.
© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова», 2024 г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения 4
2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий. 4
2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс) 4
2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям 4
3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий 5
3.1. Методические рекомендации по работе с литературой. 5
3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада 6
3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата 6

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом по направлению подготовки 31.05.03 «Стоматология» предусмотрены следующие виды занятий:

- лекции;
- практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)

Изучение дисциплины требует систематического и последовательного накопления знаний. Студентам необходимо вести конспект прослушанных лекций. Перед очередной лекцией необходимо просмотреть по конспекту материал предыдущей лекции. При затруднениях в восприятии материала следует обратиться к основным литературным источникам. Если разобраться в материале не удалось, то следует обратиться к лектору (по графику его консультаций) или к преподавателю на практических занятиях.

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже, чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной

ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:

- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.

Основная литература - это учебники и учебные пособия.

Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.

Рекомендации студенту:

выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;

- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».

Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:

Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.

Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.

Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.

Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.

Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада

Одной из форм самостоятельной работы студента является подготовка научного доклада, для обсуждения его на практическом (семинарском) занятии.

Цель научного доклада - развитие у студентов навыков аналитической работы с научной литературой, анализа дискуссионных научных позиций, аргументации собственных взглядов. Подготовка научных докладов также развивает творческий потенциал студентов. Научный доклад готовится под руководством преподавателя, который ведет практические (семинарские) занятия.

Рекомендации студенту:

- перед началом работы по написанию научного доклада согласовать с преподавателем тему, структуру, литературу, а также обсудить ключевые вопросы, которые следует раскрыть в докладе;
- представить доклад научному руководителю в письменной форме;
- выступить на семинарском занятии с 5-7-минутной презентацией своего научного доклада, ответить на вопросы студентов группы.

Требования:

- к оформлению научного доклада: шрифт - Times New Roman, размер шрифта -14, межстрочный интервал -1, размер полей – 2 см, отступ в начале абзаца - 1 см, форматирование по ширине); листы доклада скреплены скоросшивателем. На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема доклада, ФИО студента;
- к структуре доклада - введение (указывается актуальность, цель и задачи), основная часть, выводы автора, список литературы (не менее 5 позиций источников научной литературы (научные статьи и монографии). Объем согласовывается с преподавателем. В конце работы ставится дата ее выполнения и подпись студента, выполнившего работу.

Общая оценка за доклад учитывает содержание доклада, его презентацию, а также ответы на вопросы.

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата

Целью написания рефератов является:

- привитие студентам навыков библиографического поиска необходимой литературы (на бумажных носителях, в электронном виде);
- привитие студентам навыков компактного изложения мнения авторов и своего суждения по выбранному вопросу в письменной форме, научно грамотным языком и в хорошем стиле;
- приобретение навыка грамотного оформления ссылок на используемые источники, правильного цитирования авторского текста;
- выявление и развитие у студента интереса к определенной научной и практической проблематике с тем, чтобы исследование ее в дальнейшем продолжалось в подготовке и написании курсовых и дипломной работы и дальнейших научных трудах.

Основные задачи студента при написании реферата:

- с максимальной полнотой использовать литературу по выбранной теме (как рекомендуемую, так и самостоятельно подобранную) для правильного понимания авторской позиции;
- верно (без искажения смысла) передать авторскую позицию в своей работе;
- уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с тем или иным автором по данной проблеме.

Требования к содержанию:

- материал, использованный в реферате, должен относится строго к выбранной теме;
- необходимо изложить основные аспекты проблемы не только грамотно, но и в соответствии с той или иной логикой (хронологической, тематической, событийной и др.)
- при изложении следует сгруппировать идеи разных авторов по общности точек зрения или по научным школам;

- реферат должен заканчиваться подведением итогов проведенной исследовательской работы: содержать краткий анализ-обоснование преимуществ той точки зрения по рассматриваемому вопросу, с которой Вы солидарны.

Структура реферата.

1. Титульный лист.

На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема реферата, ФИО студента, ФИО и должность проверившего преподавателя;

2. Оглавление.

Оглавление - это план реферата, в котором каждому разделу должен соответствовать номер страницы, на которой он находится.

3. Текст реферата.

Текст реферата делится на три части: введение, основная часть и заключение.

а) Введение - раздел реферата, посвященный постановке проблемы, которая будет рассматриваться и обоснованию выбора темы.

б) Основная часть - это звено работы, в котором последовательно раскрывается выбранная тема. Основная часть может быть представлена как цельным текстом, так и разделена на главы. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует "перегружать" текст.

в) Заключение - данный раздел реферата должен быть представлен в виде выводов, которые готовятся на основе подготовленного текста. Выводы должны быть краткими и четкими. Также в заключении можно обозначить проблемы, которые "высветились" в ходе работы над рефератом, но не были раскрыты в работе.

4. Список источников и литературы.

В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и все иные, изученные им в связи с его подготовкой. В работе должно быть использовано не менее 7 разных источников. Работа, выполненная с использованием материала, содержащегося в одном научном источнике, является явным плагиатом и не принимается. Оформление Списка источников и литературы должно соответствовать требованиям, принятым в университете.

Объем и технические требования, предъявляемые к выполнению реферата.

Объем работы должен быть, как правило, не менее 15 и не более 20 страниц. Работа должна выполняться через одинарный интервал 14 шрифтом, размеры оставляемых полей - 2 см. Страницы должны быть пронумерованы.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится без изменений, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента (пропуск слов, предложений или абзацев допускается, если не влечет искажения всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска) и без искажения смысла;
- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с предъявляемыми требованиями.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«ЧЕЧЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ АХМАТА АБДУЛХАМИДОВИЧА КАДЫРОВА»**

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

«Эпидемиология»

Направление подготовки (специальности)	Стоматология
Код направления подготовки	31.05.03
Квалификация выпускника	Специалист
Форма обучения	Очная

Грозный – 2024 г.

Кадиев А.М. Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Эпидемиология» / Сост. Кадиев А.М. – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова», 2024.

Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Биоэтика» рассмотрены и одобрены на заседании кафедры «общественное здоровье и здравоохранение», рекомендованы к использованию в учебном процессе (протокол № 9 от 15 мая 2024 г.), составлены в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.03 Стоматология (специалитет), утвержденного приказом Минобрнауки России от 27.03.2018 № 219.

© Кадиев А.М., 2024
© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова», 2024.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения 4
2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий. 4
2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс) 4
2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям 4
3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий 5
3.1. Методические рекомендации по работе с литературой. 5
3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада 6
3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата 6

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «Эпидемиология» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом по направлению подготовки 31.05.01 «Лечебное дело» предусмотрены следующие виды занятий:

- лекции;
- практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)

Изучение дисциплины требует систематического и последовательного накопления знаний. Студентам необходимо вести конспект прослушанных лекций. Перед очередной лекцией необходимо просмотреть по конспекту материал предыдущей лекции. При затруднениях в восприятии материала следует обратиться к основным литературным источникам. Если разобраться в материале не удалось, то следует обратиться к лектору (по графику его консультаций) или к преподавателю на практических занятиях.

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже, чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:

- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.

Основная литература - это учебники и учебные пособия.

Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.

Рекомендации студенту:

выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;

- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».

Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:

Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.

Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.

Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.

Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.

Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада

Одной из форм самостоятельной работы студента является подготовка научного доклада, для обсуждения его на практическом (семинарском) занятии.

Цель научного доклада - развитие у студентов навыков аналитической работы с научной литературой, анализа дискуссионных научных позиций, аргументации собственных взглядов. Подготовка научных докладов также развивает творческий потенциал студентов. Научный доклад готовится под руководством преподавателя, который ведет практические (семинарские) занятия.

Рекомендации студенту:

- перед началом работы по написанию научного доклада согласовать с преподавателем тему, структуру, литературу, а также обсудить ключевые вопросы, которые следует раскрыть в докладе;
- представить доклад научному руководителю в письменной форме;
- выступить на семинарском занятии с 5-7-минутной презентацией своего научного доклада, ответить на вопросы студентов группы.

Требования:

- к оформлению научного доклада: шрифт - Times New Roman, размер шрифта -14, межстрочный интервал -1, размер полей – 2 см, отступ в начале абзаца - 1 см, форматирование по ширине); листы доклада скреплены скоросшивателем. На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема доклада, ФИО студента;
- к структуре доклада - введение (указывается актуальность, цель и задачи), основная часть, выводы автора, список литературы (не менее 5 позиций источников научной литературы (научные статьи и монографии). Объем согласовывается с преподавателем. В конце работы ставится дата ее выполнения и подпись студента, выполнившего работу.

Общая оценка за доклад учитывает содержание доклада, его презентацию, а также ответы на вопросы.

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата

Целью написания рефератов является:

- привитие студентам навыков библиографического поиска необходимой литературы (на бумажных носителях, в электронном виде);
- привитие студентам навыков компактного изложения мнения авторов и своего суждения по выбранному вопросу в письменной форме, научно грамотным языком и в хорошем стиле;
- приобретение навыка грамотного оформления ссылок на используемые источники, правильного цитирования авторского текста;
- выявление и развитие у студента интереса к определенной научной и практической проблематике с тем, чтобы исследование ее в дальнейшем продолжалось в подготовке и написании курсовых и дипломной работы и дальнейших научных трудах.

Основные задачи студента при написании реферата:

- с максимальной полнотой использовать литературу по выбранной теме (как рекомендуемую, так и самостоятельно подобранную) для правильного понимания авторской позиции;
- верно (без искажения смысла) передать авторскую позицию в своей работе;
- уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с тем или иным автором по данной проблеме.

Требования к содержанию:

- материал, использованный в реферате, должен относится строго к выбранной теме;
- необходимо изложить основные аспекты проблемы не только грамотно, но и в соответствии с той или иной логикой (хронологической, тематической, событийной и др.)
- при изложении следует сгруппировать идеи разных авторов по общности точек зрения или по научным школам;

- реферат должен заканчиваться подведением итогов проведенной исследовательской работы: содержать краткий анализ-обоснование преимуществ той точки зрения по рассматриваемому вопросу, с которой Вы солидарны.

Структура реферата.

1. Титульный лист.

На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема реферата, ФИО студента, ФИО и должность проверившего преподавателя;

2. Оглавление.

Оглавление - это план реферата, в котором каждому разделу должен соответствовать номер страницы, на которой он находится.

3. Текст реферата.

Текст реферата делится на три части: введение, основная часть и заключение.

а) Введение - раздел реферата, посвященный постановке проблемы, которая будет рассматриваться и обоснованию выбора темы.

б) Основная часть - это звено работы, в котором последовательно раскрывается выбранная тема. Основная часть может быть представлена как цельным текстом, так и разделена на главы. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует "перегружать" текст.

в) Заключение - данный раздел реферата должен быть представлен в виде выводов, которые готовятся на основе подготовленного текста. Выводы должны быть краткими и четкими. Также в заключении можно обозначить проблемы, которые "высветились" в ходе работы над рефератом, но не были раскрыты в работе.

4. Список источников и литературы.

В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и все иные, изученные им в связи с его подготовкой. В работе должно быть использовано не менее 7 разных источников. Работа, выполненная с использованием материала, содержащегося в одном научном источнике, является явным плагиатом и не принимается. Оформление Списка источников и литературы должно соответствовать требованиям, принятым в университете.

Объем и технические требования, предъявляемые к выполнению реферата.

Объем работы должен быть, как правило, не менее 15 и не более 20 страниц. Работа должна выполняться через одинарный интервал 14 шрифтом, размеры оставляемых полей - 2 см. Страницы должны быть пронумерованы.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится без изменений, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента (пропуск слов, предложений или абзацев допускается, если не влечет искажения всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска) и без искажения смысла;
- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с предъявляемыми требованиями.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«ЧЕЧЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. А. А. КАДЫРОВА»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра «Нормальная и патологическая физиология»

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

«Нормальная физиология – физиология челюстно-лицевой области»

Направление подготовки	Стоматология
Код направления подготовки	31.05.03
Квалификация выпускника	Врач-стоматолог
Форма обучения	Очная

Грозный, 2024

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения…… 4
2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий…… 4
2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)…… 4
2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям…… 4
3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий…… 5
3.1. Методические рекомендации по работе с литературой…… 5
3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада… 6
3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата……. 7

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «Нормальная физиология – физиология челюстно-лицевой области» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом по направлению подготовки 31.05.03 Стоматология предусмотрены следующие виды занятий:

- лекции;
- практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)

Изучение дисциплины требует систематического и последовательного накопления знаний.

Студентам необходимо вести конспект прослушанных лекций. Перед очередной лекцией необходимо просмотреть по конспекту материал предыдущей лекции. При затруднениях в восприятии материала следует обратиться к основным литературным источникам. Если разобраться в материале не удалось, то следует обратиться к лектору (по графику его консультаций) или к преподавателю на практических занятиях.

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;

- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованы.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже, чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшийся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:
- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы. К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы. Основная литература - это учебники и учебные пособия. Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.

Рекомендации студенту:

Выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;

- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».

Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:

Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.

Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.

Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.

Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы.

Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.

Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада

Одной из форм самостоятельной работы студента является подготовка научного доклада, для обсуждения его на практическом (семинарском) занятии. Цель научного доклада - развитие у студентов навыков аналитической работы с научной литературой, анализа дискуссионных научных позиций, аргументации собственных взглядов. Подготовка научных докладов также развивает творческий потенциал студентов. Научный доклад готовится под руководством преподавателя, который ведет практические (семинарские) занятия.

Рекомендации студенту:

- перед началом работы по написанию научного доклада согласовать с преподавателем тему, структуру, литературу, а также обсудить ключевые вопросы, которые следует раскрыть в докладе;
- представить доклад научному руководителю в письменной форме;
- выступить на семинарском занятии с 5-7-минутной презентацией своего научного доклада, ответить на вопросы студентов группы.

Требования:
- к оформлению научного доклада: шрифт - Times New Roman, размер шрифта -14, межстрочный интервал -1, размер полей – 2 см, отступ в начале абзаца - 1 см, форматирование по ширине); листы доклада скреплены скоросшивателем. На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема доклада, ФИО студента;
- к структуре доклада - введение (указывается актуальность, цель и задачи), основная часть, выводы автора, список литературы (не менее 5 позиций источников научной литературы (научные статьи и монографии). Объем согласовывается с преподавателем. В конце работы ставится дата ее выполнения и подпись студента, выполнившего работу.

Общая оценка за доклад учитывает содержание доклада, его презентацию, а также ответы на вопросы.

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата

Целью написания рефератов является:
- привитие студентам навыков библиографического поиска необходимой литературы (на бумажных носителях, в электронном виде);
- привитие студентам навыков компактного изложения мнения авторов и своего суждения по выбранному вопросу в письменной форме, научно грамотным языком и в хорошем стиле;
- приобретение навыка грамотного оформления ссылок на используемые источники, правильного цитирования авторского текста;
- выявление и развитие у студента интереса к определенной научной и практической проблематике с тем, чтобы исследование ее в дальнейшем продолжалось в подготовке и написании курсовых и дипломной работы и дальнейших научных трудах.

Основные задачи студента при написании реферата:
- с максимальной полнотой использовать литературу по выбранной теме (как рекомендуемую, так и самостоятельно подобранную) для правильного понимания авторской позиции;
- верно (без искажения смысла) передать авторскую позицию в своей работе;
- уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с тем или иным автором по данной проблеме.

Требования к содержанию:
- материал, использованный в реферате, должен относится строго к выбранной теме;
- необходимо изложить основные аспекты проблемы не только грамотно, но и в соответствии с той или иной логикой (хронологической, тематической, событийной и др.)
- при изложении следует сгруппировать идеи разных авторов по общности точек зрения или по научным школам;
- реферат должен заканчиваться подведением итогов проведенной исследовательской работы: содержать краткий анализ-обоснование преимуществ той точки зрения по рассматриваемому вопросу, с которой Вы солидарны.

Структура реферата.

1. Титульный лист.

На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема реферата, ФИО студента, ФИО и должность проверившего преподавателя;

2. Оглавление.

Оглавление - это план реферата, в котором каждому разделу должен соответствовать номер страницы, на которой он находится.

3. Текст реферата.

Текст реферата делится на три части: введение, основная часть и заключение.

а) Введение - раздел реферата, посвященный постановке проблемы, которая будет рассматриваться и обоснованию выбора темы.

б) Основная часть - это звено работы, в котором последовательно раскрывается выбранная тема. Основная часть может быть представлена как цельным текстом, так и разделена на главы. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует "перегружать" текст.

в) Заключение - данный раздел реферата должен быть представлен в виде выводов, которые готовятся на основе подготовленного текста. Выводы должны быть краткими и четкими. Также в заключении можно обозначить проблемы, которые "высветились" в ходе работы над рефератом, но не были раскрыты в работе.

4. Список источников и литературы.

В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и все иные, изученные им в связи с его подготовкой. В работе должно быть использовано не менее 7 разных источников. Работа, выполненная с использованием материала, содержащегося в одном научном источнике, является явным плагиатом и не принимается. Оформление Списка источников и литературы должно соответствовать требованиям, принятым в университете.

Объем и технические требования, предъявляемые к выполнению реферата.

Объем работы должен быть, как правило, не менее 15 и не более 20 страниц. Работа должна выполняться через одинарный интервал 14 шрифтом, размеры оставляемых полей - 2 см. Страницы должны быть пронумерованы.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится без изменений, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента (пропуск слов, предложений или абзацев допускается, если не влечет искажения всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска) и без искажения смысла;
- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с предъявляемыми требованиями.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Чеченский государственный университет имени А. А. Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра акушерства и гинекологии

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ В ГРУППАХ ВЫСОКОГО РИСКА

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ

Грозный

СОДЕРЖАНИЕ

Введение
Группа беременных с риском возникновения перинатальной патологии
Группа беременных с риском возникновения акушерской патологии

- Группа риска возникновения ранних токсикозов и гестоза.
- Группа риска невынашивания беременности
- Особенности ведения беременности после ЭКО
- Группа риска возникновения плацентарной недостаточности

Группа риска возникновения изоиммунного конфликта между организмом матери и плодом
Группа риска возникновения антифосфолипидного синдрома
Группа риска кровотечения во II и III триместрах
Группа риска развития коагулопатой
Группа риска возникновения слабости родовой деятельности
Беременные с тазовым предлежанием и неправильным положением плода
Беременные, перенесшие операцию на матке
Группа риска возникновения гнойно-септических осложнений
Группа беременных с отягощенной наследственностью
Группа женщин с отягощенным акушерским анамнезом
Группа возникновения и развития экстрагенитальной патологии

- Беременность и роды при сердечно-сосудистых заболеваниях
  - *Пороки сердца*
    - Врожденные пороки сердца без цианоза
      - Дефект межпредсердной перегородки
      - Неполная атриовентрикулярная коммуникация
      - Дефект межжелудочковой перегородки
      - Открытый артериальный проток
      - Стеноз легочной артерии
      - Аортальный стеноз
      - Коортация аорты
      - Трехпредсердное сердце
    - Врожденные пороки сердца с цианозом
      - Тетрада и триада Фалло
      - Аномалия Эбштейна
      - Транспозиция магистральных сосудов
      - Единственный желудочек сердца
      - Синдром Эйзенменгера
    - Приобретенные пороки сердца
      - Митральный стеноз
      - Недостаточность митрального клапана
      - Стеноз устья аорты
      - Недостаточность аортального клапана
      - Сочетанные и комбинированные пороки сердца
  - *Сосудистые дистонии у беременных*
- Беременность и роды при заболеваниях почек
  - *Пиелонефрит*
  - *Гломерулонефрит*
  - *Мочекаменная болезнь.*
  - *Беременность с одной почкой*
  - *Хроническая почечная недостаточность и беременность.*

- Беременность и заболевания желудочно-кишечного тракта:
  - *Газоэзофагеальная рефлюксная болезнь.*
  - *Язвенная болезнь.*
  - *Желчнокаменная болезнь*
- Эндокринные заболевания и беременность
  - *Гипотериоз*
  - *Тиреотоксикоз*
  - *Сахарный диабет*
- Беременность и заболевания органов дыхания:
  - *Инфекционные заболевания.*
  - *Бронхиальная астма*

Группа риска возникновения анемизирующего синдрома и анемии

Эпилепсия и беременность

Миопия и беременность

Список сокращений

Список литературы

ВВЕДЕНИЕ

Стратегия риска в акушерстве предусматривает выделение групп женщин, у которых беременность и роды могут осложниться нарушением жизнедеятельности плода, акушерской или экстрагенитальной патологией.

Среди беременных, состоящих на учете в женской консультации, выявляют принадлежность к следующим группам риска с:

а) перинатальной патологией со стороны плода;
б) акушерской патологией;
в) экстрагенитальной патологией.

В ведении беременных следует придерживаться следующих принципов: беременные из группы со средней и высокой степенями риска должны быть осмотрены врачом совместно с заведующим женской консультацией для выработки индивидуального плана ведения беременности до 36 недель, определения объема дополнительных исследований, сроков госпитализации для обследования и профилактических курсов лечения.

Все профилактические мероприятия следует выполнять тщательно и в 2 раза чаще, чем в группах с низкой степенью риска. При выявлении минимальных признаков угрозы прерывания беременности, токсикоза, анемии женщину необходимо немедленно направить в отделение патологии беременных.

В 32 и 38 недели беременности проводят повторный балльный скрининг, поскольку в эти сроки появляются новые факторы риска. Данные исследований свидетельствуют о росте группы беременных с высокой степенью перинатального риска (с 20 до 70%) к концу беременности. После повторного определения степени риска уточняют план ведения беременности.

В 36 недель беременности женщин из группы среднего и высокого риска повторно осматривает заведующий женской консультацией и заведующий акушерским отделением, в которое беременная будет госпитализирована до родов. Этот осмотр является важным моментом в ведении беременных из групп риска.

В тех районах, где нет родильных отделений, беременных госпитализируют для профилактического лечения в определенные акушерские стационары области и городов по графикам отделов здравоохранения.

Поскольку дородовая госпитализация для обследования и комплексной подготовки к родам для женщин из групп риска является обязательной, то срок госпитализации, предположительный план ведения последних недель беременности и родов должны вырабатываться совместно с заведующим акушерским отделением.

Дородовая госпитализация в срок, определенный совместно врачами консультации и стационара, — последняя, но очень важная задача женской консультации. Врач женской консультации может считать свою функцию выполненной, только своевременно госпитализировав беременную из групп среднего или высокого риска.

ГРУППА БЕРЕМЕННЫХ С РИСКОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Установлено, что $^{2}/_{3}$ всех случаев перинатальной смертности новорожденных встречается у женщин из группы высокого риска, составляющих не более 7% из общего числа беременных.

Все факторы риска делят на две большие группы:
пренатальные и интранатальные.

Пренатальные факторы подразделяются на 5 подгрупп (52 фактора риска):
1. социально-биологические;
2. акушерско-гинекологического анамнеза;
3. экстрагенитальной патологии;
4. осложнений настоящей беременности;
5. оценки состояния внутриутробного плода.

Интранатальные факторы подразделяются на 3 подгруппы (20 факторов):
1. материнские факторы;
2. факторы со стороны плаценты и пуповины;
3. плодовые факторы.

Таким образом, всего выделено 72 фактора риска.

Для количественной оценки факторов применяется бальная система, дающая возможность не только оценить вероятность неблагоприятного исхода родов при действии каждого фактора, но и получить суммарное выражение вероятности всех факторов.

Исходя из расчетов оценки каждого фактора в баллах, выделяют следующие степени риска:
- *низкая степень риска — до 15 баллов;*
- *средняя степень риска — 15—25 баллов;*
- *высокий риск — более 25 баллов.*

Выделение группы беременных с высокой степенью риска позволяет организовать интенсивное наблюдение за развитием плода от начала беременности (таблица 1).

Таблица 1

Шкала оценки факторов риска перинатальной патологии

Анамнестические факторы	Баллы
Социально-биологические факторы риска	
Возраст матери:	
✓ до 20 лет	2
✓ 30-34 года	2
✓ 35-39 лет	3
✓ 40 лет и более.	4
Возраст отца — 40 лет и более.	2
Профессиональные вредности у:	
✓ матери	3
✓ отца.	3
Вредные привычки у:	
✓ матери:	
▪ курение 1 пачки сигарет в день	1
▪ злоупотребление алкоголем	2
✓ отца: злоупотребление алкоголем	2

Рост и весовые показатели матери: ✓ рост 158 см и менее ✓ масса тела на 25% выше нормы	 2 2
Акушерско-гинекологический анамнез	
Раннее начало половой жизни (до 18 лет) Паритет: ✓ 4-7 ✓ 8 и более Аборты перед первыми предстоящими родами: ✓ 1 ✓ 2 ✓ 3 и более. Аборты перед повторными или после последних родов: ✓ 3 и более Внутриматочные вмешательства Преждевременные роды: ✓ 1 ✓ 2 и более. Мертворождение: привычное невынашивание, неразвивающаяся беременность: ✓ 1 ✓ 2 и более. Смерть в неонатальном периоде: ✓ 1 ✓ 2 и более. Аномалии развития у детей Неврологические нарушения Масса доношенных детей до 2500 и более 4000 г Бесплодие: ✓ 2-4 года ✓ 5 лет и более. Рубец на матке после операции Опухоли матки и/или яичников Истмико-цервикальная недостаточность, доброкачественные заболевания, деформация, перенесенная деструкция шейки матки Пороки развития матки Хронические воспалительные процессы матки и придатков, осложнения после абортов и родов, ВМК	2 1 2 2 3 4 2 2 2 3 3 8 2 7 3 2 2 2 4 3 3 2 3 3
Экстрагенитальные заболевания матери	
Сердечно-сосудистые: ✓ пороки сердца без нарушения кровообращения ✓ пороки сердца с нарушением кровообращения ✓ хроническая артериальная гипертензия ✓ варикозная болезнь ✓ гипотензивный синдром ✓ заболевания почек. Эндокринопатии: ✓ заболевания надпочечников, НОЭС ✓ диабет ✓ отягощенная наследственность по сахарному диабету ✓ заболевания щитовидной железы Анемия: НЬ 90-100-110 г/л Коагулопатии Миопия и другие заболевания Хронические специфические инфекции (туберкулез, бруцеллез, токсоплазмоз)	 3 10 8 2 2 3 7 10 1 7 4-2-1 2 2 3
Факторы беременности	

Осложнения беременности	
Выраженный ранний токсикоз, рецидивирующая угроза прерывания	2
Гестоз:	
✓ водянка	
✓ гестоз I-II-III ст.	2
✓ преэклампсия	3-5-10
✓ эклампсия.	11
Обострение заболевания почек	12
Острые инфекции при беременности, в т.ч. ОРВИ	4
Резус- и АВО сенсибилизация	2
Многоводие	3-5
Маловодие	4
Тазовое предлежание плода, крупный плод, узкий таз	3
Многоплодие	3
Перенашивание беременности	3
Неправильное положение плода	5
Гипотрофия плода	3
Гипоксия плода, ХПН	10
Изменение цвета вод (амниоскопия, дородовое излитие)	4
Патологический прелиминарный период, дородовое излитие вод	8
Хорионамнионит	4
	4

В настоящее время имеется много возможностей для определения состояния плода. Биохимические и эндокринологические исследования у матери, дающие сведения о развитии плода и функции плаценты; электрокардиография плода; ультразвуковое исследование; амниоскопия; амниоцентез с исследованием биохимических компонентов околоплодных вод позволяют определить особенности метаболизма и степень зрелости плода, а также выявить ряд хромосомных нарушений даже в первой половине беременности.

УЗИ — основной прямой неинвазивный метод пренатальной диагностики. Оно высокоэффективно выявляет врожденные пороки развития плода, задержку роста плода, безвреден для плода и матери. Ультразвуковых исследований должно быть «ровно столько, сколько необходимо» (принцип ALAR— aslowasreasonablyachievable). Необходимо отметить, что ограничения в числе исследований продиктованы в основном экономическими причинами.

В настоящее время внедрена программа обязательного ультразвукового скрининга при сроках беременности 10—14, 18—22 и 32—34 недели. Соответственно каждому сроку разработаны четкие указания объема УЗИ, цели, задачи, рекомендации по дальнейшему ведению беременности при наличии отклонений от нормального развития.

При исследовании в 10—14 недель определяется число плодов в матке, жизнеспособность, уточняется срок беременности, измеряется величина воротникового пространства, состояние назальных косточек, определяются грубые анатомические пороки и т.д.

При УЗИ в 18—22 недель беременности основное внимание обращается на анатомические особенности строения плода, его размеры, соответствие фетометрических параметров сроку беременности, наличие ВПР, особенно эхографических маркеров хромосомных болезней, количество околоплодных вод, аномалии плаценты и пуповины.

УЗИ в III триместре (30—34 неделя беременности) направлено на уточнение анатомических и функциональных особенностей плода, анализ состояния систем его жизнеобеспечения (сердце, пуповина, плацента, оболочки), решение вопроса о возможной оперативной коррекции некоторых пороков, выработку тактики и стратегии

родов.

В последние годы растет актуальность биохимического скрининга при беременности. Скрининг сывороточных белков обычно проводится на 15—18 неделе беременности. В последнее время появляется все больше данных об эффективности биохимического скрининга и в I триместре.

К маркерным сывороточным белкам (МСБ) в крови матери, которые определяются во II триместре, относятся альфафетопротеин (АФП), хорионический гонадотропин человека (ХГЧ), свободный (неконъюгированный) эстриол (НЭ) и некоторые другие.

Все эти белки являются эмбрионспецифичными, т.е. продуцируются клетками самого плода или плаценты, а затем поступают в кровоток матери. Их концентрация в сыворотке крови меняется в зависимости от срока беременности и состояния плода.

АФП на ранних сроках беременности является основным компонентом фетальной сыворотки. Он вырабатывается желточным мешком и печенью эмбриона, экскретируется с мочой эмбриона в амниотическую жидкость, откуда проникает в кровь матери через плаценту или через плодные оболочки. Белок выявляется в крови матери с 5—6 недели беременности. Его концентрация существенно меняется в течение беременности.

Значительное повышение (в 5—10 раз) уровня АФП в материнской сыворотке во II триместре беременности с высокой степенью вероятности указывает на наличие дефектов заращения невральной трубки (ДЗНТ) — анэнцефалия, открытая spina bifida. Повышение уровня ЛФП регистрируется и при других патологических состояниях плода (гастрошизис, омфалоцеле, аномалии почек), а также при угрозе прерывания беременности и пр. В то же время в 30% случаев хромосомных нарушений (болезнь Дауна) уровень АФП с 15 по 18 неделю беременности оказывается сниженным.

ХГЧ — гликопротеин, секретируемый клетками трофобласта. Он выявляется в кровотоке беременной, начиная с 10—12 дня после оплодотворения, т.е. на 3—5 день после имплантации. Его концентрация быстро нарастает, достигая максимальных значений в 8—10 недели беременности. Доказано повышение уровня ХГЧ при трисомии 21 хромосомы (болезнь Дауна) и снижение — при трисомии XVIII хромосомы (болезнь Эдвардса).

НЭ — стероидный гормон, который продуцируется плацентарным комплексом, печенью плода и надпочечниками, проникает в материнский кровоток. Выявлено, что неконъюгированная форма лучше характеризует состояние фетоплацентарного комплекса, чем общий эстриол. По концентрации НЭ в сыворотке крови беременной можно судить о функциональном состоянии плаценты и плода. В норме уровень НЭ нарастает от 4 нмоль/лв 15 недель беременности до 40 нмоль/л к родам. Сниженный уровень НЭ наблюдается при врожденной гиперплазии коры надпочечников, при дефиците плацентарной сульфатазы, анэнцефалии, болезни Дауна, синдроме Эдвардса, внутриутробной инфекции, при угрозе прерывания беременности.

В условиях женских консультаций возможно выполнение следующих исследований, отражающих состояние плода: КТГ и допплерометрия — методы, одновременное использование которых дает информацию о состоянии сердечной деятельности плода; функциональные пробы, кольпоцитологическое исследование.

Кольпоцитологическое исследование при беременности

Высокая чувствительность эпителия влагалища к эндогенным и экзогенным гормональным влияниям позволяет отнести метод кольпоцитологии к числу эффективных способов гормональной диагностики, а простая техника получения и обработки материала делает его доступным для широкой практики. В процессе нормально протекающей беременности продуцируется большое количество прогестерона и эстрогенов. На ранних сроках беременности прогестерон вырабатывается желтым телом, а с 12-14 недели беременности — плацентой.

Эстрогены в основном вырабатываются плацентой и плодом. В связи с гормональными влияниями во время беременности эпителий влагалища утолщается за счет гипертрофии парабазального и заметной пролиферации промежуточного слоев.

Цитологическое исследование содержимого влагалища имеет определенное значение для диагностики угрозы прерывания беременности и гибели плодного яйца.

В 1 триместре беременности в мазке преобладают промежуточные и поверхностные клетки, ладьевидные клетки встречаются в единичных случаях. Кариопикнотический индекс колеблется от 0 до 15-18%. При угрозе самопроизвольного аборта вначале отмечается уменьшение числа ладьевидных клеток, а затем возрастает количество поверхностных клеток. Кариопикнотический индекс может увеличиваться до 20% и выше.

Во II триместре беременности в мазке преобладают ладьевидные и промежуточные клетки, а поверхностные клетки почти не встречаются. Кариопикнотический индекс: 0—10%.

В III триместре беременности в мазке отмечается довольно равномерная цитологическая картина с преобладанием ладьевидных и промежуточных клеток. Кариопикнотический индекс приближается к нулю.

Непосредственно перед родами в мазках полностью отсутствуют ладьевидные, а преобладают поверхностные и промежуточные клетки. В мазках обнаруживаются слизь и лейкоциты. Кариопикнотический индекс составляет 15—40%.

При переношенной беременности, наряду с промежуточными и единичными поверхностными клетками, встречаются парабазальные и базальные клетки, расположенные преимущественно изолированно.

ГРУППА БЕРЕМЕННЫХ С РИСКОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ

❖ *Группа риска возникновения ранних токсикозов и гестоза*

Ранние токсикозы беременных.

Ранний токсикоз возникает, как правило, в первые 12—16 недель беременности. К ранним токсикозам относятся часто встречающиеся рвота беременных, слюнотечение, а также редкие формы токсикоза: хорея беременных, остеомаляция, бронхиальная астма беременных, дерматозы, тетания, острая желтая дистрофия печени и др.

Рвота беременных.

Легкая рвота наблюдается до 4—5 раз в день, сопровождается постоянным ощущением тошноты. Массы тела снижается на 1—3 кг (5% от исходной массы тела). Общее состояние остается удовлетворительным. Гемодинамические показатели у большинства беременных находятся в пределах нормы. Изменения морфологического состава крови и мочи отсутствуют.

Умеренная рвота (средней тяжести) до 10 раз в сутки и более. Масса тела снижается на 5—6 кг (6% от исходной массы тела). Общее состояние ухудшается, возникает значительная слабость и апатия. Кожа бледная, сухая. Язык обложен белым налетом, суховат. Температура тела субфебрильная (не выше 37,5 °С). Характерна тахикардия, гипотензия, олигурия. При лабораторном исследовании крови выявляется анемия, метаболический ацидоз, в моче — ацетон.

Чрезмерная рвота встречается в настоящее время редко. Рвота наблюдается до 20 раз в сутки, сопровождается обильным слюнотечением и постоянной тошнотой. Возможно нарушение функции жизненно важных органов вплоть до развития в них дистрофических изменений. Общее состояние тяжелое. Отмечается адинамия, головная боль, головокружение, снижение массы тела на 2—3 кг в неделю (10% от исходной

массы тела). Резко снижается диурез, температура тела субфебрильная, но может повышаться до 38°С, развивается тахикардия, гипотензия. Появляются признаки поражения ЦНС (бред, кома или эйфория).

В крови повышается уровень остаточного азота, мочевины и билирубина, а также величины гематокрита; уменьшается содержание альбумина, холестерина, калия хлорида. В моче определяются ацетон, белок, цилиндры, уробилин, желчные пигменты, эритроциты и лейкоциты.

Диагностика при рвоте беременных.

Для динамического контроля состояния беременной и эффективности лечения необходимо определение следующих показателей:

- в крови: содержания билирубина, остаточного азота, мочевины, электролитов, общего белка и белковых фракций, трансаминаз, показателей КОС, глюкозы, протромбина, величины гематокрита;
- в моче: уровня ацетона, уробилина, желчных пигментов, белка.

Степень обезвоживания определяется по величине гематокрита.

Значение ее выше 40% свидетельствует о выраженном обезвоживании.

Лечение:

1. Диета, которая включает в себя легкоусвояемую разнообразную пищу по желанию женщины. Ее следует принимать в охлажденном виде, небольшими порциями, каждые 2—3ч.

2. Медикаментозное лечение при рвоте беременных:

- препараты, регулирующие функцию ЦНС и блокирующие рвотный рефлекс: М-холинолитики (атропин), антигистаминные препараты, блокаторы дофаминовых рецепторов (галоперидол, дроперидол, торекан), прямые антагонисты дофамина (реглан, церукал);
- инфузионные средства для регидратации, дезинтоксикации и парэнтерального питания: кристаллоиды (солевые растворы Рингера-Локка, трисоль, хлосоль), коллоиды (альбумин — при снижении концентрации белка), парентеральное питание (низкоконцентрированная глюкоза и аминокислоты). Общий объем инфузионной терапии составляет 1—3 л в зависимости от тяжести токсикоза и массы тела беременной;
- препараты, нормализующие метаболизм (витамин С 0,5% 5 мл);
- для нормализации функционального состояния коры головного мозга и устранения вегетативной дисфункции показаны центральная электроаналгезия, иглоукалывание, психо- и гипнотерапия.

При легкой форме рвоты беременных лечение проводят в условиях дневного стационара, под контролем динамики массы тела и анализов мочи на содержание кетоновых тел.

В отсутствие эффекта используют средства, непосредственно блокирующие рвотный рефлекс: м-холинолитики (атропин 0,1% I мл в/м), антигистаминные препараты, блокаторы дофаминовых рецепторов (нейролептики — галоперидол 0,0015-0,002 г 2 раза в день, дроперидол 0,25% 1—2 мл в/м), производные фенотиазина — торекан 1 др (6,5 мг) 1—3 раза в день, а также прямые антагонисты дофамина (реглан 2,0 в/м 1—2 раза в день, церукал 0,01 г 2—3 раза в день).

При средней тяжести рвоты беременных в одной палате не должны находиться две беременных с ранним токсикозом.

С целью воздействия на центральную нервную систему больной, как и при легкой степени рвоты беременных, целесообразно применить электросон.

Для подавления возбуждения рвотного центра хороший эффект дает внутримышечное введение церукала 2 мл в/м 2 раза в день, торекана 1—2 мл в/м, а при отсутствии эффекта от этих препаратов — дроперидол 0,25% 1—2 мл в/м.

Для борьбы с обезвоживанием и гипопротеинемией через день внутривенно

капельно вводят 10% раствор альбумина 100 мл. За сутки беременная должна получить 2—2,5 л жидкости. Для ликвидации интоксикации назначают внутривенное вливание 5% раствора глюкозы в количестве 1000 мл с инсулином из расчета 1 ЕД инсулина на 4 г сухого вещества глюкозы, а также добавляют 5% раствор аскорбиновой кислоты в количестве 4—6 мл. Кроме перечисленных средств внутривенно вводят раствор Рингера-Локка до 1000 мл и 5% раствор бикарбоната натрия — 200—300 мл. Лечить больную целесообразно под контролем КОС (кислотно-основного состояния) крови и электролитов, при дефиците калия необходимо назначать также препараты калия. Учитывая имеющиеся нарушения окислительно-восстановительных процессов, рекомендуется внутримышечное введение препаратов группы В — В1 и В6 по 1 мл поочередно через день.

Лечение тяжелой рвоты беременных следует проводить в круглосуточном стационаре.

Немедикаментозные методы терапии при раннем токсикозе: центральная электроаналгезия, иглорефлексотерапия, психо- и гипнотерапия.

Лечение ранних токсикозов целесообразно проводить до получения выраженного эффекта или полного излечения. После отмены всех назначений в течение 3—5 дней необходимо проследить за состоянием беременной. Если полученный эффект стойкий, беременная может быть выписана домой.

Если эффект отрицательный, токсикоз прогрессирует, в моче нарастает ацетон, появляются признаки печеночной недостаточности, то беременность должна быть прервана.

Слюнотечение.

При слюнотечении проводят то же лечение, что и при рвоте (режим, психотерапия, физиотерапевтические процедуры, инфузии и др.). Рекомендуется лечение в стационаре, где создают условия для соблюдения лечебно-охранительного режима, назначают средства, регулирующие функцию нервной системы, метаболизма, при обезвоживании — инфузионную терапию. Одновременно рекомендуется полоскание рта настоем шалфея, ромашки, 0,5% раствором новокаина. При сильном слюнотечении можно применять атропин по 0,0005 г 2 раза в день. Для предупреждения мацерации кожу лица смазывают вазелином.

Дерматоз беременных проявляется зудом кожных покровов всего тела, нередко наиболее выражен зуд в области наружных половых органов. Для снижения степени выраженности зуда местно применяют кварцевое облучение в субэритемных дозах, мазь с антигистаминными препаратами, анестезином, ментолом, а в более тяжелых случаях — с преднизолоном или гидрокортизоном; с целью десенсибилизации — витаминотерапию препаратами группы В и С, антигистаминные препараты и др. Для снижения реактивности центральной нервной системы назначают седативные, лучше фитопрепараты.

Гестоз

Синдром полиорганной функциональной недостаточности, патогенетически связанный с беременностью, характеризующийся генерализованным сосудистым спазмом и перфузионными нарушениями в жизненно важных органах и плаценте.

Гестоз возникает, как правило, после 20 недели беременности. По мере прогрессирования клинический гестоз может проявляться в виде различных симптомов, число которых после родоразрешения уменьшается, а у большинства женщин они исчезают полностью. Термин «гестоз» объединяет ряд патологических состояний, характеризующихся полиорганной функциональной недостаточностью с

нарушением функции почек и печени, сосудистой и нервной системы, фетоплацентарного комплекса.

В МКБ X гестоз обозначают следующим образом:

- вызванные беременностью отеки и протеинурия без гипертензии;
- вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии;
- вызванная беременностью гипертензия со значительной протеинурией;
- эклампсия.

В России принята классификация, включающая 4 клинические формы гестоза: водянку, нефропатию, преэклампсию, эклампсию. Перечисленные формы можно рассматривать как стадии единого процесса, где водянка — начальная, или легкая, стадия, а эклампсия — конечная, или самая тяжелая, стадия гестоза.

Несмотря на отсутствие диагноза «гестоз» в МКБ X, все его проявления присутствуют в данной классификации.

Таблица соответствия отечественной классификации и МКБ X, утвержденной IV съездом акушеров-гинекологов РФ (2008 г.) (таблица 2).

Таблица 2

Классификация гестозов клиническая в сочетании с классификацией по МКБ X

Классификация гестозов	***МКБ X***
Отеки беременных	012,0 — вызванные беременностью отеки
Гипертензия	016 — гипертензия у матери неуточненная
Протеинурия беременных	012,1 — вызванная беременностью протеинурия
Гипертония беременных	010,0 — существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период
	010,9 — существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период, неуточненная
Гестоз легкой степени	013 — вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии
Гестоз средне-тяжелой степени	014,0 — преэклампсия (нефропатия) средней тяжести
Преэклампсия	014,1 — тяжелая преэклампсия
Эклампсия	015 — эклампсия

Широко используется разделение гестозов на «чистые», развившиеся у ранее соматически здоровых женщин, и «сочетанные», развившиеся на фоне заболевания почек, сердечно-сосудистой системы и др.

В патогенезе гестозов ведущими факторами являются генерализованный спазм сосудов, гиповолемия, изменение реологических и коагуляционных свойств крови, нарушение микроциркуляции и водно-солевого обмена. Эти изменения вызывают гипоперфузию тканей и развитие в них дистрофии, вплоть до некроза.

Профилактика и своевременная диагностика гестоза беременных — важнейшая задача врача женской консультации.

Гестозы возникают, как правило, у первородящих и физически здоровых женщин и являются наиболее частой причиной перинатальной смертности, занимая третье по счету место среди причин материнской смертности.

Гестоз следует рассматривать как патологическое состояние, обусловленное нарушением адаптационных систем организма беременной и проявляющееся нейрогуморальными дисфункциями сердечно-сосудистой, центральной, периферической нервной систем и желез внутренней секреции. Гипоксические состояния органов и тканей организма, возникающие вследствие нарушения микроциркуляции, приводят к плацентарной недостаточности, которая, в свою очередь, является причиной перинатальной патологии.

Проявление различных форм гестоза связано с количеством, степенью выраженности и сочетанием отдельных симптомов.

Отеки

Повышенная гидрофильность тканей обусловливает чрезмерное нарастание массы тела беременной, дефицитом выделенной жидкости (положительный водный баланс), увеличением объема конечностей и является признаком гестоза (в 70% случаев) или только водянки беременных.

Различают три степени отеков:

- I — отеки голеней;
- II — поясницы и передней брюшной стенки;
- III — общий отек (анасарка).

Отсутствие видимых отеков не всегда свидетельствует о благополучии. Существуют так называемые скрытые отеки. На их появление указывает быстрое нарастание массы тела больной.

Развитие отеков сопровождается олигоурией, однако при исследовании мочи в анализе патологических изменений не обнаруживают.

Для диагностики скрытых отеков производят регулярное взвешивание женщины. Прибавка массы тела за неделю более чем на 300г и за всю беременность более чем на 8—9 кг указывает на наличие скрытых отеков. Выявлению скрытых отеков помогает также проба Мак-Клюра-Олдрича.

С целью оценки диуреза необходимо подсчитывать количество жидкости, потребляемое женщиной, и суточное выделение мочи. Выявленная таким образом олигоурия подтверждает диагноз водянки беременных.

Для самостоятельного контроля беременная может использовать еженедельное взвешивание, измерение выпитой и выделенной жидкости, оценку «симптома кольца».

Лечение водянки беременных начинают в амбулаторных условиях, а при неэффективности терапии осуществляют в акушерском стационаре. Терапия водянки включает в себя создание лечебно-охранительного режима (по В.В. Строганову), назначение белковой бессолевой диеты.

Кроме этого, назначают разгрузочный день один раз в 7-10 дней. В течение разгрузочного дня больная получает в любом виде 1,5 кг яблок или 1,5 кг нежирного творога дробными порциями.

При лечении водянки беременных в амбулаторных условиях можно рекомендовать седативные фитосборы (корень валерианы, пустырник, растительные мочегонные средства (почечный чай, мочегонный сбор).

Применение диуретиков противопоказано!

С целью коррекции метаболических нарушений используют суммарные токоферолы (витамин Е), аскорбиновую кислоту (витамин С), рутин, эссенциале. Применяют средства, улучшающие реологические свойства крови и микроциркуляцию (трентал, курантил, ксантинола никотинат) гестоза. При нарастании отеков на фоне проводимой терапии беременных госпитализируют в отделение патологии беременных, где проводится более интенсивная терапия, включая инфузионные средства (онкоосмотерапию), как и при гестозе I степени тяжести.

Если беременная отказывается от лечения или проводимая терапия не дает эффекта, то гестоз прогрессирует и переходит в более тяжелую стадию — нефропатию.

Нефропатия

Нефропатия — следующая за водянкой стадия развития гестоза, при которой происходят выраженные патологические изменения в организме беременной. Ведущая роль в патогенезе нефропатии отводится поражению сосудистой системы, нарушению микроциркуляции с вовлечением в процесс всех жизненно важных органов и

фетоплацетарной системы.

Главными симптомами являются отеки и олигурия, артериальная гипертензия и протеинурия.

Три ведущих симптома при нефропатии — отеки, протеинурия и гипертензия — носят название триады Цангемейстера. В зависимости от выраженности симптомов и тяжести течения различают три степени тяжести гестоза (таблица 3).

Таблица 3

Оценка тяжести нефропатии

Клинические признаки	**Степень нефропатии**		
	I	**II**	**III**
Артериальное давление, мм рт.ст.	130/90-135/95	140/90-160/100	Выше 160/100
Протеинурия, г/сут	<1	1-3	>3
Диурез, мл/сут	>1000	400-1000	<400
Дефицит выделения жидкости	До 15%	До 25%	25% и более

Диагноз гестоза ставят на основании анамнеза, клиники и результатов лабораторного исследования.

Собирая анамнез у беременной, необходимо выяснить, какова общая прибавка массы тела за время беременности. Если она выше 8—11кг, то при отсутствии других причин (например, нарушения жирового обмена) следует думать о появлении скрытых отеков.

При наличии гипертензии надо обратить внимание, в каком сроке беременности впервые повысилось артериальное давление, не было ли ранее заболеваний, сопровождавшихся гипертензией. Повышение артериального давления в ранних сроках беременности указывает на наличие соматических заболеваний (гипертоническая болезнь, хронический нефрит, вегетососудистая дистония по гипертоническому типу). Если гестоз развивается на фоне этих заболеваний, то имеет место сочетанный гестоз. Сочетанный гестоз всегда протекает тяжелее.

У всех беременных необходимо производить динамический контроль уровня АД, которое измеряют на обеих руках. Выявление асимметрии показателей на 10 мм рт.ст. и более даже при нормальном уровне АД указывает на начальные формы нефропатии. Оценка АД производится по отношению к исходному уровню.

Повышение систолического давления на 15-20%, а диастолического — на 10% по сравнению с исходным следует расценивать как выраженную гипертензию. Неблагоприятным прогностическим признаком является повышение диастолического давления даже при относительно невысоком уровне систолического (например, 135/105 мм рт.ст.). Общепринято учитывать не только систолическое и диастолическое давление, но и среднее АД (САД).

САД рассчитывают путем сложения систолического давления и двух диастолических. Полученная сумма делится на 3, при этом САД не должно превышать при беременности 100 мм рт.ст.:

САД = (СД + 2ДД) / 3

При исследовании глазного дна отмечают явления гипертонической ангиопатии, спазм артерий сетчатки и расширение вен с прекапиллярным отеком, кровоизлияния в сетчатку и ее отек.

Для выявления протеинурии у беременной после 32 недели необходимо производить анализ мочи еженедельно. При наличии протеинурии анализ мочи повторяют каждые 3-4 дня. При нарастании количества белка в моче, появлении цилиндров необходимо определить в крови содержание остаточного азота, мочевины,

произвести пробу по Зимницкому, анализ крови на электролиты. Нарастание количества остаточного азота в крови, даже если его показатели находятся в пределах физиологических, является неблагоприятным признаком, свидетельствующим о нарушении азотовыделительной функции почек.

Нарушения функции печени развиваются при тяжелом течении гестоза и выражаются изменениями белкового и липидного обменов, системы гемостаза, которые проявляются в виде хронического ДВС - синдрома (диссеминированное внутрисосудистое свертывание) — disseminated intavascular coagulation (DIC).

Нарушения белковой функции печени характеризуются снижением содержания белка в крови до 60 г/л и менее, сдвигом альбумино- глобулинового коэффициента в сторону глобулинов (менее 1).

Нарушения липидного обмена выражаются снижением липопротеидов высокой плотности и повышением липопротеидов низкой плотности.

Снижение функциональной активности печени приводит к увеличению общего и токсичного (не связанного с глюкуроновой кислотой) непрямого билирубина.

Нарушение белкового, липидного обменов, ухудшение микроциркуляции, гипертензия и другие патофизиологические изменения при гестозе способствуют нарушению функционирования фетоплацентарной системы (ФПС), которое проявляется гипоксией и гипотрофией плода.

Особенно тяжелое течение гестоз приобретает, когда появляются признаки HELLP-синдрома и острого жирового гепатоза беременных.

***HELLP-синдром**:*

H-hemolysis—гемолитическая анемия,

EL-elevated liver enzymes — повышение концентрации ферментов печени в крови,

LP-low platelet count — снижение количества тромбоцитов в крови до 150тыс. и менее.

При появлении в лабораторных анализах анемии, тромбоцитопении, увеличении активности трансфераз в 10 раз и более показано быстрое досрочное родоразрешение.

В течении ***острого жирового гепатоза беременных (ОЖГБ),*** который чаще развивается у первобеременных, различают два периода.

Первый, безжелтушный, может продолжаться от 2 до 6 недель. Для него характерны: снижение аппетита, слабость, изжога, тошнота, рвота, боли и чувство тяжести в эпигастральной области, кожный зуд, снижение массы тела.

Второй, желтушный, заключительный период болезни характеризуется бурной клиникой печеночно-почечной недостаточности: желтуха, олигоанурия, периферические отеки, скопление жидкости в серозных полостях, маточное кровотечение, антенатальная гибель плода. При биохимическом исследовании крови выявляются гипербилирубинемия за счет прямой фракции, гипопротеинемия (<60 г/л), гипофибриногенемия (<2 г/л), невыраженная тромбоцитопения, незначительный прирост трансаминаз.

При ОЖГБ часто развивается печеночная кома с нарушением функции головного мозга от незначительных нарушений сознания до его глубокой потери с угнетением рефлексов.

Лечние беременных с нефропатией проводится только в условиях стационара!

В настоящее время принципы терапии нефропатии заключаются в выполнении «золотого стандарта»: онкоосмотерапия (инфузия сульфата магния от 15 до 50 г сухого вещества в сутки), восполнение дефицита белка при гипопротеинемии.

При лечении тяжелых форм нефропатии применяют экстракорпоральные

методы детоксикации и дегидратации: плазмаферез и ультрафильтрацию.

Крайне важен правильный выбор времени и метода родоразрешения. Показанием для досрочного родоразрешения является нарастание степени тяжести нефропатии.

Терапия нефропатии, основанная на влиянии на известные звенья патогенеза заболевания, носит комплексный характер. Она направлена на:

- создание лечебно-охранительного режима;
- устранение сосудистого спазма и снижение артериального давления;
- нормализацию осмотического и онкотического давления;
- устранение гипоксии и метаболических нарушений;
- улучшение реологических свойств крови и нормализацию системы гемостаза;
- поддержание функции жизненно важных органов;
- профилактику и лечение гипоксии и гипотрофии плода

Преэклампсия— промежуточная стадия между нефропатией и эклампсией. При развитии преэклампсии к клинической картине гестоза присоединяются симптомы, указывающие на нарушение функций центральной нервной системы.

Больные жалуются на головную боль, боли в эпигастральной области, нарушение зрения, тошноту и рвоту — признаки гипертензивной энцефалопатии. Происходит нарастание всех симптомов: АД повышается до 180/110 мм рт.ст. и более, увеличиваются отеки.

Для артериального давления характерен быстрый подъем с одновременным уменьшением его амплитуды. При исследовании глазного дна обнаруживают резкий ангиоспазм артериол, кровоизлияние, отек и отслойку сетчатки. Нарастает азотемия, гипоксия, развивается выраженный ацидоз, ухудшаются функции всех жизненно важных органов, снижается маточно-плацентарный кровоток, прогрессирует хронический ДВС-синдром. Любой раздражитель может привести к развитию судорожного припадка.

При возникновении симптомов преэклампсии (головная боль, неясное зрение, боли в эпигастральной области) беременную немедленно госпитализируют в родильное отделение многопрофильной больницы. До приезда бригады «скорой помощи» проводится гипотензивная терапия (сернокислый магний) с применением транквилизаторов (реланиум, седуксен).

Эклампсия — самая опасная стадия гестоза, характеризующаяся быстрым нарастанием мозговых симптомов и появлением судорожных припадков. Опасность припадка эклампсии заключается в том, что во время припадка может произойти кровоизлияние в сетчатку глаз, в мозг или другие жизненно важные органы, в связи с чем возможны потеря зрения и летальный исход. Развитию эклампсии предшествуют симптомы, которые свидетельствуют о значительном раздражении центральной нервной системы.

Исходами тяжелых форм гестоза и эклампсии могут стать:

- сердечная недостаточность, сопровождающаяся отеком легких;
- тромбозы, отек мозга, кома;
- ДВС-синдром с нарушением кровоснабжения жизненно важных органов и кровотечениями;
- печеночная недостаточность;
- почечная недостаточность;
- острый респираторный дистресс-синдром (РДС);
- кровоизлияние и отслойка сетчатки глаза;

- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- гипоксия, гипотрофия, смерть плода;
- преждевременные роды.

Целью диспансеризация беременных в женской консультации при гестозе является сохранение физиологического течения беременности и родов, здоровье женщины, обеспечение правильное развитие плода и рождение здорового ребенка.

Диспансеризации подлежат все беременные женщины, начиная с самых ранних сроков беременности (до 12 недель) и родильницы, перенесшие ПГ, кровотечение или воспалительные заболевания во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

При первом обращении женщины по поводу беременности необходимо:

- Собрать общий и специальный анамнез, обратив особое внимание на наследственность, перенесенные заболевания (общие и гинекологические), операции, переливания крови, особенности менструальной, генеративной функции.
- Отметить течение и исход предыдущих беременностей (токсикозы, недонашивание, мертворождения, операции в родах, масса новорожденных, осложнения после родов и абортов и др.).
- При наличии экстрагенитальных заболеваний определить их характер (острый, хронический, обострения), принимаемое медикаментозное лечение, наблюдение у специалистов. Уточнить состояние здоровья мужа, характер производства (наличие профессиональной вредности, вредные привычки).
- Составить индивидуальный план наблюдения и обследования беременной.
- Провести беседу с женщиной и ее мужем о необходимости регулярного врачебного контроля и выполнения рекомендаций.

С целью эффективной профилактики и ранней диагностики гестозов в женской консультации должна быть выделена группа риска развития гестоза.

В эту группу включают беременных с экстрагенитальной патологией (гипертоническая болезнь, заболевания почек, печени, щитовидной железы, диабет, нарушения липидного обмена); пожилых и старых первородящих; беременных с многоводием, многоплодием, артериальной гипертензией; перенесших ранний токсикоз.

При каждом посещении беременной женской консультации обязательны следующие исследования: взвешивание (на одних и тех же весах); измерение артериального давления на обеих руках; анализ мочи (накануне посещения врача).

Кроме этого, всех беременных из группы риска развития гестоза, а также имеющих какие-либо отклонения, свидетельствующие о возможности возникновения гестоза, обследуют дополнительно для выявления скрытых отеков.

О наличии последних свидетельствуют:

- увеличение массы беременной на 15—20% выше расчетной (еженедельная прибавка массы тела, превышающая 22 г на каждые 10 см роста, т.е. более 55 г на каждые 10 кг исходной массы);
- симптом «кольца» (нельзя надеть или снять обручальное кольцо из-за увеличения объема пальца);
- увеличение окружности голеностопного сустава более чем на 1 см в нед.;
- проба Мак-Клюра—Олдрича: при внутрикожном введении (на внутренней поверхности предплечья) 0,1 мл изотонического раствора натрия хлорида папула у здоровых женщин исчезает не ранее чем через 30 мин; ускоренное рассасывание папулы свидетельствует о повышенной гидрофильности тканей.

Для выявления сосудистой дистонии производят функциональную пробу с нагрузкой. Измеряют исходное артериальное давление, после чего женщине предлагают 10 раз в течение 10 секунд принять положение стоя. Трижды через каждые

5 минут измеряют артериальное давление. В норме артериальное давление не повышается, после нагрузки более чем на 10% от исходного уровня и к концу 5-й минуты возвращается к исходным цифрам.

Повышение давления более чем на 10% сразу после нагрузки и отсутствие динамики его снижения в течение 5—10 минут свидетельствуют о повышенной лабильности сосудистой системы и являются доклиническими признаками гестоза.

У всех женщин группы риска развития гестоза необходимо проводить профилактические мероприятия:

1) следить за тщательным выполнением всех рекомендаций по гигиене, начиная с ранних сроков беременности, — психотерапия, лечебная физкультура, ультрафиолетовое облучение, воздушные ванны, душ, обтирания, рациональное питание, соблюдение режима труда и отдыха, устранение физических и нервных перегрузок, длительное пребывание на свежем воздухе, увеличение физиологического сна до 9-10 ч в сутки (за счет дневного), нормализация корково-подкорковых взаимоотношений путем применения адаптогенов: настои элеутерококка (водный) по 20—25 капель 3 раза в день, валерианы по 0,25 стакана 3 раза в день, пустырника по 1 ст. ложка 3 раза в день;

2) применять рациональные методы лечения экстрагенитальных заболеваний;

3) лечить гипотонию (элеутерококк, женьшень, китайский лимонник, сапарал, аралия маньчжурская);

4) корректировать доклинические признаки гестоза:

а) при повышенной гидрофильности тканей ограничить поваренную соль до 6-7 г в сут.; включить в рацион диуретические средства (курагу, изюм, морковь, свежую капусту, отвары шиповника, березовых почек, арбуз, бруснику, ежевику); ограничить жидкость; ввести разгрузочные дни (яблочные, творожные); тщательно контролировать в течение 2-3 дней водный баланс; проводить повторный осмотр — через 3 дня после назначенного лечения;

б) при повышенной лабильности сосудистой системы выполнять все мероприятия, перечисленные в п. 1; применять средства, нормализующие сосудистый тонус и укрепляющие сосудистую стенку (настои пустырника, элеутерококка, боярышника, шиповника, рутин, галаскорбин);

5) немедленно госпитализировать беременных при гестозе (2 балла и выше по шкале Виттлингера); нарастающих отеках; возрастании артериального давления на 30% и больше при имевшейся ранее артериальной гипотонии.

Госпитализация осуществляется прямо с амбулаторного приема по скорой помощи. При высоких цифрах артериального давления (165/90 мм рт.ст. и выше) беременной в женской консультации следует ввести гипотензивные препараты и сделать отметку о лечении в направлении на госпитализацию.

Профилактика позднего гестоза

Данные патогенеза позднего гестоза указывают на сложнейшие нарушения в жизненно важных органах и системах регуляции и не позволяют возлагать большие надежды на эффективность лечения. Клинические наблюдения подтверждают, что на современном этапе развития медицины вылечить тяжелый ПГ практически невозможно. Современные методы лечения с включением интенсивной инфузионно-трансфузионной терапии, в лучшем случае, могут предотвратить переход ПГ в более тяжелую форму. И только своевременное родоразрешение (удаление плода и плаценты, как основной причины развития ПГ), нередко производимое при недоношенной беременности, позволяет сохранить жизнь женщины и ее плода.

Итак, лечение мало эффективно, но профилактика ПГ дает хорошие результаты.

Вместо широко применяемых гипотензивных препаратов (дибазол, папаверин, клофелин, эуфиллин), а так же таких средств, как рутин, метионин, глюконат кальция,

оротат калия, разнообразные мочегонные, рекомендуется использовать антиагреганты (трентал, курантил, агапурин, теоникол) в сочетании с другими средствами сходного действия.

Эти препараты более патогенетически обоснованы, так как обладают активным реологическим действием, улучшают микроциркуляцию, периферическое и мозговое кровообращение, снижают агрегацию тромбоцитов. Медикаментозная профилактика может проводиться только со второго триместра беременности, так как в первом триместре (период эмбриогенеза, плацентации) лекарственную терапию следует применять так мало, как это возможно.

С 14 недельного срока - начинается наиболее интенсивный рост плода и плаценты, требующий оптимально адекватного кровоснабжения и полного энергетического обеспечения. У беременных с факторами риска, именно, с этого срока начинает формироваться хроническая плацентарная недостаточность, возникает дефицит обеспечения плода энергетическими продуктами (липиды, белки, глюкоза) как следствие системной, органной и иммунной патологии в материнском организме.

Отсутствие коррекции предсуществующей патологии в эти сроки приводит к нарушению синтеза и баланса простаноидов прессорного, агрегантного, вазоконстрикторного действия и простаноидов депрессорного, антиагрегантного и сосудорасширяющего влияния.

У беременных с факторами риска по развитию ПГ рекомендуется с 14недельного срока гестации назначать т р е н т а л (агапурин) по 200 мг 2 раза в день в течение 4 недель. Последующие курсы проводят в сроки 20—23, 26-29, 32-35 недель беременности по показаниям - с 37 недель еще в течение 3-4 недель вплоть до родоразрешения.

Трентал повышает эластические свойства мембран эритроцитов, улучшает их деформабельность, снижает вязкость крови, увеличивает капиллярный кровоток, снижает сопротивление сосудов, уменьшает силу спастического сокращения прекапиллярных сфинктеров артериол, высвобождает простациклин из эндотелия сосудов.

В зависимости от характера экстрагенитальной патологии трентал сочетают с другими лекарственными средствами.

У беременных с а р т е р и а л ь н о й г и п е р т е н зией трентал назначают вместе с эуфиллином (теофиллином) по 0,12 раза (в свечах, таблетках). Эти препараты также обладают сочетанным действием спазмолитическим, мочегонным, антиагрегантным).

1-2 раза на протяжении беременности проводят курс лечения витамином В6 по 2 мл внутримышечно ежедневно № 10. Витамин В6 регулирует белковый и липидный обмен путем воздействия на метаболизм полиненасыщенных жирных кислот. При этом переход линолевой кислоты в арахидоновую возможен только при участии витамина В6.

Во II и III триместрах беременности проводят курс (№ 15) инъекций церебролизина (5 мл. в/м), содержащего 18 аминокислот.

При а р т е р и а л ь н о й гипотонии (нейроциркуляторная дистония по гипотоническому типу) трентал назначают вместе с ноотропилом и фитином.

Снижение системного АД (90/60 - 80/50 мм рт. ст.) приводит к несоответствию между потребностью мозговой ткани в кислороде и низким кровотоком в артериолах, что обуславливает преходящие нарушения мозгового кровотока (транзиторные ишемические атаки, приступы головных болей). Низкий тонус артериол и вен может нарушить венозный отток и увеличить внутримозговую гипертензию.

Возможна профилактика ПГ у беременных с л а т е н т н о й ф о р м о й х р о н и ч е с к о г о г л о м е р у л о н е ф р и т а (ХГН) малыми дозами (80 мг/сут.) аспирина в сочетании с курантилом (225 мг/сут.). Сочетание медикаментозных препаратов основано на свойствах аспирина в малых дозах снижать продукцию

тромбоксана путем избирательного подавления тромбоцитарной циклооксигеназы. Кроме того препараты устраняют дисбаланс между синтезом и содержанием простациклина и тромбоксана, вызывают антиагрегантный эффект, снижают чувствительность сосудов к ангиотензину II. В отличие от малых доз, большие дозы аспирина уменьшают также продукцию простациклина в эндотелии сосудов, что при беременности опасно. Курантил угнетает фазы агрегации тромбоцитов, реакцию их освобождения.

При хроническом пиелонефрите у беременных кроме антиагрегантной терапии назначаются противовоспалительная: антибиотики (ампициллин, оксациллин, гентамицин), нитрофураны (фуразалидон, фурадомин), препараты налидиксовой кислоте (невиграмон, неграм), производные оксихинолина (5 НОК, нитроксалин).

Сочетания перечисленных препаратов применяют не менее 3-4 недель, начиная с 20 нед. срока беременности, а также по показаниям (щелочная реакция мочи, бессимптомная бактериурия, лейкоцитурия, выявленные при ультразвуковом исследовании расширения почечных лоханок, появления дизурических симптомов).

Наличие хронической инфекции мочевыводящих путей представляет определенную опасность инфицирования плода. Гестоз у этих больных развивается по принципам наличия хронического воспалительного процесса, снижения иммунитета и реактивности.

Таким образом, основной акцент в медикаментозной профилактике ПГ должен быть смещен на улучшение кровотока в зоне капиллярного кровообращения и микроциркуляции. Именно, микроциркуляторное звено является главным в жизнеобеспечении органов и тканей, так как действие всей сердечно-сосудистой системы направлено на капиллярную микроциркуляцию и оптимальный тканевый обмен.

Все указанные препараты (кроме антибактериальных), применяемые во втором и третьем триместрах беременности, оказывают воздействие на сосудисто-тромбоцитарное звено плаценты, которое при ПГ поражается первым. Одни препараты этого комплекса воздействуют на стенку сосуда, усиливая синтез простациклина, что сохраняет антитромботическую активность эндотелия. Другие - снижают синтез тромбоксана и восстанавливают нарушенный простаноидный обмен. Третьи - усиливают антифибринолитическую активность крови.

Предупреждение нарушения микроциркуляции в плаценте, развития плацентарной недостаточности и внутрисосудистого свертывания крови — являются сегодня главными факторами профилактики этого распространенного, тяжелого и часто непредсказуемого осложнения беременных.

Поздний гестоз много лет остается ведущей проблемой в акушерстве, так как является основной причиной материнской и перинатальной смертности. Сущность этого осложнения заключается в иммуннологических нарушениях, которые поражают стенку сосудов и приводят к спазму артериол, повышению проницаемости сосудистой стенки, активизации сосудисто-тромбоцитарного звена, повышению вязкости крови, агрегации эритроцитов, тромбоцитов и в конечном итоге - формированию ДВС синдрома и полиорганной недостаточности.

Снижение ОЦК, уменьшение перфузионного давления и сердечного выброса сочетаются с высоким периферическим сосудистым сопротивлением, многочисленными микро- и макроциркуляторными нарушениями.

Разнообразие клинических вариантов тем не менее сводится к известному синдрому: гипертензия, протеинурия, отеки. Однако, этот синдром характерен и для ряда экстрагенитальной патологии: гипертоническая болезнь, хронический пиелонефрит, хронический гломерулонефрит. Поэтому очень важным является своевременная диагностика развивающегося позднего гестоза, а так же применение

профилактических мероприятий по предупреждению осложненного течения беременности.

Перспективным в лечении позднего гестоза представляется использование препаратов, коррегирующих ОЦК, систему микроциркуляции и гемостаза. Улучшение гомореологии (снижение вязкости и гиперкоагуляционных свойств крови) и повышение перфузионного давления нормализуют кровоток и микроциркуляцию в органах, что улучшает клиническую симптоматологию и прогноз этого осложнения.

Следует помнить, что традиционная терапия без включения целенаправленного воздействия на гемостаз и агрегацию не приведет к нормализации реологических и коагуляционных свойств крови при позднем гестозе.

Проблема позднего гестоза, по-видимому, не будет разрешена до выяснения истинной сущности иммунологических нарушений, наступающих после 20- недельного срока гестации.

Изменения, выявляемые в первом и в начале второго триместров беременности, касаются, прежде всего наличия существующей экстрагенитальной или нейроэндокринной патологии, на фоне которой поздний гестоз развивается особенно легко.

Следует подчеркнуть, что выделение групп риска по развитию этого тяжелого осложнения и применение с профилактической целью антиагрегантной и спазмолитической терапии, может дать хорошие результаты.

Особо важное значение в снижении частоты и тяжести позднего гестоза имеет преемственность в работе женской консультации и стационара, направленная на предупреждение развития особо тяжелых (критических) форм этой патологии.

❖ ***Группа риска невынашивания беременности***

Профилактика и лечение невынашивания беременности — одна из наиболее актуальных социально-медицинских проблем современного научного и практического акушерства. Социальная значимость невынашивания определяется большим удельным весом этой патологии в комплексе факторов, приводящих к снижению рождаемости в стране.

Привычный выкидыш — самопроизвольное прерывание беременности 2 раза и более. Его частота в популяции равна 2%. В структуре невынашивания беременности она колеблется от 5 до 20%.

Возможные этиологические факторы

На протяжении всего изучения этой проблемы было предложено множество причин, которые в той или иной степени могли бы приводить к привычному невынашиванию.

Генетические факторы родителей (5%): хромосомные нарушения; дефект одного гена; нарушения, связанные с Х-хромосомой; многофакторные причины.

Анатомические причины (12%): врожденные; неполное слияние мюллеровых протоков или внутриматочная перегородка; воздействие диэтилстилбестрола; аномалии маточных артерий; аномалии шейки матки; приобретенные; патология шейки матки; синехии; лейомиома матки; эндометриоз, аденомиоз.

Эндокринные факторы (17%): недостаточность лютеиновой фазы цикла; синдром поликистозных яичников; заболевания щитовидной железы; сахарный диабет; гиперандрогенные состояния; расстройства секреции пролактина.

Инфекционные факторы (5%): бактериальные; вирусные; паразитарные; зоонозы; грибковые.

Иммунологические факторы (50%): гуморальные механизмы; антифосфолипидные антитела; антиспермальные антитела; антитрофобластические

антитела; дефицит блокирующих антител. Клеточные механизмы: ТН1 клеточный иммунный ответ на антигены непродуктивного процесса (эмбрио/трофобласттоксические факто-ры/цитокины); ТН2 дефицит цитокинов, факторов роста и онкогенов; дефицит супрессорных факторов и клеток; экспрессия антигенов главного комплекса гистосовместимости.

Другие факторы (10%): влияние внешней среды; прием некоторых лекарственных препаратов; аномалии плаценты; соматические заболевания; заболевания сердечно-сосудистой системы; заболевания почек; гематологические заболевания; мужские факторы; диссинхронная фертилизация; коитус; физические упражнения.

Наиболее достоверной причиной привычного невынашивания беременности являются хромосомные нарушения. Повторные выкидыши, как правило, происходят на одной и той же стадии беременности. Хромосомные нарушения могут приводить к нарушению беременности уже с момента гестации, хотя чаще всего выкидыши происходят в сроках до 11 недели беременности.

Прерывание беременности вследствие анатомических аномалий могут происходить как в I, так и во II триместрах беременности. Выкидыши, обусловленные избытком или недостатком тех или иных гормонов, чаще всего случаются до 10 недели беременности, в то время как аутоиммунные процессы нарушают течение беременности, как правило, после 10 недель. Другие факторы могут приводить к прерыванию беременности в любом триместре.

Диагностика

Обследование любой женщины с привычным невынашиванием беременности должно начинаться с подробного сбора анамнеза.

Особое внимание обращается на наличие перенесенных гинекологических заболеваний и хирургических вмешательств, профессиональных условий труда и привычных интоксикаций. Тщательно изучается история каждой беременности.

При изучении истории беременностей отмечают:

- самостоятельно ли наступали беременности, общее число беременностей;
- как протекали беременности;
- какой мониторинг проводился;
- какие лекарственные препараты принимались;
- на каком сроке происходило прерывание беременности;
- были ли попытки сохранить беременность;
- какими препаратами и в каких дозах пользовались; результаты анализов и дополнительных методов исследования, проводившихся во время беременности;
- результаты исследования соскоба остатков плодного яйца.

Физикальное обследование включает определение роста, веса, артериального давления, общих признаков метаболических нарушений. Выявляются проявления гиперандрогенемии, обследуются молочные железы на предмет галактореи. Проводится тщательное гинекологическое обследование и УЗИ органов малого таза.

Лабораторная диагностика

Лабораторная диагностика направлена на выявление генетических, анатомических, эндокринных, инфекционных и иммунологических нарушений.

Ниже приведен перечень основных тестов для обследования женщины с привычным невынашиванием беременности.

- ✓ Кариотипирование семейной пары.
- ✓ Оценка состояния полости матки.
- ✓ Оценка лютеиновой фазы менструального цикла.
- ✓ Определение концентрации ТТГ.
- ✓ Определение волчаночного антикоагулянта.

- ✓ Определение антикардиолипиновых антител класса IgG и IgM.
- ✓ Определение антифосфатидилсериновых антител класса IgG и IgM.
- ✓ Эмбриотоксические факторы.
- ✓ Подсчет количества тромбоцитов.

Проведение цитогенетических исследований рекомендуется всем парам, в которых женщина младше 35 лет. Кариотипирование может быть ненужным в том случае, если все равно будет проводиться кариотипирование плода, к примеру, если женщина старше 35 лет. В случае обнаружения любых цитогенетических аномалий пара должна быть направлена на консультацию к генетику.

Изучение состояния полости матки и выявление пороков развития матки возможно с помощью гистеросальпингографии, УЗИ, соногистерографии и гистероскопии.

Для оценки лютеиновой фазы менструального цикла используется целый ряд методик: измерение базальной температуры, определение концентрации прогестерона, ультразвуковой мониторинг и биопсия эндометрия.

Измерение концентрации ТТГ в сыворотке крови позволяет оценить функцию щитовидной железы. Как уже отмечалось выше, как недостаточность, так и гиперфункция щитовидной железы могут влиять на течение беременности. Ряд авторов считает, что наличие антитиреоидных антител может быть одной из причин привычного невынашивания беременности, в то же время эти антитела выявляются и у женщин, нормально вынашивающих беременность. В связи с этим вопрос о необходимости выявления антитиреоидных антител при обследовании женщин с привычным невынашиванием остается открытым.

При оценке инфекционного статуса пациентки определяется наличие гонококков, трихомонад, хламидий и признаков бактериального вагиноза. Возможно также определение титра антител к токсоплазме, вирусу краснухи, цитомегаловирусу и вирусу герпеса.

Основными иммунологическими тестами при привычном невынашивании беременности являются: определение волчаночного антикоагулянта и антикардиолипиновых (aCL) и антифосфатидилсериновых (aFS) антител класса IgG и IgM. С целью подтверждения положительного результата тесты на aCL и aFS должны быть обязательно повторены в интервале 6-8 недель, так как нередко первоначально слабоположительные и даже положительные результаты могут при повторном анализе оказаться отрицательными. Слабоположительные результаты не имеют клинического значения, а транзиторное повышение титров aCL часто наблюдается при различных вирусных инфекциях.

Антифосфатидилсерин часто обнаруживается в сыворотке женщин с антифосфолипидным синдромом, которые также серопозитивны к aCL, что может предполагать наличие перекрестной реакции между аутоантителами. Определение aFS имеет большое клиническое значение в связи с тем, что антифосфатидилсерин способен ингибировать образование синцитиотрофобласта, как это было показано в исследованиях на животных.

Диагностика вне беременности

При ведении пациенток с привычным невынашиванием необходимо обследование состояния репродуктивной системы супругов вне беременности:

- ✓ гистеросальпингография на 18—20 день цикла для исключения порока развития матки, внутриматочных синехий, истмикоцервикальной недостаточности;
- ✓ УЗИ — для оценки состояния матки и придатков, исключения поликистозных яичников;
- ✓ гормональное обследование;
- ✓ бактериологическое и вирусологическое исследования;
- ✓ гемостазиограмма, волчаночный антикоагулянт и другие аутоан- титела;

✓ спермограмма супруга.

После проведенного обследования проводят подготовку к беременности с учетом состояния системы репродукции и основного причинного фактора невынашивания беременности.

При неполноценной лютеиновой фазе, обусловленной дисфункцией яичников, назначают циклическую гормональную терапию, при необходимости — стимуляцию овуляции клостилбегитом по 50 мг в течение 5 дней, начиная с 5-го дня цикла.

При недостаточности лютеиновой фазы, обусловленной нарушением рецепторного аппарата эндометрия, применяют иглорефлексотерапию, электрофорез меди с 5-го дня цикла (всего 15 процедур).

При гиперандрогении надпочечникового генеза назначают дексаметазон по 0,5—0,125 мг в вечернее время до нормализации уровня экскреции 17-КС. При гиперандрогении яичникового генеза в течение 2—3 циклов применяют дюфастон, утрожестан или норколут с 18 по 26 день цикла, затем проводят стимуляцию овуляции клостилбегитом на фоне приема дексаметазона в дозе, обеспечивающей нормальный уровень 17-КС в моче. При смешанном генезе гиперандрогении подготовка к беременности заключается в нормализации обменных процессов, назначении седативных средств, проведении стимуляции овуляции клостилбегитом на фоне приема дексаметазона. С наступлением беременности у пациенток с гиперандрогенией продолжается прием дексаметазона.

Диагностика во время беременности:

✓ определение базальной температуры в первые 12 недель беременности;

✓ динамическое определение уровня ХГ в 1 триместре.

Поскольку хорионический гонадотропин вырабатывается трофобластом, нарушение его функции, отслойки, дистрофические, дегенеративные изменения приводят к снижению уровня экскреции ХГ.

Для оценки течения беременности важна не только величина ХГ, но и отношение величины пика ХГ к сроку беременности. Слишком раннее появление пика ХГ в 5—6 недель, как и позднее появление в 10—12 недель и еще в большей степени отсутствие пика ХГ свидетельствует о нарушении функции трофобласта, а значит, и желтого тела беременности, функцию которого поддерживает и стимулирует хорионический гонадотропин.

Следует отметить, что раннее появление ХГ и высокий его уровень могут быть при многоплодной беременности. При неразвивающейся беременности ХГ иногда сохраняется на высоком уровне, несмотря на гибель эмбриона. Это обусловлено тем, что оставшаяся часть трофобласта продуцирует ХГ, несмотря на гибель эмбриона. Прерывание беременности в I триместре в большинстве случаев есть результат несостоятельности трофобласта как эндокринной железы.

✓ определение содержания 17-КС и дегидроэпиандростерона (ДЭЛ) в суточной моче и 170П и ДЭА-S в крови у женщин с гиперандрогенией.

В каждой лаборатории имеются свои нормативы уровня 17-КС, с которыми следует сравнивать полученные данные. Необходимо напомнить пациенткам о правилах сбора суточной мочи, необходимости диеты без красящих красно-оранжевых продуктов в течение трех дней до сбора мочи. При неосложненной беременности существенных колебаний в экскреции 17КС в зависимости от срока беременности нет. В норме наблюдаются колебания от 20 до 42 нмоль/л (6-12 мг/сут). В норме уровень ДЭА составляет 10% экскреции 17-КС.

✓ Пренатальная диагностика. В 10—13 и 17—20 недель для исключения врожденной патологии плода необходимо проводить УЗИ (с определением толщины воротникового пространства до 14 недель и носовой кости) и исследование уровней ХГ, РАР и α-фетопротеина, эстриола в крови матери. Повышение ХГ выше нормативных параметров для этого срока, снижение эстрадиола и α-фетопротеина

позволяет заподозрить болезнь Дауна у плода.

Дифференциальную диагностику начавшегося аборта следует проводить со злокачественными и доброкачественными заболеваниями шейки матки или влагалища, нарушениями менструального цикла, пузырным заносом, внематочной беременностью.

Лечение в I триместре беременности.

I триместр беременности является наиболее сложным периодом беременности и во многом определяет ее течение. В этот период происходит формирование плаценты, эмбриогенез, возникают сложные взаимоотношения организма матери и плода. Лечение в этот период должно проводиться так, чтобы не нарушать эти сложные процессы, чтобы применяемые средства не давали тератогенного или эмбриотоксического эффекта.

Медикаментозные средства, в том числе и гормональные, должны назначаться по строгим показаниям в минимально эффективных дозах:

- соблюдение постельного режима;
- спазмолитические средства: метацин 1 мл (0, 1% раствора в/м), баралгин (2 мл), но-шпа (2 мл 2% раствора в/м 2—4 раза в сутки), папаверина гидрохлорид (2 мл 2% раствора в/м 2—3 раза в сутки);
- седативные средства (отвар пустырника, валерианы);
- гормональная терапия (дюфастон 10—20 мг или прогестерон 2,5% 1,0-2,0 мл);
- профилактика плацентарной недостаточности (полиненасыщенные жирные кислоты, каротиноиды, Актовегин, цитохром С, токоферолы, аскорбиновая кислота, метилксантины);
- применение иммунокорректоров (человеческий иммуноглобулин внутривенно капельно в дозе 25,0 мл через день № 3, гамимун или октагам 2,5 г внутривенно через 2 дня № 2—3). Может быть рекомендована иммуноцитотерапия лимфоцитами мужа;
- гипербарическая оксигенация, кислородный коктейль;
- фитотерапия;
- коррекция микробиоценоза гениталий;
- регуляция стула (борьба с запорами);

Комплексное лечение во II триместре беременности:

- постельный или полупостельный режим;
- острый токолиз препаратами, снижающими активность миометрия: сернокислая магнезия (длительное внутривенное введение раствора), β-адреномиметики (партусистен, бриканил, гинипрал, ритодрин и др.), этанол (10% этиловый спирт внутривенно капельно), антагонисты кальция (нифедипин, изоптин, финоптин, верапамил), ингибиторы простагландинсинтетазы (индометацин и др.);
- применение аналогов прогестерона в I и II триместрах беременности (дюфастон по 10—40 мг в сутки per os)
- в ряде случаев применение кортикостероидов (дексаметазон, метипред);
- фитотерапия;
- витаминотерапия (токоферолы и др.);
- применение немедикаментозных средств для снижения сократительной деятельности матки: электрорелаксация, чрезкожная электронейростимуляция (ЧЭНС), электроаналгезия, иглорефлексотерапия (ИРТ), электрофорез магния синусоидальным модулированным током (СМТ) и др.;
- регуляция стула (борьба с запорами);
- спазмолитики: метацин 1 мл (0,1% раствора в/м), но-шпа (2 мл 2% раствора в/м 2—4 раза в сутки), папаверина гидрохлорид (2 мл 2% раствора в/м 2—3 раза в сутки).

Острый токолиз осуществляют путем внутривенного введения β-адреномиметиков, которые действуют на β-адренорецепторы и вызывают релаксацию

матки.

Противопоказания к применению β-адреномиметиков следующие: тиреотоксикоз, глаукома, сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания (стеноз устья аорты, идиопатическая тахикардия, нарушение сердечного ритма, врожденные и приобретенные пороки сердца), внутриматочная инфекция или подозрение на нее, многоводие, кровяные выделения при предлежании плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, уродства плода, подозрение на несостоятельность рубца на матке.

Применение β-адреномиметиков (гинипрала, партусистена, бри- канила, ритодрина) для подавления сократительной деятельности матки заключается в следующем: 0,5 мг партусистена или 0,5 мг бриканила разводят в 250—400 мл изотонического раствора натрия хлорида и вводят внутривенно капельно, начатая с 5-8 капель в минуту, и постепенно увеличивают дозу до прекращения сократительной активности матки. Средняя скорость введения раствора — 15—20 капель в минуту в течение 4-12 ч. В случае положительного эффекта, за 15—20 минут до окончания введения препарата, его начинают давать внутрь: партусистен и бриканил в дозе 5 мг (1 таблетка) 4-6 раз в сутки или по 2,5 мг через 2—3 часа. Через 2-3 дня в случае отсутствия сократительной деятельности матки дозу токолитиков начинают уменьшать и постепенно снижают в течение 8—10 дней.

Минитоколиз осуществляют с 13—14 недели беременности; β -адреномиметики дают в микродозах в таблетках (по 5 мг в сутки, разбивая на несколько приемов).

Особенности применения сульфата магния при токолизе

1. Токолиз следует начинать с ударной дозы, равной 5-6 г сухого вещества, разведенного в 5% растворе глюкозы, или ввести это же количество в 25% растворе сульфата магния через инфузомат за 15 минут.

2. Переход на поддерживающую дозу (40 г сухого вещества сульфата магния на 1 л 5% раствора глюкозы). Скорость введения — 2 г сухого вещества в час (50 мл раствора в час).

3. Увеличивать скорость введения раствора на 1 г/ч до тех пор, пока частота сокращений матки не снизится до 1 схватки за 10 минут или не будет достигнута скорость инфузии 4-5 г/ч.

4. Далее следует придерживаться скорости инфузии, равной 125 мл раствора (5 г сухого вещества) в час. Осуществлять тщательное слежение за мочеотделением (при необходимости применять постоянный катетер).

5. При достижении необходимого эффекта продолжать токолиз в течение 12—24 часов.

6. По окончании токолиза снижать скорость введения на 1 г/ч через каждые 30 минут. Инфузия прекращается при достижении скорости введения, равной 2 г/ч.

7. При возобновлении сокращений матки надо решить вопрос о повторении токолиза. Следует предпринять дополнительные усилия по выявлению этиологии преждевременных родов (амнионит или диагностированная отслойка нормально расположенной плаценты). Возможно, следует произвести амниоцентез.

8. При использовании сульфата магния следует ежечасно определять сухожильные рефлексы, следить за частотой дыхательных движений, проверять водный баланс каждые 2—4 ч.

9. Уровень Mg в крови следует определять только при скорости введения более чем 4 г/ч.

Особенности применения ингибиторов простагландинсинтетазы (индометацина) при токолизе.

1. Ограничить применение индометацина только для случаев с гестационным сроком менее 32 недель и с нормальным объемом околоплодных вод. Начальная доза составляет 100 мг per rectum или 50 мг per os. При отсутствии эффекта повторить дозу

через час.

2. Назначать по 25—50 мг каждые 4—6—12 ч в течение 48 ч.

3. Определить объем околоплодных вод до начала токолиза, а затем через 48—72 ч. При выявлении маловодия следует прекратить применение лекарства или уменьшить дозу в отдельных случаях.

4. Лекарство не следует применять дольше 48 ч. При необходимости можно повторить лечение после 5-дневного перерыва. Применение индометацина более 48 ч допустимо только в исключительных обстоятельствах. С помощью допплеровской эхокардиографии следует проверять кровоток в легочном стволе и оценивать выраженность регургитации на уровне трикуспидального клапана. Не реже 1 раза в неделю повторять исследование и прекратить терапию при выявлении признаков уменьшения шунтирования. Объем околоплодной жидкости следует оценивать 2 раза в неделю.

Противопоказаниями к применению индометацина со стороны плода являются: задержка развития плода, аномалии почек, хориоамнионит, маловодие, пороки сердца с вовлечением в процесс легочного ствола и синдром трансфузии при двойнях.

Особенности применения антагонистов кальция (нифедипина) при токолизе

Нифедипин обычно назначают в дозе 10-20 мг каждые 6 часов per os. При выраженной клинике угрожающих преждевременных родов назначают сублингвально 3 дозы по 10 мг нифедипина с интервалом в 20 минут, после чего переходят к приему per os каждые 6 ч.

С целью ограничения длительности применения медикаментозных средств целесообразно использовать немедикаментозные виды терапии: применение немедикаментозных средств для снижения сократительной деятельности матки: электрорелаксация, чрескожная электронейростимуляция (ЧЭНС), электроаналгезия, иглорефлексотерапия (ИРТ), электрофорез магния синусоидальным модулированным током (СМТ) и др.

Немедикаментозные методы терапии при угрозе прерывания беременности

Электроаналгезия.

В патогенезе прерывания беременности большую роль играет функциональное состояние центральной нервной системы. Невынашивание беременности чаще всего возникает у больных с лабильной нервной системой, часто и длительно болеющих в пубертатном возрасте. Большое значение в прерывании беременности имеет эмоциональное напряжение беременной женщины, неоднократное прерывание желанной беременности, страх перед новым выкидышем, неустойчивость семейных отношений и т.д. Все это создает неблагоприятный фон для прогрессирования беременности. Поэтому патогенетически обоснованным является назначение электроаналгезии импульсными токами.

Терапию импульсными токами производят с помощью отечественного аппарата «Электронаркон-1» с использованием фронтомастоидального отведения электродов. Курс лечения составляет 8—10 процедур длительностью 1—1,5 ч. Параметры тока подбираются в зависимости от пороговых ощущений больной с учетом клинических проявлений угрозы прерывания беременности.

При проведении процедур у большинства больных наблюдается седативный эффект. Женщины становятся спокойнее, верят в благоприятный исход беременности, сон у них нормализуется. Применение электроаналгезии у этой категории больных позволяет уменьшить объем медикаментозной терапии, а в ряде случаев отказаться от нее.

Электрофорез магния синусоидальным модулированным током. Электрофорез — сочетанное действие на организм постоянного электрического тока (непрерывного или импульсного) и вводимого с его помощью лекарственного вещества. Лекарственные препараты диссоциируют на ионы и проникают в эпидермис и верхние

слои дермы. Образующееся кожное депо обуславливает продолжительное лечебное действие (до нескольких суток). Наибольшей проницаемостью для лекарств обладает кожная зона живота.

Электрофорез магния СМТ по принципу рефлекторно-сегментальной терапии осуществляют с помощью отечественных приборов «Амплипульс-3», «Амплипульс-4». Лечение проводят ежедневно с двухдневным перерывом после 5 процедур; на курс лечения приходится 10—15 процедур. Побочных явлений в процессе лечения не установлено. Электрофорез магния СМТ целесообразно проводить с профилактической целью после хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности, у женщин с отягощенным акушерским анамнезом в критические по угрозе прерывания беременности сроки.

Электрорелаксация матки. Механизм терапевтического действия электрорелаксации заключается в рефлекторном воздействии на матку через органоспецифические зоны кожи и непосредственно на миометрий.

Используется переменный синусоидальный ток в диапазоне частот 50—500 гц и силой тока до 10 м А по амплитудному значению. Электроды располагаются на передней брюшной стенке на 2 см ниже пупка и на пояснично-крестцовой области. Прокладки смачивают водопроводной водой. Аппарат для проведения электрорелаксации «Амплипульс-4». Параметры воздействия: режим 1, род работы 1, частота модуляций 100 Гц, глубина модуляций 100%, длительность процедуры 20—30 минут, проводится 1 раз в сутки, контроль за эффективностью осуществляется клинически. Курс лечения от 1 до 3 процедур.

При угрозе прерывания беременности с 15—16 недель электрорелаксация является методом выбора перед другими методами терапии угрозы прерывания, так как нет ятрогенного действия медикаментов, а эффект наступает в процессе процедуры. Электрорелаксация матки дает эффект быстрее, чем электрофорез магния СМТ, и может быть использована для оказания экстренной помощи при угрозе прерывания беременности.

Противопоказания к назначению электрорелаксации:

- отслойка плаценты;
- кровотечение;
- внутриутробная гибель плода;
- хориоамнионит;
- индивидуальная непереносимость воздействия.

Гипербарическая оксигенация.

(ГБО) — лечение кислородом под повышенным давлением в барокамерах (медицинских бароаппаратах). Принципы, на которых основывается данный метод, во многом обусловлены законами физики, регулирующими растворение газов в жидкостях организма и их распространение в тканях.

При нормальном атмосферном давлении даже дыхание чистым кислородом часто не в состоянии устранить кислородную недостаточность на уровне клеток органов и тканей. Единственным способом решить эту проблему является увеличение количества кислорода, переносимого кровью. Под давлением в условиях барокамеры кислород, растворяясь в плазме и межтканевой жидкости в необходимых количествах, попадает в органы и ткани, куда не доходит гемоглобин.

В комплекс терапии по сохранению беременности по возможности могут быть включены ГБО — воздействие на организм беременной женщины избыточного атмосферного давления в 1,3—1,5атм. в условиях барокамеры в течение 5—7 сеансов по 40 минут каждый. Гипербарическая оксигенация нормализует энергетический баланс клетки (антигипоксический эффект), активизирует биосинтетические и репаративные процессы, предупреждает образование токсических метаболитов и активизирует их разрушение и подавляет жизнедеятельность микроорганизмов

(антибактериальный эффект).

При назначении сеансов ГБО беременным женщинам учитывались абсолютные и относительные противопоказания.

Противопоказания к применению ГБО: эпилепсия в анамнезе, клаустрофобия, повышенная чувствительность к кислороду и др.

Иглорефлексотерапия (ИРТ). В основе рефлексотерапии лежит представление о том, что основные энергосистемы проходят по всему телу человека через так называемые меридианы, имея при этом свои акупунктурные (информационные) точки, которые строго локализованы.

Лечение в рефлексотерапии производится воздействием акупунктурными иглами на рефлексогенные зоны тела человека и акупунктурные точки, которые, с одной стороны, имеют многослойную структуру и через которые, с другой стороны, может проходить сразу несколько энергосистем.

Ключевым моментом грамотной терапии является определение энергонаполнения различных меридианов и выявление комбинации акупунктурных точек, необходимых для нормализации функции внутренних органов.

При угрозе невынашивания необходимо учитывать этиологию данного осложнения. Такие факторы, как истмико-цервикальная недостаточность, аномалии развития внутренних половых органов, не дают основания использовать данный метод в качестве основного лечебного. В подобных случаях ИРТ можно применять как метод профилактики спонтанного аборта после корригирующих операций. ИРТ проводят на фоне постельного режима, дието-, витаминотерапии, психокоррекции.

Психокоррекция.

Установлены два фактора, от которых зависят психологические характеристики женщин с невынашиванием беременности:

• I фактор — благоприятный исход беременности при невынашивании в анамнезе;

• II фактор — количество прервавшихся беременностей (спорадическое или привычное).

У пациенток с однократным самопроизвольным прерыванием беременности характерно неадекватное преодоление стресса — по типу гиперреакции на стрессовое событие. Для женщин с привычным невынашиванием, напротив гипореактивность.

Таким образом, психологическая диагностика личностных особенностей, локуса контроля должна быть использована в качестве скринингового метода для прогноза течения данной беременности у женщин с невынашиванием. Более того, необходимо проводить психокоррекцию на всех этапах лечения, желательно в предгравидарный период. Психотерапия в данном случае должна быть направлена на устранение личностного конфликта пациентки в материнской сфере и коррекцию механизмов преодоления стресса.

Парам, у которых хотя бы один партнер имеет врожденные генетические заболевания, рекомендуется обязательное консультирование с генетиком. В случае выявления робертсоновских транслокаций гомологичных хромосом рекомендуется проведение ЭКО с донорской яйцеклеткой или спермой в зависимости от того, у кого из партнеров выявились данные хромосомные нарушения.

Устранение всех мюллеровых аномалий производится оперативным путем. Для этой цели используются различные хирургические доступы. Так, в частности, для удаления внутриматочных перегородок наиболее часто применяется гистероскопический доступ. В последующем таким больным назначается курс циклической гормональной терапии для улучшения регенеративных процессов.

Наличие истмико-цервикальной недостаточности обычно требует наложения кругового (циркляжного) шва на шейку матки на 14—16 неделе беременности. Операция противопоказана при маточном кровотечении, регулярной родовой

деятельности и раскрытии наружного зева более чем на 4 см.

Вероятность возможности справиться с проблемой привычного невынашивания и родить здорового ребенка в настоящий момент достаточно высока. Успех во многом зависит от возраста матери и количества перенесенных выкидышей.

Очевидно, что большое значение имеет не только точное установление причины невынашивания, но и методичное построение тактики лечения пациентки, учитывающей все возможные последствия и результаты. Большое внимание должно уделяться раннему периоду беременности, поскольку в случае выявления сердечной деятельности плода на 5—7 неделе беременности вероятность удачного исхода беременности составляет в среднем 77%.

Важнейшее значение имеет *своевременная диагностика преждевременных родов.*

1. С целью выявления риска преждевременных родов в алгоритм обследования беременных следует включать:

- определение pH влагалищного содержимого, бактериоскопическое и бактериологическое исследования содержимого цервикального канала и заднего свода влагалища для количественного определения возможных возбудителей воспалительного процесса и их чувствительности к антибиотикам;
- исследование системы гемостаза: гемостазиограмма, как минимум, должна включать показатели агрегации тромбоцитов и маркеры хронического ДВС-синдрома (ПДФ, РКМФ, cl-димеры).
- выявление fFN (фетального фибронектина) в содержимом цервикального канала с 22 недель.
- использование тест-полоски прогнозирования преждевременных родов «Actim™partus», которая позволяет в течение 10 минут прогнозировать преждевременные роды за 7—10 дней до их начала.

2. Прогностически ценным в диагностике угрозы прерывания следует считать оценку состояния шейки матки методом трансвагинальной эхографии. Диагноз истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) ставится на основании определения длины сомкнутой части цервикального канала (менее 2,5 см), формы (V и U образная) шейки матки, расширение внутреннего зева (>5 мм). Эти данные должны быть верифицированы мануальным исследованием шейки матки, подтверждающим наличие мягкой, короткой шейки матки. Хирургическую коррекцию ИЦН целесообразно осуществлять путем наложения кругового или П-образных швов на шейку матки при возникновении клинических проявлений ИЦН, при отсутствии признаков инфекции и противопоказаний к сохранению беременности.

Комплексная терапия угрозы невынашивания беременности основана на следующих видах лечения:

1. постельный либо полупостельный режим;

2. (β-адреномиметики (партусистен, бриканил, гинипрал, ритодин и др.), антагонисты кальция (нифедипин, изоптин, феноптин, верапамил), ингибиторы простагландин-синтетазы (индометацин идр);

Подавление сократительной активности матки допустимо всеми методами «острого» токолиза: β-миметики, блокаторы Са-каналов (нифедипин), сульфат магния (не менее 10г сухого вещества), ингибиторы простагландин-синтетазы (НПВС). Длительность токолиза должна составлять не менее 48 ч (для экспозиции глюкокортикоидов).

При токолитической терапии необходимо учитывать сроки беременности, механизм действия токолитиков, возможные побочные эффекты. Токолитическая терапия в сроках от 16 до 26 недель осуществляется НПВС, после 26 недель —β-миметиками;

3. применение аналогов прогестерона в I и II триместрах беременности;

4. применение кортикостероидов под контролем стероидного профиля беременной;

5. витаминотерапия ограниченным количеством препаратов (витамин Е 400 мг в сутки, каротиноиды 100 МЕ, фолиевая кислота 400 МЕ в сутки);

6. спазмолитики: метацин, баралгин, но-шпа, папаверина гидрохлорид;

7. коррекция микробиоценоза генитального тракта;

8. фитотерапия (корень солодки);

9. применение немедикаментозных средств для снижения сократительной деятельности матки: электрорелаксация, чрескожная электронейростимуляция (ЧЭНС), электроанальгезия, иглорефлексотерапия (ИРТ), электрофорез магния синусоидальным модулированным током и др.;

10. регуляция стула — борьба с запорами (дюфалак , фитосборы).

Ведущее место в комплексной терапии угрозы самопроизвольного аборта в первом и во втором триместре беременности принадлежит аналогам прогестерона. Несмотря на противоречивость данных об их эффективности, ни врачи, ни пациентки пока не готовы от них отказаться.

Дюфастон является самым изученным гестагенным препаратом (он впервые был зарегистрирован в 1960г.). Этот активный прогестаген производится из растительного сырья — ямса и сои. Осложнения на начальных этапах гестации могут быть следствием как неполноценного стероидогенеза, так и недостаточности рецепторного аппарата эндометрия. Эти нарушения очень часто наблюдаются у женщин с инфекционной патологией репродуктивной системы. В подобных ситуациях терапевтический подход должен учитывать этиологию формирования неполноценной лютеиновой фазы и нивелировать неблагоприятные предрасполагающие факторы. При угрозе самопроизвольного аборта на фоне хронического воспалительного процесса половых органов, помимо назначения индивидуально подобранной этиологической терапии, необходимо применение Дюфастона, что позволяет снизить активность провоспалительных ферментов, нормализовать состояние эндометрия и обеспечить адекватный бластогенез и плацентацию.

Дидрогестрон имеет один активный метаболит, дигидродидрогестерон. Его активность в 20 раз выше активности прогестерона, таким образом, Дюфастон обладает высокой эффективностью в минимально низкой дозе — 10 мг. Именно низкодозированные препараты являются максимально безопасными и могут назначаться беременным пациенткам. Кроме того, метаболит Дюфастона взаимодействует только с рецепторами прогестерона, не проявляя другой гормональной активности. В отличие от других прогестагенов, Дюфастон химически не родственен тестостерону, поэтому у него полностью отсутствуют нежелательные андрогенные эффекты даже при длительном применении и применении в высоких дозах.

❖ ***Особенности ведения беременности после ЭКО***

Организм женщины, нуждающейся в репродуктивных технологиях, зачастую не способен без квалифицированной медицинской помощи выносить беременность. Именно поэтому 22—44% маточных беременностей не удается спасти. Частота прерывания беременности зависит от возраста женщины (менее 35 лет — 10,5%; 35-39 лет —16,1%, более 40 лет — 42,9%), от разновидности патологии, приведшей к бесплодию.

К особенностям течения беременности, возникшей в результате вспомогательных репродуктивных технологий, относят:

- ✓ тенденцию к невынашиванию;

- ✓ многоплодную беременность;
- ✓ повышенный риск пороков развития плода;
- ✓ высокий инфекционный индекс.

Поэтому ведение беременности после ЭКО должно быть акцентировано на следующих направлениях:

1) преодоление невынашивания беременности;

2) своевременная редукция эмбрионов (при наличии трех и более плодов), тщательное наблюдение и специфическая терапия нарушений, связанных с наличием двойни;

3) по возможности раннее выявление пороков развития плода.

Кроме того, необходимы профилактические действия, выполнямые при физиологически наступившей беременности (ранняя проилактика плацентарной недостаточности, профилактика дистресс-синдрома плода и т.д.) в стандартных объемах.

В I триместре 25—30% беременностей после ЭКО заканчивается ее прерыванием.

Причины угрозы прерывания после ЭКО:

- ➢ иммуногенетические:
- ➢ несовместимость по системе HLA(особенно II класса);
- ➢ «малые формы» хромосомных изменений у супругов вследствие их полиморфизма;
- ➢ антифосфолипидный синдром;
- ➢ циркуляция антител к ХГЧ;
- ➢ эндокринные;
- ➢ инфекционно-воспалительные.

При несовместимости по HLA-системе показано продолжение начатой в периоде предгестационной подготовки иммунотерапии отцовскими или донорскими лимфоцитами каждые 4 недели до 12—14 недель беременности. В качестве альтернативной терапии возможно применение высоких доз иммуноглобулина (иммуноглобулин человека нормальный по 50 мл трижды через день в/в капельно) через каждые 4 недели.

При выявлении аутоантител к ХГЧ проводят исследование системы гемостаза и назначают: глюкокортикоиды (преднизолон 5 мг, метилпреднизол 4—8 мг); антиагреганты при повышении агрегационной активности тромбоцитов (дипиридамол в дозе 75-150 мг в сутки, со II триместра беременности — ацетилсалициловая кислота по 500 мг через день или по 100 мг ежедневно в течение 14 дней); низкомолекулярные гепарины при вовлечении в патологический процесс плазменного звена (надропарин кальция по 0,3 мл, далтепарин кальция по 5000 МЕили эноксапарин натрия по 0,4 мл подкожно).

С целью воздействия на эндокринные причины невынашивания все беременные после ЭКО получают гормональную поддержку. Решение вопроса о назначении определенных доз гормонов и длительности терапии определяется исходным гормональным профилем женщины, особенностями модулированного фолликулогенеза, количеством фолликулов, количеством желтых тел. Рекомендуют, хотя и в отсутствие доказательной базы, применение препаратов натурального прогестерона (прогестерон в/м по 1—2 мл ежедневно или микронизированный прогестерон по 300—400 мг с постепенным снижением дозы при отсутствии признаков угрозы прерывания к 12—14нед), а также аналогов (изомеров) прогестерона (дидрогестерон по 10-30 мг до 16 нед).

Вопрос о назначении эстрогенов должен решаться конкретно в каждом случае при наличии информированного согласия женщины, он показан при гипофункции яичников, донации яйцеклетки, замедленных темпах роста эндометрия, чистой формы

дисгенезии гонад, внутриматочных синехиях. Их применение оправдано до 12—15 недель беременности.

Усиление гормональной терапии при наличии кровянистых выделений патогенетически не оправдано, так как оказывает противоположный эффект (вследствие усугубления гемостазиологических нарушений).

Для снижения роли инфекционно-воспалительных факторов невынашивания проводится профилактика реактивации вирусной и бактериальной инфекции, часто возникающих на фоне приема глюкокортикоидов. Выполняют инфузии иммуноглобулина человека нормального с целью стимуляции собственной продукции иммуноглобулинов трижды через день в дозе 25,0 мл или по 50 мл 2 раза через день, повторно вводят в 24 недель беременности и перед родами. Применяется интерферон-альфа-2 в свечах по 1 млн ЕД в течение 10дней или интерферон человеческий рекомбинантный α-2 + комплексный иммуноглобулиновый препарат сухой (по 2 свечи в сутки в течение 10 дней) с 12 недель беременности. Антибактериальную терапию проводят только по строгим показаниям при выявлении инфекции с учетом чувствительности к антибиотикам (амоксициклин + клавулановая кислота по 875 мг 3 раза в день 7 дней; джозамицин по 3 таблетки в день 7-10 дней, спирамицин по 9 млн ЕД 2 раза в день 5 дней).

Важно восстановление нормальной микрофлоры кишечника и влагалища (дотация лактобактерий).

С целью дальнейшего лечения угрозы прерывания проводят токолитическую терапию.

❖ ***Группа риска возникновения плацентарной недостаточности***

Плацента представляет собой сложный провизорный орган, выполняющий целый ряд важнейших функций, связанных с обеспечением развития плода и адаптацией материнского организма к беременности. Для плода плацента является органом, обеспечивающим его питание, дыхание, защиту от неблагоприятных воздействий окружающей среды, органом внутренней секреции и поддержания гомеостаза.

Процесс формирования плаценты как органа (плацентация) происходит с 3 недели гестации и до конца I триместра беременности.

Нарушения плацентарного кровотока могут быть обусловлены патологическими изменениями в сосудистой стенке матки, межворсинчатом пространстве плаценты, сосудах плаценты и пуповины. При этом ведущее значение в патогенезе плацентарной недостаточности играют патологические изменения спиральных артерий. Важное значение имеет состояние артерий до наступления беременности и в первые недели гестации.

Плацентарная недостаточность — синдром, характеризующийся сложной поликаузальной реакцией плода и плаценты, возникающий при самых различных состояниях материнского организма, в основе которого лежит нарушение компенсаторно-приспособительных механизмов фетоплацентарного комплекса на молекулярном, клеточном, тканевом, органном уровнях, т.е. плацентарная недостаточность—это универсальная патологическая реакция плаценты на воздействие повреждающих факторов.

По клинико-морфологическим признакам выделяют следующие виды плацентарной недостаточности:

❖ первичная (ранняя) недостаточность (до 16нед) возникает при формировании плаценты в период имплантации, раннего эмбриогенеза и плацентации под влиянием на гаметы родителей, зиготу, бластоцисту, формирующуюся плаценту и половой аппарат женщины в целом различных повреждающих факторов (генетических,

эндокринных, инфекционных и других факторов) и проявляется изменениями строения, расположения и прикрепления плаценты, а также дефектами и нарушениями созревания хориона. Большое значение в развитии первичной плацентарной недостаточности играют дефекты васкуляризации и нарушения созревания хориона;

❖ вторичная плацентарная недостаточность возникает на фоне уже сформировавшейся плаценты после 16 недель беременности под воздействием различных экзогенных факторов.

По клиническому течению различают:

➢ •острую плацентарную недостаточность — связанную с нарушением децидуальной перфузии и маточно-плацентарного кровообращения. Острая плацентарная недостаточность возникает как следствие преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты с образованием ретроплацентарной гематомы и отслойки предлежащей плаценты, в результате чего наступает гибель плода;

➢ хроническую плацентарную недостаточность — связанную с длительно текущими изменениями фетоплацентарного гомеостаза вследствие нарушения компенсаторно-приспособительных механизмов в сочетании с циркуляторными расстройствами и инволютивно-дистрофическими изменениями. К развитию хронической ФПН приводят все акушерские и экстрагенитальные заболевания женщины во время беременности.

Проявлением плацентарной недостаточности является снижение функций плаценты и, как следствие, страдание плода. Поэтому в клинической практике точнее применение термина «фетоплацентарная недостаточность» (ФПН).

ФПН составляет в структуре причин перинатальной смертности более 20%. Указанная патология обусловливает не только резкое увеличение перинатальной смертности, но и многочисленные изменения в организме ребенка, которые на протяжении первых лет жизни являются причиной нарушений в его физическом и умственном развитии, а также повышенной соматической и инфекционной заболеваемости.

В зависимости от степени выраженности и соотношения между изменениями на всех уровнях установлены следующие фазы ФПН:

компенсированная— характеризуется стимуляцией всех видов адаптационно-гомеостатических реакций, обеспечивающих работу плаценты в фазе устойчивой гиперфункции, что отмечают при плацентарной недостаточности, обусловленной пролонгированной беременностью, легкими формами кратковременно протекающего гестоза, нарушением липидного обмена, хроническим пиелонефритом. Может сопровождаться гипоксией плода;

субкомпенсированная — характеризуется снижением уровня адаптационных реакций по сравнению с нормой, извращением в наборе рибосом, активизацией гликолитических процессов, повышением уровня липидов, снижением гормональной функции. Приводит к гипоксии плода. Указанные изменения отмечают при перенашивании беременности, длительном течении легких форм поздних гестозов, гипертонической болезни I—II стадии и при ревматических пороках сердца с признаками нарушения кровообращения;

декомпенсированная (в течение 1—2 суток) — характеризуется преобладанием дисрегуляторных процессов, срывом иерархической регуляции, появлением множественных обратных связей между молекулярными, клеточными и тканевыми звеньями гомеостаза, но без их последующей реализации, что приводит к срыву компенсации. Приводит к задержке развития плода, тяжелой гипоксии плода, гибели плода. Эта фаза развивается при сочетанных гестозах, слабости родовой деятельности.

Факторами, предрасполагающими к ФПН и отягощающими ее, являются:

- социально-биологические: возраст матери (менее 18 и более 32 лет), курение, употребление алкоголя, прием различных медикаментов, массо-ростовые показатели,

эмоциональные нагрузки, семейное положение женщины;

- данные акушерского анамнеза: преждевременные роды, осложнения предыдущих родов, бесплодие, пороки развития матки, истмико-цервикальная недостаточность;
- экстрагенитальные заболевания: сердечно-сосудистая патология, болезни почек, эндокринной системы, заболевания крови, острые и хронические инфекции;
- осложнения данной беременности: кровотечения во второй половине беременности, много- и маловодие, многоплодная беременность, перенашивание беременности, угроза ее прерывания, гестоз, изоантигенная несовместимость крови матери и плода;
- состояние плода.

В ранние сроки гестации признаками недостаточности плацентарного ложа матки являются:

- нарушение латерализации кровотока (повышение индекса пульсации в маточной артерии на стороне плацентации);
- гематомы;
- хорионит;
- лизосомная энзимопатия: снижение лизосомной активности в сыворотке крови при угрозе прерывания и невынашивании беременности;
- нарушение структурно-функционального состояния биомембран;
- диспротеинемия — снижение уровня ТБГ и повышение ПАМГ (индикатор плацентарной недостаточности и прогностический признак ЗРП);
- нарушения реактивности иммунной системы (гипо- и гиперреактивность). Иммунореактивность определяется методом «ЭЛИ- П-тест» (ELI-P-Test — ELISA-detected Probability of Pathology in Pregnancy, т.е. иммуноферментный тест, направленный на выявление риска патологии беременности). Он отражает количество и аффинность некоторых видов естественных эмбриотропных аутоантител, взаимодействующих с белками-регуляторами эмбриогенеза. Активность этих белков может быть нормальной, повышенной или пониженной, что является показателем иммунореактивности организма и позволяет прогнозировать отклонения в состоянии плода и течении беременности. Физиологическое значение иммунореактивности у здоровых женщин находится в пределах от —15 до +40%. Отклонения от данного диапазона позволяют выявить гипо- или гиперреактивность. Наиболее информативны для оценки развития эмбриона (и прогноза состояния здоровья будущего ребенка) показатели содержания эмбриотропных антител при сроках беременности 8-10 недель. Начиная с 24- 26 недели беременности, наблюдается снижение всех показателей ЭЛИ-П-теста, что отражает общую иммуносупрессию, направленную на предотвращение преждевременного отторжения плода организмом матери. Доказано, что определение имуунореактивности также информативно для прогнозирования гестоза: если с ранних сроков беременности женщина гиперреактивна, то гестоз у нее развивается в 100% случаев.

Лечение ПН.

Учитывая, что патогенез ПН затрагивает структурные и функциональные изменения плацентарного ложа, лечение и профилактика ее должны начинаться с ранних сроков беременности.

Лечение ПН включает в себя терапию основного заболевания, а также комплекс мероприятий, направленных на улучшение маточно-плацентарного кровообращения и обменных процессов в фетоплацентарном комплексе.

Целесообразна метаболическая терапия с использованием АТФ, витаминов, антигипоксантов и антиоксидантов, а также гипербарическая оксигенация для профилактики и лечения гипоксии плода. Метаболическую терапию считают обязательным компонентом в лечении ПН.

С целью снижения интенсивности перекисного окисления липидов, стабилизации клеточных мембран, улучшения трофики плода используют мембраностабилизаторы — витамин Е и фосфолипиды.

В настоящее время метаболическая терапия ПН как в амбулаторных, так и в стационарных условиях включает применение Актовегина. Актовегин — это высокоочищенный препарат из крови телят, который получают путем ультрафильтрации. Препарат содержит аминокислоты, олигопептиды, нуклеозиды; промежуточные продукты углеводного и жирового обмена: олигосахариды и гликопептиды, электролиты и ряд важных микроэлементов.

Под действием Актовегина в клетке:

- повышается обмен высокоэнергетических фосфатов (АТФ);
- активируются ферменты окислительного фосфорилирования;
- повышается активность кислой фосфатазы и лизосомальная активность клетки;
- повышается активность щелочной фосфатазы, ускоряется синтез углеводов и белков;
- увеличивается приток ионов калия в клетку, происходит актива¬ция калий-зависимых ферментов (каталаз, сахараз, глюкозидаз);
- ускоряется распад продуктов анаэробного гликолиза.

Актовегин активизирует клеточный метаболизм путем увеличения транспорта, накопления и усиления внутриклеточной утилизации глюкозы и кислорода, приводя к ускорению метаболизма АТФ и повышению энергетических ресурсов клетки. Наиболее выражены эффекты Актовегина при гипоксическом характере повреждений тканей. Основой противоишемического действия Актовегина считают также антиоксидантное действие. Также доказан нейропротективный эффект Актовегина в отношении головного мозга плода, находящегося в условиях гипоксии.

Комплекс патогенетически обоснованной терапии должен включать коррекцию метаболических нарушений и микробиоценоза родовых путей:

- стимуляторы биосинтеза белка, средства защиты мембран и увеличения АТФ в клетке, индукторы апоптоза, сумма токоферолов (витамин Е 400 МЕ), Актовегин (рекомендуемая схема: 200мг (5 мл) на 5% растворе глюкозы в/в капельно не менее 10 дней, далее переход на прием 1-2таблеток Зраза в день 2-4недели), эссенциале, хофитол;
- метилксантины (эуфиллин, но-шпа, папаверин);
- средства, улучшающие реологические свойства крови (аспирин, курантил, трентал);
- прогестины (дюфастон — длительное курсовое лечение);
- фитоседативные средства (пустырник и валериана);
- этиотропное антибактериальное лечение урогенитальной инфекции (метронидазол, пимафуцин, макролиды) после 12 недель гестации (бетадиновые свечи до 12 нед) и концентрация лакто- и бифидофлоры перорально (лакто- + бифидумбактерин, флоралдофил).

Компенсированные формы ПН не требуют специфической терапии. Достаточно провести обычные антигипоксические мероприятия и обеспечить клеточные процессы пластическим и энергетическим материалом (глюкоза, аскорбиновая кислота, галаскорбин, сигетин, эстрогены, аминокислоты).

Субкомпенсированные формы ПН подлежат интенсивной терапии, включающей препараты, которые стимулируют синтез циклического аденозинмонофосфата: метилксантины (теофиллин, эуфиллин, трентал, папаверин, но-шпа), а также β-адреномиметики (гинипрал), стимуляторы биосинтеза белка (токоферола ацетат, эссенциале, фенобарбитал); средства защиты биомембран (полиненасыщенные жирные кислоты — эссенциале).

Недопустимо одновременно вводить большое количество лекарственных средств. Следует выбирать препараты, оказывающие влияние сразу на несколько звеньев адаптационных реакций, и ограничивать назначение медикаментов, нарушающих биоэнергетику плаценты, в частности, митохондриальную дыхательную активность (окситоцин, предион).

Перспективы лечения плацентарной недостаточности

В настоящее время основное внимание уделяется подбору средств, влияющих на спиральные артерии.

В ранние сроки беременности перспективными являются:

- оксид азота, оказывающий влияние на эндотелий сосудов;
- транспортные белки;
- токоферолы;
- каротиноиды;
- фторуглероды («голубая кровь»);
- нормобарическая гипоксия, оказывающая влияние на ангиогенез;
- гипербарическая оксигенация, как стимуляция адаптации, кислородный коктейль.

Гипербарическая оксигенация, являясь мощным немедикаментозным и неинвазивным средством воздействия на гомеостаз маточно-плацентарного комплекса, воздействует на патогенетические механизмы реализации ПН: нивелирует локальную гипоксию, восстанавливает нарушенный клеточный метаболизм и ферментативную недостаточность децидуальной ткани, предотвращая анатомические нарушения плаценты, дефекты васкуляризации и нарушения созревания хориона, что является профилактикой досрочного прерывания беременности и ФПН при ее пролонгировании.

ГРУППА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИЗОИММУННОГО КОНФЛИКТА МЕЖДУ ОРГАНИЗМОМ МАТЕРИ И ПЛОДОМ

Изоиммунный конфликт в организме беременной возникает в 4% случаев в резус-системе (65%) и АВО-системе (30—40%).

Несовместимость матери и плода по многим антигенам — неизменный атрибут беременности, так как плод для материнского организма является «аллотрансплантом», наследовавшим 50% своих генов от отца. Природа предусмотрела большое число механизмов, препятствующих реализации этой несовместимости. Тем не менее в клинической практике нередко встречаются ситуации, когда эти защитные механизмы не срабатывают (ранний токсикоз беременных, антифосфолипидный синдром, гемолитическая болезнь плода и др.).

В связи с тем, что резус-антитела вырабатываются только в ранее сенсибилизированном организме, первая беременность, как правило, протекает без явлений резус-конфликта. Сенсибилизация происходит под воздействием антигенов во время беременности (редко), после родов (наиболее часто), после искусственных и самопроизвольных абортов, при трансфузии резус-несовместимой крови. Частота сенсибилизации после первых родов в среднем составляет 10%. Эта цифра увеличивается, если были применены акушерские операции (кесарево сечение, ручная или инструментальная ревизия матки, ручное отделение плаценты), поскольку при этих вмешательствах увеличивается количество эритроцитов плода, попавших в кровоток матери. Отмечена более частая сенсибилизация женщин с резус-отрицательной кровью, имеющих «резус-отрицательных» матерей («симптом бабушки»). Значительно уменьшается возможность сенсибилизации при рождении ребенка с резус-положительной принадлежностью крови, несовместимой с кровью матери по системе АВО. Конфликт по системе АВО развивается при несовместимых сочетаниях группы крови матери и плода и при наличии выработанных в организме матери иммунных

антител к эритроцитам той же группы крови, что и у плода. Антитела могут образоваться в организме женщины при вакцинации, инфекционных заболеваниях. Возможна также иммунизация спермой.

Клиническими проявлениями резус-конфликта у беременных являются анемия и внутриутробная гибель плода, самопроизвольные выкидыши, гестоз, билирубинемия. Клиническими признаками АВО-конфликта в основном является только гемолитическая болезнь новорожденного.

Антенатальными признаками изоиммунного конфликта являются изменения сердечной деятельности, регистрируемые на КТГ, учащенное или замедленное шевеление плода, изменение состава околоплодных вод. Завершающей фазой иммунного конфликта является гемолитическая болезнь новорожденного. Кроме гемолитической болезни новорожденных (особенно при АВО-конфликте), могут возникать негемолитические поражения плода, которые, по некоторым данным, имеют значение в развитии ряда заболеваний центральной нервной системы (эпилепсия, шизофрения, олигофрения).

Об иммунизации беременной судят по титру антител, однако следует помнить, что титр и биологическая активность антител (определяющая степень выраженности иммуноконфликта) не совпадают. Существует три вида резус-антител: агглютинирующие, блокирующие и скрытые. Агглютинирующие антитела бывают полными и неполными. Первые агглютинируют эритроциты, взвешенные в изотоническом растворе натрия хлорида; вторые — эритроциты, взвешенные в белковой среде (плазма, альбумины). Блокирующие антитела видимой агглютинации не вызывает, могут быть фиксированы на эритроцитах и свободно циркулируют в крови. Скрытые резус-антитела выявляются при разведении плазмы крови беременной донорской сывороткой АВ (IV). В практике неполные агглютинирующие антитела определяются в сыворотке крови всех беременных с резус-отрицательным типом крови. Поэтому необходимо помнить, что в случае клинического проявления изоиммунного конфликта у женщин с резус-отрицательным типом крови с отягощенным акушерским анамнезом, следует дополнительно определить полные агглютинирующие антитела, блокирующие и скрытые резус-антитела.

Несмотря на отсутствие прямой связи между титрами антител и степенью выраженности резус-конфликта, неблагоприятный исход беременности для плода чаще наблюдается при титре 1:16 и выше. Тревожными признаками являются нарастание титра во время беременности и резкое падение его в последние недели. Для диагностики АВО-конфликта в сыворотке крови беременной определяют гемолизины и гемагглютинины. Агглютинины могут быть полными и неполными. Полные анти-А- и анти-В-агглютинины вызывают агглютинацию эритроцитов, взвешенных в изотоническом растворе натрия хлорида; неполные приводят к агглютинации эритроцитов в белковой среде.

Определение титра антител менее информативно, чем установление их вида. Наиболее неблагоприятно для плода при АВО-конфликте наличие неполных гемагглютининов в сочетании с нарастанием их титра во время беременности. Этот прирост свидетельствует о необходимости срочных мер, направленных на спасение жизни плода.

Профилактика, ранняя диагностика и лечение изоиммунных конфликтов

Как и все мероприятия, направленные на предотвращение патологических состояний у плода и матери во время беременности и родов, профилактика изоиммунизации должна осуществляться женскими консультациями в два этапа: до наступления и во время беременности.

Мероприятия по профилактике изоиммунной сенсибилизации до наступления планируемой беременности.

1. Выявление на участке и в районе деятельности женской консультации

девушек и женщин с резус-отрицательным типом крови, проводя определение группы крови и резус-принадлежности во время профосмотров в школах и профтехучилищах и онкологических профосмотров нерожавших женщин и девушек с последующей отметкой результатов исследования в паспорте. В группе девушек и женщин с резус-отрицательным типом крови следует провести санитарно-просветительную работу о необходимости вынашивания первой беременности и антирезусной профилактике.

2. Определение резус-принадлежности у всех нерожавших женщин при направлении их на искусственное прерывание беременности. При обнаружении резус-отрицательной принадлежности крови нужно убедить женщину в необходимости вынашивания беременности. При упорном нежелании или невозможности сохранить беременность необходимо обеспечить после аборта специфическую профилактику резус-сенсибилизации путем введения антирезус-иммуноглобулина.

3. Выделение в группу риска возникновения иммуноконфликта для диспансерного наблюдения:

а) женщин, имеющих в анамнезе резус- и АВО-конфликт во время родов. Беременность после резус-конфликта можно разрешить после исчезновения антител из крови и не ранее чем через 1 год, а после тяжелых форм гемолитической болезни новорожденных — через 2 года после родов. Лечебные мероприятия в перерыве между беременностями: периодическая сдача крови (донорство) с целью механического выведения антител; 1 раз в 6 месяцев — курс неспецифической гипосенсибилизирующей терапии; плазмаферез. Женщины, имеющие в анамнезе АВО-конфликт, не должны беременеть в течение 1 года. За это время им необходимо дважды провести указанный выше курс лечения;

б) женщин с резус-отрицательным типом крови, которым после родов или абортов (как искусственных, так и самопроизвольных) не проводилась специфическая иммунопрофилактика путем введения антирезус-иммуноглобулина. Женщины этой группы должны быть обследованы на наличие антител и при отсутствии последних осведомлены о том, что при наступлении желанной беременности необходимо раннее посещение женской консультации для своевременной диагностики иммуноконфликта. В случае нежелания женщины в ближайшее время рожать врач должен решить вопрос о применении рациональной контрацепции;

в) женщин, которым производились гемотрансфузии без учета резус-принадлежности. При обнаружении в крови антител проводится неспецифическая десенсибилизирующая терапия, а при отсутствии антител — рациональная контрацепция; убеждать в необходимости раннего посещения женской консультации.

<u>Профилактика и ранняя диагностика изоиммунных конфликтов во время беременности:</u>

1. определение резус-принадлежности и группы крови у всех беременных и их мужей при взятии женщины на учет по беременности;

2. выделение группы риска возникновения изоиммунного конфликта. В эту группу включаются:

а) несенсибилизированные первобеременные с резус-отрицательным типом крови при резус-положительной принадлежности крови мужа. В плане ведения беременности необходимо предусмотреть исследование сыворотки крови на наличие антител 1 раз в 2 месяца (при отсутствии сенсибилизации). Таким женщинам проводится неспецифическая десенсибилизирующая терапия при сроке 10-12 недель, 24—25 недель, 32-33 недели. При Rh(+) крови мужа необходимо введение беременной иммуноглобулина антирезусного в стандартной дозе внутримышечно в 28—30 недели. Повторное постнатальное введение стандартной дозы (300мкг) иммуноглобулина не позднее 72 ч после родов;

б) повторнобеременные с резус-отрицательным типом крови (при резус-положительной принадлежности крови мужей), у которых предыдущие беременности,

роды и аборты не сопровождались явлениями резус-конфликта и не проводилась специфическая иммунопрофилактика, а при настоящей беременности отсутствуют признаки сенсибилизации. Тактика ведения такая же, как и беременных предыдущей группы;

в) повторнобеременные с резус-отрицательным типом крови (при резус-положительной принадлежности крови мужей), акушерский анамнез которых отягощен на почве Rh-конфликта (рождение детей с гемолитической болезнью, мертворожденных, самопроизвольные аборты, установление сенсибилизации после родов или абортов). При отсутствии антител в ранние сроки беременности необходимо проводить исследование крови на их наличие 1 раз в мес;

г) беременные, кровь которых несовместима с кровью мужа по системе АВО.

Тактика ведения такая же, как и беременных предыдущих групп: контроль за наличием антител-агглютининов и гемолизинов 1 раз в месяц в первой половине беременности и 2 раза в месяц — во второй.

При отсутствии сенсибилизации — три профилактических курса: в 10-12, 24-25, 32-33 недели.

Мероприятия при выявлении изоиммунной сенсибилизации во время беременности.

Наличие в крови изоиммунных антител в сроке беременности до 8—10 недель свидетельствует о сенсибилизации, обусловленной предыдущими беременностями и другими факторами. Установление изоиммунной сенсибилизации после 12 недель беременности бесспорно свидетельствует об иммунном конфликте при данной беременности. Беременные с изоиммунным конфликтом должны быть консультированы генетиком.

К рутинным методам обследования назначается иммуногенетический анализ крови супругов на изоантигены, анализ крови на Rh и групповые иммунные антитела 1 раз в месяц до 32 недель, 2 раза в месяц — с 32 до35 недель, затем — еженедельно, УЗИ плода в сроки 10—14, 20-24, 32-34, 36—37 недель, КТГ, допплерометрия в динамике. Амниоцентез — по показаниям.

Единственным способом лечения гемолитической болезни плода является внутриутробное заменное переливание крови и досрочное родоразрешение и заменное переливание крови.

Все рекомендованные ранее методы лечения гемолитической болезни плода (неспецифическая десенсибилизирующая терапия, подшивание кожного лоскута мужа, плазмаферез, гемосорбция) оказались малоэффективными либо неэффективными.

Наблюдение женщин с изоиммунной несовместимостью должно быть тщательным и активным. При неявке беременной в назначенный день необходим патронаж. При установлении явлений угрозы прерывания беременности, анемии, многоводия показана немедленная госпитализация.

Беременным, у которых выявлены антиэритроцитарные антитела, не имеющие клинического значения в патогенезе иммунного конфликта во время беременности, динамику титра антител повторяют в 28-30 недель беременности для выявления клинически значимых антител, которые могут вырабатываться в более поздние сроки беременности.

Кроме того, у беременных, имеющих группу крови 0 (I), А (II), В (III) и супруга с иной группой крови, проводят выявление IgG системы АВО.

В процессе идентификации антител крайне необходимо исследовать принадлежность антител матери к субклассам IgG и определить их концентрацию в крови беременной. Наиболее тяжелая анемия развивается у плода в том случае, если в крови матери выявляются совместно IgG, и IgG_r

После родов с целью подтверждения наличия гемолиза эритроцитов в крови новорожденных выполняют непрямую реакцию Кумбса для выявления с помощью

антиглобулиновых сывороток неполных эритроцитарных антител. Однако следует помнить, что результат этой реакции не всегда достоверно отражает наличие заболевания у плода. В некоторых случаях может наблюдаться ложноотрицательный результат реакции Кумбса. Так, реакция Кумбса может быть отрицательной у новорожденных, имевших в антенатальном периоде неоднократные внутриутробные трансфузии из-за тяжелого течения аллоиммунного заболевания. В данном случае ложноотрицательная реакция Кумбса, наблюдающаяся у новорожденных, объясняется выраженным подавлением гемопоэза на фоне тяжелого гемолиза эритроцитов и циркуляцией большого объема донорской крови.

Таким образом, исследование в крови субклассов антиэритроцитарных антител позволяет сформировать группу риска сенсибилизированных беременных, имеющих риск развития у плода аллоиммунного заболевания, предполагать его тяжесть и форму. Однако по результатам иммуногематологических исследований невозможно установить тяжесть анемического синдрома у плода, а, следовательно, определить сроки проведения внутриутробных трансфузий.

Схема иммуногематологического обследования представлена на схеме № 1.

Схема № 1

Иммуногематологическое обследование беременных



При установлении явлений угрозы прерывания беременности, анемии, многоводия показана немедленная госпитализация.

При выявлении отклонений от нормальных показателей беременная подлежит срочной госпитализации для дополнительного обследования и коррекции установленных нарушений. Всех беременных с иммунным конфликтом необходимо госпитализировать до 35 недель (при возможности — в специализированные отделения) для обследования, включающего исследование околоплодных вод, и решения вопроса о досрочном родоразрешении.

Врачу женской консультации необходимо помнить, что тщательное проведение всех описанных выше мероприятий уже в течение года приведет к резкому снижению количества новорожденных с гемолитической болезнью, а контроль за проведением специфической иммунопрофилактики всем без исключения женщинам при наличии показаний для введения антирезус-иммуноглобулина на протяжении жизни одного поколения сможет решить проблему изоиммунной сенсибилизации.

ГРУППА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА

Выделяют две формы заболевания: первичный и вторичный анти-фосфолипидный синдром (АФС).

Вторичный АФС связан с аутоиммунными заболеваниями, опухолями, инфекцией, применением некоторых лекарственных средств и др.

Первичный АФС диагностируется при отсутствии сопутствующей патологии, встречается в соотношении 4:1, в 2—5 раз чаще в женской популяции, причем беременность нередко является пусковым моментом. АФС служит причиной невынашивания беременности в 10—40%, а у пациенток с системной красной волчанкой — в 25—87% случаев. Антитела к фосфолипидам (ФЛ) ведут к прерыванию беременности сроком более 10 недель гестации, а сенсибилизация к фосфосерину и фосфохолину, играющих роль «клея» в имплантации, нарушает раннее развитие беременности.

Механизм прерывания беременности — неадекватное образование фибрина, геморрагии в области нидации и нарушение процессов имплантации при дефектах свертывания крови либо децидуальная и плацентарная несостоятельность из-за тромботической тенденции. Все это связывает воедино две важные системы организма женщины (иммунную и систему свертывания крови), участвующие в регуляции нормально протекающей беременности.

В настоящее время считается общепризнанным, что антитела к ФЛ представляют собой гетерогенную группу антител, различающихся по иммунохимической специфичности. Возможны перекрестные реакции антител к ФЛ с другими аутоантителами, в частности, к ДНК, Fc-фрагменту IgG, мембране тромбоцитов, эндотелию сосудов, эритроцитам. Так же, как и естественные регуляторные аутоантитела, определяемые при помощи ЭЛИ-П-теста, антитела к ФЛ образуются под влиянием эндогенных стимулов и влияют на эндотелиальный гемостаз, подавляя эндотелиальный синтез наиболее мощного естественного ингибитора агрегации тромбоцитов и вазодилататора простациклина, что ведет к гиперактивности тромбоцитов. Другое проявление АФС — снижение активности антитромбина III — важнейшего естественного антикоагулянта.

Критерии диагностики антифосфолипидного синдрома

Клинические критерии:

- наличие в анамнезе сосудистых тромбозов;
- три и более спонтанных выкидышей при сроке до 10 недель, когда исключены анатомические, генетические и гормональные причины невынашивания;

- одна и более смертей морфологически нормального плода после 10 недель беременности;
- одни и более преждевременные роды до 34 недель как следствие тяжелого гестоза и/или тяжелой плацентарной недостаточности.

Лабораторные критерии:

- антикардиолипиновые антитела среднего и высокого титров при исследовании стандартным иммуноферментным методом, определяемые в двух и более исследованиях с интервалом 6 нед;
- антикоагулянт в плазме, выявленный в двух и более исследованиях с интервалом 6 недель.

Диагноз АФС ставится при наличии хотя бы **одного клинического** и хотя бы **одного серологического** критерия.

Алгоритм ведения пациенток с АФС.

До беременности:

- нормализация гемостазиологических параметров;
- нормализация параметров иммунограммы (противовирусная иммуномодулирующая терапия, так как большинство пациенток сАФС— носители ВПГ, цитомегаловируса, вируса Коксаки А и В, энтеровирусов).

При беременности:

- глюкокортикоиды 5-10 мг со II фазы фертильного цикла, подбор дозы с учетом активности ВА;
- контроль гемостазиограммы каждые 2 недели первые 12 недель беременности, каждые 3—4 недели в течение всей беременности;
- индивидуальный подбор антиагрегантов, антикоагулянтов, при необходимости — плазмаферез;
- три курса иммуноглобулинотерапии в 7-8 недель, в 24 недели, перед родами;
- оценка состояния фетоплацентарного комплекса (УЗИ, КТГ, допплерометрия);
- профилактика ПН;
- гемостазиологический контроль после родов на 3—5 день (опасность тромбоэмболии), индивидуальный подбор антиагрегантов, антикоагулянтов, постепенная отмена глюкокортикоидов.

Антитела к ФЛ — иммуноглобулины класса IgG, они проникают через плацентарный барьер, оказывая на плод то же действие, что и у матери, т.е. вызывают тромбофилические осложнения. Назначая монотерапию гепарином или фраксипарином спасаем от тромбофилии мать, а не плод, так как эти препараты через плаценту не проникают. В качестве альтернативы глюкокортикоидам предлагается плазмаферез или большие дозы иммуноглобулина (от 10 до 20 г на каждые 4 недели беременности). Ни один из этих методов не имеет доказательной базы эффективности.

ГРУППА РИСКА КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО II И III ТРИМЕСТРАХ

Кровотечения во время беременности возникают у 2—3% женщин. Наиболее частые причины — предлежание плаценты и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Предлежание плаценты — неправильное прикрепление плаценты в матке, характеризующееся расположением ее в области нижнего маточного сегмента под предлежащей частью плода; при этом плацента частично или полностью перекрывает

внутренний зев. Частота предлежания плаценты по отношению к общему количеству родов составляет 0,2—0,8%. Приблизительно в 80% случаев данную патологию наблюдают у многорожавших. Кровотечение во время беременности при предлежании плаценты имеет место у 34%, во время родов — у 66% женщин. Преждевременные роды встречаются в 20% случаев.

К материнским причинам, способствующим возникновению предлежания плаценты, относят:

- патологические состояния, вызывающие структурные изменения эндометрия, воспалительные заболевания (эндомиометрит), рубцовые изменения эндометрия после операций (абортов, диагностических выскабливаний полости матки, кесарева сечения, консервативной миомэктомии, перфорации матки) и нарушающие нормальную децидуализацию;
- миому матки;
- аномалии развития матки;
- многократные роды;
- септические осложнения в послеродовом периоде;
- ангиопатии у беременной при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, почек.

Иногда возникновение предлежания плаценты обусловлено особенностями самого плодного яйца: вследствие более позднего появления протеолитической активности трофобласта плодное яйцо опускается в нижние отделы матки, где приобретает способность к нидации и продолжает развиваться; при этом ворсинчатый хорион разрастается в области внутреннего зева.

Скриниг проводят с помощью УЗИ (в 9, 16-24, 32-36 недель беременности, в дальнейшем по показаниям). Во время каждого исследования определяют локализацию плаценты.

Профилактика предлежания плаценты заключается в своевременном лечении ВЗОМТ, профилактике абортов.

Маточное кровотечение — основной клинический симптом при предлежании плаценты.

Кровотечение имеет свои особенности:

- отсутствие болевого синдрома («безболезненное кровотечение»);
- частое повторное возникновение кровотечения;
- прогрессирующая анемизация беременной.

Маточное кровотечение при предлежании плаценты наиболее часто возникает при сроке беременности 28-30 недель, когда происходят интенсивное растяжение и утончение нижнего сегмента матки. Эпизоды кровотечения, начинающиеся со II триместра беременности, как правило, характерны для полного предлежания плаценты. При неполном предлежании плаценты кровотечение возникает в конце беременности или в начале I периода родов.

При появлении кровянистых выделений из половых путей показана срочная госпитализация в акушерский стационар. В женской консультации осмотр шейки матки при помощи зеркал и влагалищное исследование не проводят, так как они могут спровоцировать усиление кровотечения.

Осмотр шейки матки при помощи влагалищных зеркал и влагалищное исследование выполняют в акушерском стационаре при подготовленной для немедленного родоразрешения операционной.

Поскольку диагностические и лечебные ресурсы женских консультаций ограничены, дифференциальную диагностику проводят в стационаре.

Низкая плацентация повышает риск плацентарной недостаточности, поэтому в амбулаторных условиях при отсутствии кровотечения необходимо проводить профилактику фетоплацентарной недостаточности и укрепление

сосудистой стенки препаратами аскорбиновой кислоты.

При появлении кровянистых выделений показана экстренная госпитализация в стационар, где и проводят лечение.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты — преждевременное (до рождения ребенка) отделение плаценты от места своего прикрепления. Частота преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты колеблется от 0,4 до 1,4%.

По степени тяжести клинической картины различают:

- легкую (отслойка небольшого участка плаценты);
- среднюю (отслойка $^1/_4$ поверхности плаценты);
- тяжелую (отслойка более $^2/_3$ поверхности плаценты).

В патогенезе преждевременной отслойки плаценты существенную роль играет патология мембран капилляров. Нарушения микроциркуляции приводят к тромбозам, отложению фибрина в межворсинчатом пространстве, красным и белым инфарктам плаценты. Указанные изменения нарушают плацентарное кровообращение и приводят к отслойке плаценты.

Предрасполагающие причины:

- воспалительные и дегенеративные изменения в матке и плаценте, вызывающие нарушение связи между ними;
- эндометрит, подслизистые узлы миомы, пороки развития матки, перенашивание беременности;
- изменение сосудистой системы материнского организма, ангиопатия матки: гипертоническая болезнь, гестоз, хронические инфекции;
- неполноценность плацентарного ложа, недостаточность 1-й и 2-й волн инвазии цитотрофобласта;
- чрезмерное растяжение матки: многоводие, многоплодие, крупный плод.

Причины, непосредственно вызывающие отслойку плаценты:

- непосредственная травма (удар, грубое наружное исследование или наружный поворот плода);
- косвенная травма (короткая пуповина, быстрое излитие околоплодных вод при многоводии, быстрое рождение первого плода при многоплодной беременности, стремительные роды);
- нервно-психические факторы (испуг, стресс).

Большое значение для диагностики имеет вариант отслойки плаценты.

При краевой отслойке имеется наружное кровотечение, сопровождающееся, как правило, слабовыраженным болевым синдромом. Тяжесть состояния женщины соответствует объему кровопотери. При центральной отслойке плаценты наружное кровотечение отсутствует. Выраженная болезненность матки (как общая, так и локальная) указывает на наличие ретроплацентарной гематомы. О внутреннем кровотечении судят по показателям гемодинамики. Слабость, головокружение также служат проявлениями кровопотери. Это крайне опасная форма, нередко приводящая к гибели плода и тяжелым гиповолемическим расстройствам у матери. Отслойка с комбинированным или смешанным кровотечением не должна вводить врача в заблуждение относительно объема кровопотери. Тяжесть состояния, как правило, не соответствует видимому кровотечению. Для оценки степени тяжести необходимо контролировать гемодинамические показатели женщины (АД, ЧСС, шоковый индекс, клинические проявления геморрагического шока). Клиническая диагностика преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты не всегда проста. Классическую картину наблюдают только у 10% женщин. У $^1/_3$ беременных отсутствует выраженный болевой синдром, один из важнейших диагностических признаков данной патологии.

Достоверный диагноз преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты можно поставить с помощью УЗИ. Этот метод также позволяет выявить признаки острой гипоксии плода.

В зависимости от локализации и интенсивности кровотечения возможно излитие крови за пределы полости матки (тогда кровотечение очевидно) либо ее скопление с образованием гематомы. Эхографическая диагностика гематом возможна только в тех случаях, когда излившаяся кровь не покинула полость матки. Гематомы обычно располагаются между стенкой матки и базальной пластиной плодного яйца. Топографически выделяют гематомы субхориальные, внеплацентарные и плацентарные. Эхографическое изображение гематомы изменяется в зависимости от ее давности. Свежие (1-2 суток) гематомы имеют вид жидкостных образований с мелкодисперсной взвесью. Они имеют четкие границы и отличаются высокой звукопроводимостью.

Задача врача женской консультации при подозрении на преждевременную отслойку плаценты либо появлении кровянистых выделениях из половых путей другой этиологии при беременности — немедленно госпитализировать женщину в акушерский стационар. При этом большое значение имеет экономия времени, которая может спасти жизнь беременной и плоду. Поэтому дифференциальная диагностика и выполнение лабораторно-инструментальных исследований не входят в задачи врача женской консультации. Их проводят в условиях стационара.

ГРУППА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КОАГУЛОПАТИЙ

Коагулопатические нарушения встречаются чаще всего у беременных с экстрагенитальными заболеваниями.

К этой группе относятся следующие категории беременных:

1. с хроническим тромбофлебитом, варикозным расширением вен до беременности и (или) во время нее;
2. с гепатобилиарным синдромом;
3. с нарушением фосфолипидного обмена;
4. с заболеваниями крови;
5. перенесшие патологическую кровопотерю (в родах или вне беременности) и у которых в анамнезе имеется указание на тромбоэмболические осложнения;
6. с поздними токсикозами;
7. с диабетом.

У беременных этой группы следует проводить все мероприятия, показанные женщинам, принадлежащим к основным группам риска. Совместно с другими специалистами (хирургом, гематологом) определяют метод лечения и профилактики осложнений основного заболевания (тромбофлебита, заболевания крови) и обеспечивают своевременную дородовую госпитализацию.

Все лечебные мероприятия следует проводить под контролем коагулограммы или тромбоэластограммы в каждом триместре беременности. Медикаментозная терапия назначается индивидуально, в зависимости от характера заболевания, осложняющего течение беременности.

ГРУППА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Слабость родовой деятельности встречается в 8—9% случаев. В указанную группу входят беременные, как правило, уже состоящие на диспансерном учете по поводу риска возникновения других осложнений.

Профилактика слабости родовой деятельности в условиях женской

консультации заключается в тщательном выполнении всех требований по ведению беременности в соответствии с принадлежностью к основным группам риска, а главное — в своевременной дородовой госпитализации.

БЕРЕМЕННЫЕ С ТАЗОВЫМ ПРЕДЛЕЖАНИЕМ И НЕПРАВИЛЬНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ПЛОДА

Частота тазовых предлежаний плода в течение многих лет остается постоянной и колеблется в пределах 3,1—5%. Несмотря на то, что роды при тазовом предлежании считаются физиологическими, таких беременных, как и с неправильным положением плода (косое, поперечное), выделяют в отдельную группу риска. Это обусловлено большим количеством осложнений по сравнению с головным предлежанием плода.

Основными осложнениями являются преждевременные роды (18—50%), преждевременное и раннее излитие околоплодных вод (23%), большая продолжительность родов, слабость родовой деятельности, акушерский травматизм, патологическая кровопотеря, осложненное течение послеродового периода, большое количество перинатальной патологии новорожденных (гипоксия и асфиксия плода, черепно-мозговые травмы), высокая мертворождаемость (10—13%) и ранняя детская смертность (20-23%).

Частота неправильных положений плода составляет 0,5—0,7%. Наиболее частыми осложнениями при неправильном положении плода являются преждевременные роды (20—60%), преждевременное и раннее излитие вод (38—52%), слабость родовой деятельности, разрывы матки, увеличение количества случаев оперативного родоразрешения, предлежание и выпадение пуповины и мелких частей плода, увеличение перинатальной смертности и травматизации плода.

Основные принципы ведения беременных с тазовым предлежанием и неправильным положением плода.

1. Ранняя диагностика тазовых предлежаний и неправильных положений плода. При подозрении на тазовое предлежание или неправильное положение плода после 28 недель беременности следует уточнить диагноз путем проведения дополнительных осмотров и объективных методов исследования (ультразвуковое сканирование).

2. Своевременное назначение корригирующей гимнастики по методу И.И. Грищенко и А.Е. Шулешовой. Показаниями к корригирующей гимнастике являются тазовое предлежание в сроке от 29 до 32 недель беременности, поперечное и косое положение плода в сроке от 29 недель и до родов. Противопоказания: рубцы после кесарева сечения и других операций на матке; отягощенный акушерский анамнез (самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды, роды мертвым плодом); экстрагенитальная патология (по заключению терапевта); гестоз; сужение таза II степени и более; наличие любой патологии, обусловливающей завершение родов кесаревым сечением в плановом порядке. Целесообразным выделить одного специально обученного акушера-гинеколога в базовой женской консультации, который совместно с опытным методистом лечебной физкультуры будет заниматься гимнастической коррекцией тазовых предлежаний и неправильных положений плода у беременных всего города или района.

3. Госпитализация не позже 38 недель беременности для дородовой подготовки и выбора оптимального метода родоразрешения.

БЕРЕМЕННЫЕ, ПЕРЕНЕСШИЕ ОПЕРАЦИИ НА МАТКЕ

Частота разрывов матки во время беременности составляет 3,5%, а разрыв матки по рубцу в ходе самопроизвольных родов у тщательно обследованных и

подготовленных к ним беременных происходит в 4% случаев. В большинстве случаев разрыв происходит во время родов и только в 8—9% — во время беременности. Корпоральный разрез матки значительно чаще приводит к разрыву при последующей беременности, нежели разрез в нижнем маточном сегменте.

Участившиеся в последние годы операции кесарева сечения сделали проблему ведения беременности и родов у этого контингента женщин более актуальной. Кроме того, увеличение количества консервативных миомэктомий и наличие женщин с ушитым перфорационным отверстием на матке после аборта предполагает формирование соответствующей группы риска. Мероприятия в группе женщин с послеоперационными рубцами на матке проводятся в два этапа — до и после наступления беременности.

Несостоятельность миометрия за счет рубцового и дистрофического изменения, острого или хронического воспаления, глубокой инвазии элементов трофобласта — причина разрыва матки у 69,5% женщин. В ряде случаев этому способствуют гистопатические изменения миометрия. Неполноценная структура миометрия не всегда реализуется разрывом матки: у каждой второй-третьей роженицы с разрывом матки роды проходят по типу клинически узкого таза. К разрыву матки по рубцу могут приводить: перерастяжение нижнего сегмента матки; морфологические изменения миометрия в период, предшествующий данной беременности; неполноценность рубца после перенесенного в прошлом кесарева сечения; нарушения энергетического метаболизма; последующие морфологические изменения в миометрии.

В случае плацентации в зоне рубца возможна глубокая инвазия хориона. Это способствует развитию несостоятельности рубца задолго до наступления родов.

Неосложненное течение беременности с рубцом на матке не имеет специфических проявлений.

Полноценное заживление матки предоставляет возможность в 40—47% случаев консервативно родоразрешать строго отобранных женщин после кесарева сечения. При доказанной состоятельности рубца вагинальное родоразрешение возможно не всегда, так как иногда возникают те же показания к кесареву сечению, которые были в предыдущий раз.

Признаки повышенного риска несостоятельности рубца на матке после кесарева сечения:

- ✓ осложненное течение послеоперационного периода (эндометрит, вторичное заживление раны и т.д.) при предыдущем кесаревом сечении;
- ✓ предшествующее корпоральное кесарево сечение;
- ✓ два и более кесаревых сечений в анамнезе;
- ✓ рубец на коже, спаянный с подлежащими тканями;
- ✓ боли в области рубца на матке;
- ✓ боль, отдающая в свод влагалища;
- ✓ болезненность при пальпации в области рубца;
- ✓ болезненное шевеление плода;
- ✓ истончение брюшной стенки и матки в области рубца;
- ✓ повышенный тонус матки;
- ✓ «незрелость» шейки матки при доношенной беременности;
- ✓ повышенная двигательная активность плода;
- ✓ изменения на КТГ: брадикардия, длительные децелерации;
- ✓ данные УЗИ.

Состоятельным считают равномерный, однородный по структуре послеоперационный рубец толщиной 0,3-0,5 см.

Несостоятельным принято считать рубец при выявлении неоднородности структуры тканей нижнего сегмента в виде гиперэхогенных включений, истончения менее 3 мм или утолщения более 5 мм при выраженной эхонегативности окружающих

тканей, а также кратерообразное истончение рубца и резкое истончение нижнего сегмента матки в области предполагаемого рубца, плацентацию в нижнем сегменте матки и непосредственно в области рубца.

До наступления беременности.

На этом этапе формируется группа женщин детородного возраста, перенесших кесарево сечение; консервативную миомэктомию, ушивание перфорационного отверстия в матке.

Основная задача участкового врача на данном этапе — реабилитация женщин после перенесенных операций и рациональная контрацепция. Беременность следует разрешать не ранее, чем через 2—3 года после перенесенной операции на матке. Женщины этой группы должны быть заблаговременно предупреждены о необходимости раннего посещения консультации при повторной беременности.

После наступления беременности.

Тщательное наблюдение:

- в 1триместрее — 1 раз в 2 нед;
- во II триместре — 1 раз в 10 дней;
- в III триместре — 1 раз в нед;
- постоянное ношение документа (паспорта, паспорта беременной, обменной карты), в котором была бы указана группа и резус-принадлежность крови;
- выполнение всех мероприятий по профилактике крупного плода, физио-психопрофилактической подготовке, профилактике невынашивания и послеродовых осложнений;
- экстренная госпитализация при малейшем подозрении на несостоятельность рубца или присоединений любой акушерской патологии; обязательная госпитализация в сроке 37 недель беременности для выработки плана ведения родов и комплексной дородовой подготовки (оптимальный срок планового кесарева сечения — 38,5 недель, после «созревания» сурфактантной системы легких плода).

При наличии дефекта рубца, а также указаний на заживление раны вторичным натяжением госпитализацию следует осуществить в 35 недель беременности.

ГРУППА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Гнойно-септические осложнения возникают в результате действия на организм различных микроорганизмов, бактерий, вирусов, риккетсий и др. В 30—35% всех случаев септический процесс вызывают грамположительные бактерии (стафилококки, стрептококки), в 60—65% — грамотрицательные (кишечная палочка, протей, клебсиелла, синегнойиая палочка). Септический процесс, вызванный грамотрицательной флорой, протекает более злокачественно и чаще приводит к септическому шоку. В последние годы отмечается учащение гнойных процессов, вызванных сапрофитами и анаэробами.

Группу риска возникновения гнойно-септических осложнений составляют беременные, перенесшие в прошлом послеродовой или послеабортный сепсис, эндометрит, мастит, страдающие хроническими воспалительными заболеваниями органов дыхания, нёбных миндалин, гепатобилиарной системы, почек и мочевыводящих путей, женской половой сферы, с кариесом зубов, с варикозным расширением вен, флебитами и тромбофлебитами, с фурункулезом, с рубцами на матке после операций.

Мероприятия, направленные на профилактику гнойно-воспалительных заболеваний в этой группе, заключаются в четком и своевременном выполнении следующих требований:

- санация очагов воспаления;

- физическая подготовка беременных к родам (гигиенические мероприятия, закаливание организма, ультрафиолетовое облучение, солнечные и воздушные ванны, купание, физкультурные упражнения);
- бактериологическое исследование выделений из влагалища с целью определения флоры и чувствительности ее к антибиотикам (в сроке 36 недель беременности, в дальнейшем — по показаниям);
- санация влагалища (в соответствии с результатами бактериологического исследования);
- санация полости рта

ГРУППА БЕРЕМЕННЫХ С ОТЯГОЩЕННОЙ НАСЛЕДСТВЕННОСТЬЮ

В нее включают женщин, родивших детей с наследственными заболеваниями, аномалиями развития, мертворожденных, а также беременных, которые сами страдают наследственными заболеваниями или их родственники. В группу беременных с отягощенной наследственностью включают и женщин, чьи мужья являются носителями заболевания по доминантному типу (хондродистрофия). Все супружеские пары в указанных случаях должны быть обследованы в медико-генетических консультациях.

При установлении у супругов заболевания, наследующегося сцепленно с полом, необходимо в 11-13 недель беременности направить женщину в специализированный стационар, где будет определен пол плода и решен вопрос о целесообразности вынашивания данной беременности.

ГРУППА ЖЕНЩИН С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКИМ АНАМНЕЗОМ

Формирование этой группы целесообразно проводить до беременности, осуществляя диспансерное наблюдение женщин, у которых имели место мертворождения или смерть новорожденных в ранний неонатальный период, а также патологические роды (осложнившиеся кровотечением, оперативным вмешательством и пр.).

До наступления очередной беременности в каждом случае следует уточнить причину бывшей патологии и при необходимости провести лечение имеющихся осложнений. Если причиной гибели ребенка была травма головного мозга, обязательна рентгенопельвиометрия для определения функционального состояния таза женщины.

После наступления очередной беременности нужно установить диспансерное наблюдение в соответствии с принадлежностью к группам риска возникновения и развития перинатальной, акушерской или экстрагенитальной патологии и обеспечить соблюдение требований по ведению беременных в условиях женской консультации.

ГРУППА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

В случае наступления беременности у женщин с соматическими или инфекционными заболеваниями задача акушера — решить вопрос о возможности вынашивания данной беременности; каким путем прервать непоказанную беременность; какими средствами проводить профилактику и лечение фетоплацентарной недостаточности, развивающейся во всех случаях болезней женщины, особенно предшествующих беременности.

Для реализации указанных задач в РФ существует «Перечень заболеваний, при которых вынашивание беременности противопоказано», а также регламентирующие документы о совместном наблюдении акушеров и врачей-специалистов за

беременными с экстрагенитальными заболеваниями. До 20 недели беременности больные беременные госпитализируются в профильные стационары, а в более поздние сроки — в специализированные акушерские (кардиоваскулярные, уронефрологические, фтизиатрические, эндокринологические) или в республиканские, областные крупные многопрофильные больницы или перинатальные центры. В случае положительного решения вопроса о вынашивании беременности необходим индивидуальный план оздоровления беременной для профилактики осложнений.

Наблюдение этого контингента беременных осуществляет участковый врач совместно с терапевтом женской консультации.

В течении беременности каждая женщина осматривается терапевтом трижды: спустя 10—13 дней после первого посещения консультации (когда уже получены результаты обследования), в 32 и 36—37 недель.

При первом обращении беременной к терапевту (по направлению акушера-гинеколога) он знакомится с «Индивидуальной картой беременной и родильницы» или выпиской из истории болезни амбулаторного больного, дополнительно собирает анамнез, включающий данные о развитии заболевания, наследственности, вредных привычках, предрасположенности к аллергии и др. После этого беременную тщательно осматривают.

В каждом конкретном случае вопрос о прерывании беременности по медицинским показаниям решает МСЭК в составе заведующего женской консультацией, участкового акушера-гинеколога, терапевта женской консультации и врачей других специальностей. Если в городе (области) имеется специализированный центр (например, кардио-акушерский и др.), необходимо получить заключение врачей-специалистов.

При решении вопроса о возможности вынашивания беременности следует учитывать срок беременности (I или II триместр) и заболевания или состояния внутренних органов, при которых может возникнуть необходимость в прерывании беременности.

Если беременной с экстрагенитальными заболеваниями разрешено вынашивание беременности, ее следует взять под строгое диспансерное наблюдение участкового акушера-гинеколога и терапевта женской консультации или же врачей специализированного центра. Особого внимания требуют больные, которым было рекомендовано прерывание беременности, но в силу различных причин они сохранили беременность. Диспансеризации подлежат также больные с редко встречающимися заболеваниями, неблагоприятно влияющими на течение беременности или прогрессирующими под ее влиянием. Беременные должны быть информированы о необходимости регулярного посещения акушера-гинеколога, терапевта и других специалистов, а также о сроках всех исследований и предполагаемой плановой госпитализации. Большое значение имеет психотерапия беременной и ее родственников, антенатальный патронаж. Как правило, беременные с экстрагенитальными заболеваниями посещают терапевта в те же сроки, что и акушера-гинеколога (за исключением больных некоторыми хроническими заболеваниями желудка и кишечника, при которых можно ограничиться обычным наблюдением терапевта).

При каждом посещении беременной устанавливается соответствующий режим, диета и назначается адекватная терапия.

Особенностью фармакотерапии беременных является строгий подбор лекарственных средств с целью исключения их вредного действия на плод. До 11—12 недели беременности желательно избегать назначения препаратов с тератогенным и эмбриотоксическим действием и по возможности применять физические методы лечения, дието- и фитотерапию.

По мере развития беременности арсенал фармакологических средств может быть

расширен, но следует по-прежнему строго подбирать препараты и применять их в минимальной дозе.

❖ ***Беременность и роды при сердечно-сосудистых заболеваниях***

Частота сердечно-сосудистых заболеваний у беременных колеблется в значительных пределах, но стоит на первом месте среди всех экстрагенитальных заболеваний. Так, заболевания сердца наблюдаются в среднем у 7%, гипертоническая болезнь — у 4—5%, артериальная гипотония — у 12% беременных.

В период беременности повышенная нагрузка на сердечно-сосудистую систему вызывает физиологически обратимые, но достаточно выраженные изменения гемодинамики и функции сердца.

Повышение нагрузки связано с усилением обмена, направленным на обеспечение потребностей плода, увеличением объема циркулирующей крови, появлением дополнительной плацентарной системы кровообращения, с постоянно нарастающей массой тела беременной. При увеличении размеров матка ограничивает подвижность диафрагмы, повышается внутрибрюшное давление, изменяется положение сердца в грудной клетке, что в конечном итоге приводит к изменениям условий работы сердца. Такие гемодинамические сдвиги, как увеличение объема циркулирующей крови и сердечного выброса, могут оказаться неблагоприятными и даже опасными у беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы вследствие наслоения их на уже имевшиеся обусловленные болезнью.

Увеличение числа сокращений миокарда во время беременности предъявляет повышенные требования к его функциональному состоянию, а рост потребления кислорода — к его доставке по коронарным артериям. Все это представляет серьезную угрозу для женщин с сердечно-сосудистыми заболеваниями, так как может вызвать развитие декомпенсации кровообращения перед родами, в родах и после них. Во время беременности создается дополнительная нагрузка на сердечно-сосудистую систему, и, как следствие этого, у 30 % здоровых беременных выслушивается систолический шум над легочной артерией и верхушкой сердца, усиливается II тон над легочной артерией за счет ускорения кровотока. Повышение содержания эстрогенов в организме вызывает нарушения возбудимости и проводимости сердечной мышцы, возникают аритмии. С внедрением эхокардиографии выявилось, что при нормально протекающей беременности могут отмечаться физиологическая регургитация на клапанах, ускорение тока крови, признаки функционирующего открытого овального окна, незначительное накопление жидкости в перикарде

Независимыми предикторами сердечно-сосудистых осложнений для матери были аритмии, высокий ФК СН, цианоз, обструкция выходного тракта левого желудочка и снижение его сократимости.

В зависимости от перегрузки того или иного желудочка выделяют СН по левожелудочковому типу, правожеудочковому типу и бивентрикулярную.

Симптомы СН по левожелудочковому типу в порядке появления:

- цианоз;
- одышка;
- ортопноэ; кашель с трудноотделяемой мокротой, содержащей прожилки крови;
- приступы сердечной астмы;
- отек легких.

Симптомы СН по правожелудочковому типу в порядке появления:

- акроцианоз;
- набухание шейных вен;
- положительный венный пульс;

- в боли в правом подреберье;
- увеличение печени, иногда с легкой желтухой;
- отеки;
- метеоризм;
- асцит;
- гидроторакс;
- гидроперикард.

Переносимость физических нагрузок, прогноз беременности и родов в значительной степени зависят от типа перегрузки сердца.

Перегрузка **сопротивлением** возникает при затруднении выброса крови вследствие сужения (аортальный и субаортальный стенозы, стеноз легочной артерии, коарктация аорты). Перегрузка сопротивлением способствует активации механизмов гомеостаза и не приводит к усилению диастолического растяжения кардиомиоцитов. Гипертрофия левого желудочка при перегрузке давлением является адаптивной реакцией сердца, которая позволяет поддерживать нормальный сердечный выброс в условиях градиента давления. Выявлено, что на ранних этапах формирования пороков сердца, сопровождающихся перегрузкой давлением, возникает концентрический тип гипертрофии миокарда. При этом включаются компенсаторные механизмы в виде гиперфункции миокарда — усиления сократимости миокарда и увеличения частоты сердечных сокращений. В дальнейшем адаптация сердца при длительной перегрузке давлением осуществляется посредством продолжающегося утолщения стенок и дилатации камер сердца. На более поздних стадиях значительное увеличение внутрисердечных объемов, наряду со значительно увеличенной массой миокарда, может свидетельствовать о том, что неадекватность гипертрофии происходит не только за счет недостаточного увеличения толщины стенок в условиях повышенного градиента давления, но и за счет эксцентрического типа гипертрофии миокарда. Имеющееся увеличение концентричности является недостаточным; вследствие этого происходит увеличение степени дилатации и напряжения стенки, что, в свою очередь, приводит к снижению сократительной способности миокарда.

При отсутствии выраженной дилатации полости любого желудочка сердца женщины с этим типом перегрузки переносят беременность хорошо, однако возможность появления и прогрессирования осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы во время беременности и способ родоразрешения зависят от других, часто связанных между собой, объективных (градиент давления в месте сужения, признаки ишемии миокарда) и субъективных (боли за грудиной, одышка и приступы удушья) признаков.

Перегрузка объемом отмечается при дополнительном притоке крови в желудочек через дефект в перегородке сердца или артериальный проток (ДМПП, ДМЖП, НАЛ), а также при регургитации крови из-за клапанной недостаточности (МН, НАК). Этот синдром, с точки зрения изменений гемодинамики, является более неблагоприятным вследствие отмечающегося увеличения объемных показателей со стороны различных камер сердца. Он ведет к быстрому развитию перерастяжения кардиомиоцитов, дистрофии миокарда и сердечной недостаточности. Возникающая гипертрофия миокарда оказывается в этих условиях несостоятельной.

Большинство пациенток, тем не менее, хорошо переносят беременность и послеродовой период (исключая выраженную аортальную недостаточность), что обусловлено длительной по времени компенсацией, а также развивающейся у беременных вазодилатацией, в значительной степени облегчающей переносимость перегрузки объемом.

Смешанный тип перегрузки сочетает в себе перегрузку объемом и давлением (комбинированные и сочетанные ревматические пороки сердца, некоторые врожденные

пороки сердца (ВПС) и является наиболее тяжело протекающим гемодинамическим синдромом у беременных. Возможность пролонгирования беременности и способ родоразрешения при смешанном типе перегрузки всегда решаются индивидуально.

Низкая степень риска сердечно-сосудистых осложнений (до 4 %) во время беременности отмечается при следующих состояниях.

✓ Незначительный шунт слева направо (ДМПП, ДМЖП, ОАП). Полученные данные свидетельствуют о том, что диаметр дефекта при наиболее часто встречаемом пороке ДМПП составляет до 2 см, а при ОАП и ДМПП — соотношение легочного кровотока и системного менее чем 2:1.

✓ Радикальные операции на сердце без нарушений сократительной функции миокарда.

✓ Пролапс митрального клапана без выраженной регургитации.

✓ Двустворчатый аортальный клапан с незначительным стенозом. При этом градиент давления на аортальном клапане составляет не более 50 мм рт. ст. и незначительный или умеренно выраженный стеноз легочной артерии. Градиент давления на клапане легочной артерии составляет до 60 мм рт. ст.

✓ Клапанная регургитация до II степени при нормальной сократительной функции миокарда.

✓ Гипертрофическая кардиомиопатия с градиентом выходного тракта левого желудочка менее 40 мм рт. ст.

Промежуточный риск сердечно-сосудистых осложнений (имеют до 27% женщин с конкретным пороком сердца) отмечается в следующих состояниях:

- Неоперированные цианотические пороки сердца или проведенные паллиативные операции при них (Фонтена при единственном желудочке сердца, Мастарда и Сеннинга при ТМС).
- Большой шунт слева направо (ДМПП, ДМЖП, ОАП) (диаметр дефекта в этих случаях составляет более 2 см).
- Некорригированная коарктация аорты.
- Аортальная недостаточность II степени.
- Митральный стеноз с площадью митрального клапана менее 1,7см^2.
- Механический искусственный клапан.
- Выраженный стеноз легочной артерии.
- Умеренно выраженное снижение сократительной функции миокарда (фракция выброса от 40 до 60 %).
- Гипертрофическая кардиомиопатия (с градиентом выходного тракта левого желудочка более 40 мм рт. ст.
- Перипортальная кардиомиопатия в анамнезе.

- **Высокий риск** сердечно-сосудистых осложнений (более 27 %) отмечается при следующей патологии:

✓ СН III—IV ФК;

✓ выраженная легочная гипертензия;

✓ синдром Марфана с вовлечением аорты и клапанного аппарата;

✓ выраженный аортальный стеноз;

✓ аортальная недостаточность;

✓ перипортальная кардиомиопатия со снижением сократительной функции.

Необходимо отметить, что степени риска сердечно-сосудистых осложнений не всегда соответствуют показаниям к прерыванию беременности или досрочному родоразрешению. Пролонгирование беременности не рекомендуется женщинам с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений.

ПОРОКИ СЕРДЦА

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА БЕЗ ЦИАНОЗА

Врожденные аномалии сердца и сердечно-сосудистой системы встречаются примерно в 7-10 случаях на 1000 родившихся. Другими словами, эти заболевания наиболее часто встречаются среди врожденных и составляют примерно 30 % врожденных заболеваний у взрослых.

Дефект межпредсердной перегородки

Дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) характеризуется наличием сообщения в перегородке между предсердиями, через которое происходит сброс крови.

Различают первичный и вторичный — наиболее часто встречающийся — дефекты межпредсердной перегородки. Первичный ДМПП возникает вследствие незаращения первичного сообщения между предсердиями и располагается в нижнем отделе межпредсердной перегородки непосредственно над предсердно-желудочковыми отверстиями. Нижним краем дефекта служит перегородка между ними.

Дефекты межпредсердной перегородки такого типа являются составной частью полной (или неполной) АВ-коммуникации (АВ-канал) — порока, который особенно характерен для синдрома Дауна. АВ-канал может также включать дефекты АВ-перегородки, дефекты задне-нижнего отдела межжелудочковой перегородки и единый АВ-клапан (передняя створка митрального и перегородочная створка трехстворчатого клапанов соединены и образуют единую створку). В изолированном виде порок встречается крайне редко.

Вторичный дефект —наиболее распространенная форма порока. Он составляет 85-98 % от общего числа изолированных ДМПП, при этом всегда сохраняется край межпредсердной перегородки в нижнем отделе, которым он отделен от уровня предсердно-желудочковых клапанов. Его надо отличать от открытого овального окна: вскоре после рождения оно обычно закрывается и зарастает (небольшое отверстие, пропускающее катетер — вариант нормы).

Дефекты, напоминающие венозный синус (коллектор венозной крови из миокарда), возникают в верхней части межпредсердной перегородки вблизи впадения верхней полой вены. Этот порок часто сочетается с аномальным впадением (дренажом) правых легочных вен, когда вены, исходящие из правого легкого, соединяются с верхней полой веной и правым предсердием.

Патогенез

Обычно возникающий сброс крови слева направо ведет к перегрузке правого желудочка объемом и, соответственно, — к увеличению легочного кровотока. Величина сброса крови зависит от размера дефекта, податливости желудочков и отношения легочного сосудистого сопротивления к общему периферическому сосудистому сопротивлению. Величина сброса варьирует в широких пределах, но обычно достигает 10-15л/мин. Возникающая легочная гипертензия носит гиперволемический характер и обычно не бывает высокой (до 40мм рт. ст.).

Клиническая и аускультативная картины

Обычно жалобы больных связаны с декомпенсацией кровообращения. Тяжесть ее зависит от выраженности перегрузки правых отделов и развития легочной гипертензии. При небольших размерах шунта длительное время жалоб нет, трудоспособность не ограничена и порок выявляется при случайном обследовании. В большинстве случаев жалобы появляются после 30 лет. Больные жалуются на быструю утомляемость, одышку, реже — на сердцебиение и перебои. Аускультативно ДМПП проявляется нежным систолическим шумом с эпицентром над легочной артерией. Шум обусловлен относительным стенозом основания легочного ствола, через который протекает избыточный объем крови. Второй тон над легочной артерией усилен, часто расщеплен.

При вторичном дефекте межпредсердной перегородки течение болезни более

благоприятное. Жалобы обычно появляются лишь в зрелом возрасте (как правило, после 40 лет). К 50-летнему возрасту примерно 75 % больных страдают от сердечной недостаточности, развитию которой способствует мерцательная аритмия. Сердечная недостаточность обусловлена как изолированным сбросом крови слева направо, значительным по объему, так и выраженной легочной гипертензией, которая заметно отягощает прогноз.

Течение болезни при первичном дефекте межпредсердной перегородки более тяжелое, чем при вторичном. У большинства больных жалобы появляются уже в 20-летнем возрасте. Кроме перечисленных осложнений, у таких больных может развиться полная атриовентрикулярная блокада вследствие частой травматизации атриовентрикулярного узла, расположенного кзади от дефекта, турбулентным потоком крови через него.

Осложнения гестации:

- ✓ мерцательная аритмия;
- ✓ суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия;
- ✓ правожелудочковая недостаточность;
- ✓ парадоксальная эмболия.

Факторы, определяющие тяжесть ДМПП у беременных:

- ➢ цианоз (свидетельствует о сбросе справа налево — реверсия шунта);
- ➢ диаметр дефекта более 2 см;
- ➢ выраженные тахикардия и одышка при минимальной нагрузке (СНIIIФК);
- ➢ высокая легочная гипертензия более 40-50 мм рт. ст. (бывает крайне редко);
- ➢ сочетание с другими пороками (неполная АВ-коммуникация).

Особенности течения беременности

При ведении данного контингента беременных важно помнить, что они плохо переносят кровопотерю. При значительном и остром снижении объема циркулирующей крови повышение общего сосудистого сопротивления вместе со снижением венозного возврата в правое предсердие вызывает массивное поступление крови из левого в правое предсердие.

Клинически это может проявляться усилением одышки и появлением мерцательной аритмии, которую необходимо немедленно купировать либо медикаментозно, либо электрической кардиоверсией (дефибрилляцией). Из медикаментов могут использоваться кордарон (до 600-1200мг/сут в/в струйно и капельно) или новокаинамид (100 мг/сут в/в струйно медленно). Проведение дефибрилляции на любом сроке беременности безопасно для плода.

В случае персистирующей формы мерцательной аритмии рекомендуется антикоагулянтная терапия варфарином в течение 4 нед. Еще одно редкое осложнение ДМПП у беременных — парадоксальная эмболия, а пациенткам с длительным постельным режимом рекомендуется проведение тромбопрофилактики нефракционированным или низкомолекулярным гепарином.

Подготовка к родам и родоразрешение

- ■ При первой консультации беременной по результатам ЭхоКГ-исследования определить тип ДМПП (первичный или вторичный), размер дефекта, направление сброса крови и сочетание с другими ВПС. Большинство беременных с ДМПП в проведении медикаментозной терапии не нуждаются. Исключение составляют пациентки с СН III ФК, цианозом и высокой легочной гипертензией. В этих случаях возможно использование периферических вазодилататоров (нитратов), сердечных гликозидов и диуретиков в невысоких дозировках. Лечение чаще всего осуществляется в стационарных условиях под наблюдением кардиолога.
- ■ При отсутствии факторов, определяющих тяжесть ДМПП, — роды под медикаментозным обезболиванием через естественные родовые пути
- ■ При наличии факторов, определяющих тяжесть ДМПП, и вторичном ДМПП

возможно закрытие дефекта с помощью окклюдера по методике Amplatzer на сроке беременности 21-22 нед. При невозможности проведения катетерного закрытия дефекта (отсутствие нижнего края, диаметр более 1,5 см, легочная гипертензия) роды проводятся на фоне оксигенотерапии с ограничением потуг длительной эпидуральной анестезией (возможно — с использованием вакуум- экстракции плода) или в случае развития цианоза и высокой легочной гипертензии — с их исключением путем наложения выходных акушерских щипцов. Для контроля насыщения крови кислородом рекомендуется использование пульсоксиметрии. В случае необходимости проведения кесарева сечения (КС) (чаще — по акушерским показаниям) обязателен строгий контроль и своевременная коррекция объема кровопотери. При стратификации чаще всего определяется промежуточный риск осложнений.

- Проведение эпидуральной и спинальной анестезии у беременных с большим ДМПП из-за снижения АД и давления в левом предсердии может осложниться реверсией шунта (ток крови через ДМПП справа налево), клинически проявляющейся диффузным, разлитым цианозом. Рекомендуется строгий контроль за АД во время анестезии, при значительном снижении АД показано внутривенное или подкожное введение мезатона.

Неполная атриовентрикулярная коммуникация

Атриовентрикулярная коммуникация (АВК) характеризуется наличием сообщения между предсердиями и желудочками, обусловленного дефектами в перегородках, в сочетании с расщеплением створок митрального и трикуспидального клапанов.

По клинической картине различают:

- неполную форму АВК, включающую в себя ДМПП с расщеплением створки митрального клапана;
- полную форму АВК, представляющую собой практически единый канал, включающий ДМПП, ДМЖП, отсутствие или расщепление септальных створок митрального клапана и трикуспидального клапана. Этот порок выглядит как единое АВ-отверстие. Полная форма АВК в 40 % сочетается с синдромом Дауна; наблюдаются сочетания с другими пороками.

Признаки сердечной недостаточности (тахипноэ, тахикардия, застой в легких, гепатоспленомегалия) характерны для больных полной АВК с первых часов жизни, а достижение фертильного возраста часто невозможно.

Патогенез

Артериовенозный сброс крови при неполной форме АВК происходит только на уровне межпредсердной перегородки, а наличие расщепленной створки митрального клапана способствует регургитации крови из левого желудочка в левое предсердие, что гемодинамически определяется как недостаточность митрального клапана. У больных с неполной формой АВК степень проявления нарушения кровообращения в основном зависит от выраженности недостаточности митрального клапана. При незначительной регургитации на митральном клапане течение заболевания схоже с течением изолированного ДМПП, при значительной регургитации состояние и течение заболевания тяжелые, с явлениями сердечной недостаточности, дефицита веса.

Клиническая и аускультативная картины

Клинические признаки митральной недостаточности или ДМПП.

Осложнения гестации:

✓ аритмии;

✓ хроническая сердечная недостаточность.

Подготовка к родам и родоразрешение

✓ Оценить степень митральной недостаточности и размер ДМПП, от которых зависит дальнейшая тактика. В зависимости от этих показателей риск расценивается

как незначительный или промежуточный.

✓ При незначительном риске — роды через естественные родовые пути под медикаментозным обезболиванием, при промежуточном — с ограничением потуг длительной эпидуральной анестезией или вакуум-экстракцией плода.

Дефект межжелудочковой перегородки.

Дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) представляет собой отверстие в межжелудочковой перегородке сердца. Он может быть изолированным или сочетаться с другими пороками сердца.

По локализации выделяют ДМЖП мембранозной части (высокорасположенные) и мышечной части (низкорасположенные). Мембранозные ДМЖП (75 %) находятся в верхней части межжелудочковой перегородки, под клапаном аорты и септальной створкой трехстворчатого клапана. Мышечные ДМЖП (10 %) располагаются в мышечной части межжелудочковой перегородки, на значительном расстоянии от клапанов и проводящей системы. Они бывают множественными, фенестрированными и часто закрываются самопроизвольно. Спонтанное закрытие ДМЖП может происходить в результате закрытия дефекта створкой трехстворчатого клапана (чаще всего), разрастания фиброзной ткани, пролиферации эндокарда, смыкания краев дефекта. Надгребневые (ДМЖП выносящего тракта правого желудочка — 5 %) располагаются выше наджелудочкового гребня, часто сопровождаются недостаточностью аортального клапана, самопроизвольно не закрываются. В 10% могут отмечаться множественные ДМЖП.

Дефекты различают по размерам:

- большие: диаметр отверстия равен или больше диаметра аорты (3 см и более). При таких дефектах давление в обоих отделах сердца почти одинаковое;
- средние: диаметр отверстия меньше размера аорты (от 1 до 3см). Давление в правом желудочке составляет 50 % от давления в левом желудочке;
- малые: диаметр отверстия до 1 см. При этом объем крови в малом круге кровообращения увеличивается на 25%.

Патогенез

Основные нарушения гемодинамики в большей мере зависят от размера дефекта и состояния легочных сосудов, чем от локализации дефекта.

В основе нарушений гемодинамики лежит сброс крови на уровне желудочков. Поскольку левый желудочек мощнее правого, вначале кровь сбрасывается из левого желудочка в правый, из большого круга кровообращения — в малый. При перегрузке малого круга кровообращения происходит спазм сосудов легких, они склерозируются, уплотняются, давление в малом круге увеличивается и, когда оно превышает давление в большом круге кровообращения, развивается обратный процесс — кровь сбрасывается из правого желудочка в левый.

При дефекте больших размеров появляются симптомы нарушений гемодинамики. При отсутствии легочной гипертензии или ее умеренной выраженности больные жалуются на одышку при физической нагрузке и утомляемость. В анамнезе — частые бронхолегочные инфекции. При физикальном исследовании отмечаются бледность кожи и усиленный верхушечный толчок, который часто смещается влево. При аускультации характерны: и грубый пансистолический шум с эпицентром в третьем—четвертом межреберье слева у края грудины и широкой иррадиацией, который сопровождается систолическим дрожанием; п акцент II тона над легочной артерией; и появление III тона.

Может отмечаться также тихий мезодиастолический шум относительного митрального стеноза.

При длительном течении порока, особенно при высокорасположенных и больших дефектах, возможно развитие тяжелого осложнения ДМЖП, известного как

синдром Эйзенменгера (высокая легочная гипертензия с преходящим или постоянным шунтом крови справа налево)

Клиническая и аускультативная картины

Клиническая картина порока определяется величиной сброса крови и легочной гипертензии. Небольшие дефекты (болезнь Толочинова—Роже) проявляются лишь типичным грубым систолическим шумом с эпицентром в третьем—четвертом межреберье у левого края грудины. Жалоб со стороны больных нет, данные ЭКГ и рентгенологического исследования без изменений. Следует подчеркнуть, что звучность шума не коррелирует с величиной дефекта и объемом сброса крови («много шума из ничего»).

Осложнения гестации:

- ❖ легочная гипертензия;
- ❖ хроническая сердечная недостаточность.

Факторы, определяющие тяжесть ДМЖП у беременных:

- ❖ цианоз (свидетельствует о сбросе крови справа налево или о сочетании с другим пороком);
- ❖ диаметр отверстия более 2 см;
- ❖ выраженные тахикардия и одышка при минимальной нагрузке (СНIIIФК);
- ❖ высокая легочная гипертензия.

Лечение

При развитии сердечной недостаточности проводится стационарное лечение с использованием сердечных гликозидов, диуретиков, метаболических препаратов в общепринятых дозировках.

Подготовка к родам и родоразрешение

- Определить размеры и локализацию ДМЖП, систолиеское давление в легочной артерии, сочетание с другими ВПС и ФК СН.
- При отсутствии факторов, определяющих тяжесть течения, и систолическом давлении в легочной артерии до 60 мм рт. ст. отмечается низкий риск осложнений. Роды ведутся через естественные родовые пути под медикаментозным обезболиванием.
- При наличии фактора, определяющего тяжесть течения, или легочной гипертензии с систолическим давлением в легочной артерии от 60 до 80 мм рт. ст. отмечается промежуточный риск осложнений. Роды ведутся с исключением потуг (наложение акушерских щипцов или КС).

Наличие высокой легочной гипертензии (систолическое давление в легочной артерии выше 80 мм рт. ст. или более 3/4 системного) является показанием к прерыванию беременности.

Беременность является противопоказанной из-за высокой материнской смертности, составляющей около 30-50 %. При отказе от прерывания беременности пациентка наблюдается в специализированном роддоме с частым определением параметров сократительной функции левого и правого желудочков (1 раз в 2 нед). Родоразрешение осуществляется при стабильной гемодинамике на доношенном сроке или ранее операцией КС под общей анестезией.

ткрытый артериальный проток

Артериальный проток соединяет бифуркацию легочного ствола с аортой (сразу после отхождения левой подключичной артерии). В норме проток открыт у плода и после рождения сразу закрывается.

Классификация основана на трех основных гемодинамических показателях:

- ➢ отношение систолического давления в легочной артерии к систолическому давлению в системной артерии;
- ➢ отношение сосудистого сопротивления малого и большого круга

кровообращения;

- величина сброса крови слева направо.

Патогенез

При данном пороке кровь из аорты, поскольку там давление выше, сбрасывается в легочную артерию. Объем сброса крови зависит от размеров отверстия. Количество балластной крови, выбрасываемой левым желудочком в аорту, может достигнуть 40-70 %. Давление в легочной артерии обычно в норме, и сброс в нее из аорты происходит постоянно.

В результате сброса объем крови в малом круге кровообращения резко увеличивается и может превышать объем крови в большом круге в три раза. Основная часть крови в этом случае циркулирует в легких; остальные органы и ткани, недополучая кислород, находятся в состоянии постоянной гипоксии. Повышенное давление в сосудах легких приводит к застою, что создает условия для развития в них воспалительных заболеваний. Постепенно затем сосуды склерозируются, и их функция нарушается.

Если проток широкий, то к зрелому возрасту обычно развивается синдром Эйзенменгера с цианозом из-за сброса крови справа налево. Венозная кровь попадает в нисходящую аорту, поэтому цианоз и симптом «барабанных палочек» возникают на ногах, но не на руках.

Осложнения гестации:

- ✓ легочная гипертензия;
- ✓ сердечная недостаточность.

Факторы, определяющие тяжесть ОАП у беременных:

- ❖ уровень легочной гипертензии.

Лечение

При развитии сердечной недостаточности и легочной гипертензии проводится стационарное лечение сердечными гликозидами и диуретиками в общепринятых дозах.

Подготовка к родам и родоразрешение

Большинство беременных с ОАП в проведении медикаментозной терапии не нуждаются. При развитии СН III ФК возможно использование сердечных гликозидов. Лечение чаще всего осуществляется в стационарных условиях под наблюдением кардиолога.

При легочной гипертензии I—II степени возможно пролонгирование беременности.

При отсутствии легочной гипертензии и ЛГ I степени (систолическое давление в легочной артерии от 35 до 50 мм рт. ст) определяется низкий риск осложнений, роды ведутся через естественные родовые пути под медикаментозным обезболиванием.

При ЛГ II степени (систолическое давление в легочной артерии от 51 до 75 мм рт. ст.) определяется промежуточный риск осложнений, роды ведутся через естественные родовые пути с ограничением потуг длительной эпидуральной анестезией или с использованием вакуум-экстракции плода.

Наличие высокой легочной гипертензии (систолическое давление в легочной артерии выше 80 мм рт. ст.) является противопоказанием к пролонгированию беременности.

При отказе от прерывания беременности определяется высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, а ведение беременности осуществляется кардиологом специализированного роддома.

Стеноз легочной артерии

Изолированный стеноз клапана легочного ствола характеризуется наличием препятствия на пути поступления крови на уровне клапана легочного ствола.

Различают надклапанный, клапанный и подклапанный стенозы, возможно их

сочетание.

Классификация порока разработана с учетом величины систолического давления в правом желудочке.

При I стадии (умеренный стеноз) отмечается повышение систолического давления в правом желудочке до 60 мм рт. ст.

При II стадии (выраженный стеноз) систолическое давление колеблется в пределах 61-100мм рт. ст.

При III стадии (резкий стеноз) давление в правом желудочке превышает 100 мм рт. ст.

Стадия IV — стадия декомпенсации. В этой стадии доминирующей в течении заболевания становится дистрофия миокарда с тяжелой степенью нарушения кровообращения, а систолическое давление в правом желудочке может быть не очень высоким.

Патогенез

При сужении легочной артерии давление в правом желудочке повышается, так как мышце правого желудочка необходимо большее усилие, чтобы протолкнуть кровь в легочную артерию. Вследствие этого миокард правого желудочка гипертрофируется, время выброса крови в легочную артерию удлиняется, что нарушает весь цикл работы сердца. В далеко зашедшей стадии порока при значительном стенозе развивается дилатация правого желудочка. Повышается давление и в правом предсердии. Это приводит к его гипертрофии, а затем и к дилатации. Дальнейшее развитие порока приводит к недостаточности правого желудочка, его декомпенсации, возникновению недостаточности трехстворчатого клапана.

Клиническая и аускультативная картины

Легкий стеноз протекает бессимптомно и с годами лишь слегка усиливается. Умеренный и тяжелый стенозы обычно прогрессируют. В тяжелых случаях систолическое давление в правом желудочке выше, чем в левом. В связи со снижением давления в легочной артерии возникает недостаточный кровоток в малом круге кровообращения.

Больные жалуются на одышку, которая чаще появляется при физической нагрузке (а в тяжелых случаях наблюдается даже в покое), усталость, слабость, обмороки.

При небольшой степени стеноза у больных отмечается благоприятное течение, и такие пациенты в течение всей жизни не предъявляют жалоб. При тяжелой степени стеноза и остающемся открытым овальном окне у больных рано развивается цианоз, симптомы «часовых стекол» и «барабанных палочек», полицитемия, правожелудочковая недостаточность. Выявляют выбухание справа от грудины, а также громкий мезосистолический шум (лучше всего он слышен над местом стеноза во втором межреберье слева от грудины) и систолическое дрожание вверху у левого края грудины. При клапанном стенозе им предшествует резко усиленный I тон. Шум распространяется по направлению к левой ключице и хорошо прослушивается в межлопаточном пространстве. II тон над легочной артерией не прослушивается или резко ослаблен, причем степень ослабления II тона прямо зависит от выраженности СЛА. Нередко выслушивается (особенно у больных с сердечной недостаточностью) пансистолический убывающий шум трикуспидальной регургитации. У части больных с клапанным стенозом определяется нежный диастолический шум, свидетельствующий о недостаточности клапанов легочной артерии при грубой деформации створок.

Патогенез осложнений гестации

Главную роль в развитии возможных осложнений гестации играет не локализация, а степень стеноза. Если при нормальном сердечном выбросе градиент давления по разные стороны обструкции ниже 50 мм рт. ст., то стеноз легкий, если он

составляет 50-80 мм рт. ст. — умеренный, более 80мм рт. ст. — тяжелый.

Легкий и умеренный СЛА не оказывают влияния на прогноз беременности, родов и неонатальные исходы .

Осложнения гестации:

- ✓ правожелудочковая недостаточность;
- ✓ развитие цианоза при высоком градиенте давления и открытом овальном окне (ДМПП, ДМЖП).

Факторы, определяющие тяжесть СЛА у беременных:

- ✓ градиент давления на клапане легочной артерии более 80 мм рт. ст. (показано проведение баллонной вальвулопластики).

Лечение

В лечении беременные со СЛА не нуждаются, исключая случаи развития сердечной недостаточности (проводится кардиотоническая терапия в условиях стационара). При высоком градиенте давления на клапане легочной артерии возможно проведение у беременных баллонной вальвулопластики.

Подготовка к родам и родоразрешение

Большинство беременных со СЛА в проведении медикаментозной терапии не нуждаются. При развитии правожелудочковой недостаточности (отеки, гепатомегалия, набухание шейных вен) возможно использование сердечных гликозидов. Лечение чаще всего осуществляется в стационарных условиях под наблюдением кардиолога. Роды в большинстве случаев осуществляются через естественные родовые пути под медикаментозным обезболиванием. При высоком градиенте давления и невозможности выполнения баллонной вальвулопластики или правожелудочковой недостаточности роды с исключением потуг.

Аортальный стеноз

При аортальном стенозе имеется препятствие на пути выброса крови из левого желудочка.

Аортальный стеноз представляет собой врожденный порок сердца, сопровождающийся деформацией створок клапана и/или сужением клапанного (65-70% от всех случаев АС), надклапанного (10 %) или подклапанного отверстия (20-25 %). Сужение аорты может включать неправильное развитие створок, комиссур, кольца и ствола.

Кроме того, различают умеренный АС (градиент давления на аортальном клапане менее 50 мм рт. ст.), выраженный (градиент давления на аортальном клапане 50-80 мм рт. ст.), резкий (градиент давления на аортальном клапане более 80мм рт. ст.) и критический (градиент давления на аортальном клапане от 80 до 150мм рт. ст.).

Патогенез

При АС в аорту поступает меньше крови. Миокард левого желудочка работает с повышенной нагрузкой из-за препятствия к выбросу крови в аорту. При всех видах АС имеет место гипертрофия миокарда левого желудочка с нормальной или дилатированной его полостью. Развивающаяся гипертрофия миокарда вызывает ригидность левого желудочка при его наполнении, в результате возникает компенсаторный подъем конечно-диастолического давления в нем, уменьшается относительный коронарный кровоток, в том числе субэндокардиальный. Гипертрофия часто сопровождается фиброзом миокарда, возникающим в результате дефицита коронарного кровотока на фоне аортального стеноза. Повышается давление в левом предсердии, легочных венах и легочной артерии.

У больных аортальным стенозом нередко увеличены левое предсердие и правый желудочек, что облегчает функционирование левого желудочка. Их увеличение косвенно отражает степень клапанного стеноза. В случаях выраженного стеноза возможно возникновение аневризмы левого желудочка, некроза папиллярной мышцы

со вторичной недостаточностью митрального клапана.

Присоединяющийся на поздних стадиях развития заболевания выраженный кальциноз способствует еще большему сужению аортального отверстия. В случае двустворчатого клапана при спаянности створок или их неполном раскрытии, турбулентный поток крови травмирует их, что со временем ведет к развитию фиброза и обызвествлению.

Таким образом, на определенном этапе развития заболевания у больных с аортальным стенозом любого генеза обнаруживается выраженное обызвествление и деформация аортального клапана, что далеко не всегда позволяет с уверенностью говорить об этиологии данного порока (ревматизм или врожденный порок).

При клапанном стенозе, как следствие турбулентного кровотока, сразу после прохождения суженной части всегда обнаруживается та или иная степень постстенотической дилатации восходящей аорты. Строгой зависимости между расширением ствола аорты и степенью стеноза нет. В некоторых случаях обнаруживается гипоплазия восходящей аорты. Почти в 20 % случаев стенозы аорты сочетаются с другими ВПС: открытым артериальным протоком, коарктацией аорты, ДМЖП, периферическими стенозами легочной артерии.

Намного реже встречается надклапанный стеноз — сужение различной степени восходящей аорты сразу над синусами Вальсальвы.

Такие симптомы, как одышка с наличием или отсутствием потери сознания, аритмиями, являются тяжелыми осложнениями аортального стеноза. Пациентки с выраженным и резким АС, с субъективными симптомами заболевания, относятся к группе с высоким материнским и перинатальным риском. Необходимо учитывать возможность роста градиента давления на аортальном клапане во время беременности в связи с увеличением объема циркулирующей крови и снижением общего периферического сопротивления.

Клиническая и аускультативная картины

Первые жалобы со стороны больных появляются обычно при сужении устья аорты на более чем 50 % ее просвета. Наиболее характерные симптомы заболевания — головокружение, подташнивание, обморочные состояния (синкопа), появляющиеся при физической нагрузке или быстром изменении положения тела. Эти симптомы объясняются невозможностью адекватного увеличения сердечного выброса при нагрузке и преходящей недостаточности мозгового кровообращения. Следует помнить, что изредка причиной синкопальных состояний могут быть внезапно наступающие нарушения атриовентрикулярной проводимости (АВ-блокады II и III степени), в целом весьма характерные для больных со стенозом устья аорты.

Постепенно на фоне описанных клинических проявлений фиксированного ударного объема появляются быстрая утомляемость, слабость при физической нагрузке (недостаточная перфузия скелетных мышц, в том числе за счет вазоконстрикторных сосудистых реакций). Типичные приступы стенокардии напряжения или покоя очень характерны для части больных аортальным стенозом. Боли в области сердца возникают еще в период компенсации порока в результате относительной коронарной недостаточности, которая появляется или усугубляется во время физической нагрузки. Боль обычно локализуется за грудиной (редко — в области верхушки или во втором—четвертом межреберье слева от грудины), иррадиирует в левую руку и плечо, купируется нитроглицерином.

Другая характерная жалоба больных аортальным стенозом — одышка. Вначале она носит интермиттирующий характер и появляется при физической нагрузке или тахикардии любого происхождения, свидетельствуя главным образом о наличии диастолической дисфункции левого желудочка (ЛЖ), ведущей к умеренному повышению давления в левом предсердии (ЛП) и легочных венах. Со временем одышка становится более стойкой, возникает при все меньшем физическом напряжении и даже

в покое, иногда приобретая характер ортопноэ. Возникновение приступов удушья (сердечная астма или рецидивирующий альвеолярный отек легких), как правило, свидетельствует о присоединении к диастолической дисфункции ЛЖ нарушений его сократимости и указывает на вступление больного в финальный период развития заболевания.

Осложнения гестации:

- ✓ острая левожелудочковая недостаточность в форме кардиальной астмы и отека легких (предшествуют стойкая синусовая тахикардия, признаки выраженной гипертрофии ЛЖ и его дистрофии на ЭКГ);
- ✓ приступы стенокардии (давящие или сжимающие боли за грудиной, связанные с физической нагрузкой);
- ✓ расслаивание аорты при выраженном постстенотическом расширении.

Факторы, определяющие тяжесть АС у беременных:

- ✓ выраженность градиента давления на аортальном клапане;
- ✓ синкопальные состояния из-за развития желудочковой тахикардии;
- ✓ дистрофические изменения миокарда ЛЖ на ЭКГ в виде косонисходящей депрессии сегмента *ST* в левых грудных отведениях (V_5—V_6) с формированием отрицательного зубца Т;
- ✓ клинические и ЭКГ-признаки коронарной недостаточности из-за локализации кальциноза в области устья коронарных артерий и выраженной гипертрофии миокарда;
- ✓ постстенотическое расширение восходящей аорты по данным ЭхоКГ более 4,5 см.

Лечение

Всем пациенткам с градиентом давления, превышающим 50 мм рт. ст., или наличием другого фактора, определяющего тяжесть течения, показано суточное мониторирование сердечного ритма по Холтеру. В случае выявления желудочковых аритмий высоких градаций (полиморфные и мономорфные парные желудочковые экстрасистолы, желудочковая тахикардия) необходимо проведение антиаритмической терапии (соталол в индивидуально подобранной дозировке или кардарон по схеме). При выявлении клинических или ЭКГ-признаков коронарной недостаточности показано проведение антиангинальной терапии (β- адреноблокаторами или нитратами). Лечение чаще всего осуществляется в стационарных условиях под наблюдением кардиолога. Большинство беременных с АС в проведении медикаментозной терапии не нуждаются.

Подготовка к родам и родоразрешение

- ✓ При умеренном градиенте и отсутствии другого фактора, определяющего тяжесть АС, роды осуществляются через естественные родовые пути под медикаментозным обезболиванием (определяется низкий риск осложнений).
- ✓ При выраженном градиенте и отсутствии другого фактора, определяющего тяжесть течения, роды осуществляются через естественные родовые пути под длительной эпидуральной анестезией, а при сочетании с любым из факторов, определяющим тяжесть АС, с исключением потуг (наложение акушерских щипцов или КС) определяется промежуточный риск осложнений.
- ✓ ***При резком и критическом АС беременность противопоказана.*** При отказе женщины от прерывания беременности определяется высокий риск осложнений, а наблюдение и родоразрешение осуществляются в соответствии с предложенными рекомендациями.

При любом способе родоразрешения рекомендуется избегать роста градиента давления и укорочения диастолы вследствие тахикардии. Увеличение градиента давления вызывают катехоламины, усиливающие сократимость миокарда (допамин, норадреналин и адреналин), а также периферические вазодилататоры (нитраты, папаверин, дибазол и др.). Ведение родов при выраженном и резком АС

осуществляется при участии анестезиолога - реаниматолога, опытного кардиолога под мониторным контролем. Анестезиологическое пособие с использованием региональной или общей анестезии является общей практикой. Возможно использование комбинированной спинально-эпидуральной анестезии.

Применение наркотических препаратов позволяет добиться быстрого и более полного симпатического блока и успешно используется как при родах через естественные родовые пути, так и при КС. При проведении длительной эпидуральной анестезии необходимо избегать резкого снижения АД из-за возможности падения общего периферического сопротивления и снижения коронарного кровотока, что достигается медленным введением анестетика адекватной инфузионной терапией, при показаниях — использование вазопрессоров. Основой ведения родов женщин с АС является стабильность состояния гемодинамики. Необходимо избегать гиповолемии и выраженной тахикардии во время родов и в послеродовом периоде.

Кратковременное повышение АД при использовании эндотрахеального наркоза не вызывает у пациенток серьезных нарушений гемодинамики, что обусловливает преимущественное использование этого вида анестезии при выраженном АС и при АС, сочетающемся с аортальной недостаточностью. Во время операции и в послеродовом периоде рекомендуется строгий контроль объема вводимой жидкости (не должен превышать объемы кровопотери и диуреза).

Коарктация аорты

Сужение или полное закрытие просвета аорты на ограниченном участке называется ее коарктацией.

Коарктация аорты может быть в любом месте, но чаще наблюдается в ее перешейке, как правило, дистальнее отхождения левой подключичной артерии. Обычно имеется постстенотическое, а иногда и престенотическое расширение аорты. Характерно развитие обширных коллатералей. Аорта ниже сужения (а иногда и коллатерали) нередко подвергается генеративным изменениям, иногда с образованием аневризм. Кроме того, коарктация аорты часто сочетается с образованием мешковидных аневризм мозговых артерий, двустворчатым аортальным клапаном.

Снижение АД на нижних конечностях по сравнению с верхними — основной симптом коарктации аорты (в норме на нижних конечностях АД выше, чем на верхних на 20-30 мм рт. ст.). Считается, что коарктация выражена, если градиент давления между верхними нижними конечностями достигает 40 мм рт. ст.

Выделяют четыре варианта коарктации аорты:

I — изолированная коарктация аорты;

II — коарктация аорты в сочетании с ОАП;

III — коарктация аорты в сочетании с ДМЖП;

IV — коарктация аорты в сочетании с другими ВПС.

Патогенез

Гемодинамическая сущность порока заключается в затруднении тока крови через суженный участок, в результате чего значительно возрастает артериальное давление в аорте и ее ветвях выше места сужения (до 200 мм рт. ст. и более) и понижается ниже него, т. е. развивается синдром артериальной гипертензии в сосудах головного мозга и верхней половины тела, что влечет за собой систолическую перегрузку левого желудочка, гипертрофию миокарда с последующей его дистрофией. При коарктации аорты усиливается кровоток через суженный участок, что приводит к участку низкого давления в зоне дистальнее стеноза. В зоне низкого давления стенка аорты может быть высокочувствительна в отношении бактериальной инфекции, особенно если это сопровождается повреждением эндотелия током крови, что отмечается в случае коарктации аорты.

Патогенез осложнений гестации

Серьезной проблемой представляется расслаивание и разрыв аорты у беременных с ее коарктацией. Беременность, при которой отмечается существенный рост содержания эстрогенов, служит фактором, вызывающим истончение интимы артерий, что с учетом артериальной гипертензии приводит к росту частоты расслаивания аорты и разрывов аневризм мозговых артерий.

Именно поэтому беременность считается противопоказанной, если в случае неоперированной коарктации аорты АД не удается поддерживать менее 160/90—100 мм рт. ст.

Беременность после операций, проведенных по поводу коарктации аорты, протекает достаточно благополучно.

Клиническая и аускультативная картины

В детском и молодом возрасте при изолированной коарктации аорты жалоб обычно со стороны больных нет. Пациентки могут отмечать головную боль, носовые кровотечения, похолодание стоп, перемежающуюся хромоту. Основными физикальными признаками коарктации являются шум над аортой, высокое АД на руках и низкое на ногах, отсутствие пульса или резкое ослабление пульса на бедренных артериях. В межреберьях, подмышечных областях и в межлопаточном пространстве можно обнаружить расширенные и пульсирующие коллатерали. Над грудной клеткой спереди и сзади (включая остистые отростки) слышен мезосистолический шум; в тяжелых случаях, когда антероградный кровоток через место сужения сохраняется и в диастолу, шум систолодиастолический. Систолический и систолодиастолический шумы могут быть вызваны и ускоренным кровотоком по коллатералям: в этом случае шум слышен в межреберьях с обеих сторон.

Факторы, определяющие тяжесть коарктации аорты у беременных:

- ✓ артериальная гипертензия с АД выше 160/100мм рт. ст.;
- ✓ градиент давления более 60 мм рт. ст.;
- ✓ постстенотическое расширение аорты;
- ✓ дистрофические изменения миокарда ЛЖ на ЭКГ.

Лечение

Во время беременности пациентки нуждаются в тщательном контроле артериального давления, при повышении АД выше 140/90мм рт. ст. может быть рекомендовано суточное мониторирование АД с возможным последующим назначением антигипертензивной терапии. При развитии сердечной недостаточности показано назначение сердечных гликозидов, метаболическая терапия или прерывание беременности при сохранении высокого (более III) функционального класса сердечной недостаточности.

Подготовка к родам и родоразрешение

- ➢ Определить градиент давления между верхними и нижними конечностями.
- ➢ При высоком градиенте давления (более 60 мм рт. ст.) или стойком повышении АД более 160/100 мм рт. ст.
- ➢ Следует ограничить двигательный режим и проводить постоянную гипотензивную терапию.

При отсутствии эффекта от лечения дальнейшее пролонгирование беременности противопоказано.

- ➢ Провести ядерную магнито-резонансную томографию головного мозга в сосудистом режиме для исключения аневризмы сосудов головного мозга (если не была проведена ранее).
- ➢ При отсутствии факторов, определяющих тяжесть течения, родоразрешение осуществляется на доношенном сроке под медикаментозным обезболиванием (при низком градиенте давления или нормальном АД) или с ограничением потуг под длительной перидуральной анестезией (при сохранении артериальной гипертензии). При наличии одного из факторов, определяющих тяжесть течения коарктации аорты,

родоразрешение с исключением потуг под длительной эпидуральной анестезией или эндотрахеальным наркозом. Решение о способе родоразрешения оперированной коарктации аорты принимается исходя из результата оперативного лечения (уровень остаточного градиента давления, наличие аневризматического расширения аорты).

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА С ЦИАНОЗОМ

При пороках сердца, сопровождающихся цианозом, наблюдают комплекс аномалий. В настоящее время большинство пациенток подвергаются оперативному лечению в детском или подростковом возрасте. Пациентки с хорошей компенсацией аномалии доживают до взрослого репродуктивного возраста. Это относится, в частности, к пациенткам с аномалией Эбштейна и умеренно выраженной тетрадой Фалло. Но некоторые пороки связаны с сохраняющимся увеличением сосудистого сопротивления в легких (синдром Эйзенменгера) и не поддаются коррекции.

Врожденные пороки сердца с цианозом подразделяются на пороки, протекающие со сниженным легочным кровотоком и с повышенным легочным кровотоком. Оба варианта представляют высокий риск для матери и плода.

Материнский риск

Пациентки с шунтированием крови справа налево обычно характеризуются наличием эритроцитоза и более выраженной гипоксией, более высоким содержанием гемоглобина и гематокрита, чем при шунтировании крови слева направо. Во время беременности, протекающей с увеличением адгезивности тромбоцитов и снижением фибринолиза, для матери, имеющей порок сердца с цианозом, возрастает риск тромбозов. В связи с этим необходимо избегать чрезмерно активного лечения с использованием диуретиков из-за опасности гемокон-центрации и ухудшения функции почек. При развитии тромбофлебита или тромбоза глубоких вен у пациенток с цианотическими пороками сердца появляется высокий риск не только тромбоэмболии легочной артерии, но и парадоксальных эмболий через септальный дефект. Последнее обстоятельство обусловливает деликатное отношение к состоянию венозной системы ног у беременных с шунтированием крови справа налево. Рекомендуется избегать дегидратации; обязательно ношение эластичных чулок и возможно более ранняя послеродовая реабилитация.

Назначение антикоагулянтов не может быть рекомендовано всем без исключения, так как женщины с пороками сердца и цианозом склонны к кровотечениям. Это объясняется дефицитом факторов свертывания крови, продуцируемых печенью, снижением числа тромбоцитов с нарушением их функций. Возможно, что назначение аспирина начиная с I триместра является достаточно безопасным, не увеличивает риск кровотечений и, видимо, может снизить риск тромботических осложнений. Аспирин не обладает неблагоприятным действием на плод. Профилактические дозы гепарина могут назначаться в условиях стационара только у пациенток с высоким риском тромбоза, определяемым клинически или по результатам коагулограммы.

Риск для плода

При пороках сердца с цианозом риск гибели плода превышает 50%, если Sa02 у матери менее 85%. Новорожденные у таких матерей отличаются малым весом и высокой перинатальной смертностью. Также очень высок риск формирования ВПС у плода, поскольку в большинстве случаев причиной ВПС является генетический дефект.

Тетрада и триада Фалло

Тетрадой Фалло (ТФ) называется ВПС, включающий в себя дефект межжелудочковой перегородки, обструкцию выносящего тракта правого желудочка вследствие стеноза легочной артерии, декстропозицию аорты (аорта «сидит верхом» на

межжелудочковой перегородке и из правого желудочка имеется непосредственный выход в просвет аорты) и гипертрофию правого желудочка.

Вследствие обструкции выносящего тракта правого желудочка возникает шунт справа налево через ДМЖП с поступлением венозной крови в аорту. При значительном стенозе и больших размерах дефекта (наиболее частая анатомическая ситуация) во время систолы кровь из обоих желудочков поступает в аорту и в меньшей степени в легочную артерию. На поздних стадиях заболевания возникает стабильный право-левый (веноартериальный) сброс крови, что означает переход в цианотическую форму порока.

Патогенез осложнений гестации

Как результат снижения общего периферического сопротивления, отмечаемого при нормально протекающей беременности, возможно возрастание шунта справа налево с некоторым ростом цианоза. Таким образом, у матери даже с умеренно выраженным цианозом возможно усиление заболевания во время беременности. Роды и потуги могут представлять серьезную опасность вследствие развития гипотензии с усугублением шунта справа налево.

Право- и левожелудочковая недостаточности могут отмечаться у беременных с тетрадой Фалло и быть связанными с аортальной недостаточностью. Аортальная регургитация может иметь тенденцию к прогрессированию у неоперированных пациентов с тетрадой Фалло, так как створка аортального клапана не имеет поддержки и пролабирует в дефект перегородки. Кроме того, аорта из-за увеличенного кровотока обычно имеет больший размер, чем в норме. Другая проблема у беременных с этим ВПС может быть связана с предсердными аритмиями, которые обычно встречаются во II и III триместрах беременности.

Вынашивание беременности с тетрадой Фалло сопровождается крайне высоким риском, как в отношении матери, так и в отношении плода.

При триаде Фалло вынашивание беременности возможно, вопрос о способе родоразрешения решается индивидуально. Гемодинамика, симптомы, диагностика складываются из проявлений стеноза легочной артерии (подклапанный и/ил и клапанный) и ДМПП.

Клиническая и аускультативная картины

Клиническая картина зависит от тяжести обструкции выносящего тракта правого желудочка, изменения которого могут быть самыми разными: от легкой гипоплазии до атрезии легочного ствола.

Диагноз обычно устанавливается в первые 6-12 мес. жизни по появлению одышки, цианоза, грубого систолического шума. Толерантность к физической нагрузке у детей снижена, они часто присаживаются на корточки или лежат в постели с подтянутыми к животу ногами (свернувшись калачиком). Благодаря этому уменьшается венозный приток крови к сердцу и облегчается состояние больного.

Очень важным симптомом тетрады Фалло служат одышечно-цианотические приступы. Приступы начинаются внезапно: ребенок становится беспокойным, увеличивается одышка, цианоз, затем возможны апноэ, потеря сознания (гипоксическая кома), судороги, гемипарез. Возникновение приступов связано со спазмом инфундибулярного отдела правого желудочка, в результате чего вся венозная кровь через ДМЖП поступает в аорту и вызывает или усиливает гипоксию центральной нервной системы. Симптом «часовых стекол» и «барабанных палочек» появляется в зависимости от степени гипоксемии, часто в первые годы жизни.

У взрослых больных цианоз может быть и незначительным, и выраженным, что зависит от степени стеноза легочной артерии. Чаще у взрослых степень стеноза выражена умеренно. При аускультации определяется громкий I тон, систолический шум во втором-третьем межреберье слева от грудины различной степени выраженности.

Осложнения гестации:

- эритроцитоз и тромбозы;
- повышение давления в правом желудочке;
- реверсия шунта (усиление цианоза);
- кровотечение.

Противопоказания к самопроизвольным родам после радикальной коррекции триады и тетрады Фалло:

- выраженная регургитация на клапане легочной артерии;
- гематокрит более 60 %;
- сатурация кислорода в артериальной крови менее 80%.

Осложнения гестации после радикальной коррекции триады и тетрады Фалло:

- пароксизмальная желудочковая тахикардия;
- хроническая правожелудочковая сердечная недостаточность.

Подготовка к родам и родоразрешение

- В специальной подготовке пациентки не нуждаются. При развитии сердечной недостаточности назначаются сердечные гликозиды, метаболические препараты.

Родоразрешение на доношенном сроке с исключением или ограничением потуг в зависимости от результатов радикальной коррекции порока.

Аномалия Эбштейна

Впервые в мире сердечная аномалия, получившая название аномалии Эбштейна (АЭ), была описана терапевтом и прозектором Эбштейном в 1886г.

Аномалия Эбштейна характеризуется смещением трехстворчатого клапана в правый желудочек вследствие аномального прикрепления его створок, делит правый желудочек на проксимальную атриализованную (предсердную) часть и дистальную функциональную, значительно уменьшенную желудочковую камеру. Диагностические затруднения при АЭ обусловлены многообразием и сложностью вариантов порока.

Патогенез

Вследствие смещения клапана правый желудочек оказывается разделенным на две части — верхнюю, функционально относящуюся к правому предсердию, и нижнюю, функционирующую в качестве правого желудочка. «Истинное» правое предсердие гипертрофировано и расширено.

Сердечная стенка в предсердном отделе правого желудочка значительно редуцируется, истончается, а мышечный слой нижней части правого желудочка может быть гипертрофированным. Но полость этого отдела слишком мала и не в состоянии вместить всей крови, находящейся в атриализованном отделе правого желудочка и правого предсердия. Это ведет к уменьшению ударного объема правого желудочка, что в свою очередь значительно уменьшает объем легочного кровотока. Нарушение опорожнения правого предсердия приводит со временем к гипертрофии и дилатации его, а затем к повышению давления в нем. Венозная гипертензия в правом предсердии распространяется на весь венозный сектор большого круга кровообращения. Наличие сопутствующих внутрисердечных сообщений при АЭ (около 50 % больных имеют ДМПП или открытое овальное окно) приводит к тому, что большой круг кровообращения получает смешанную кровь и при значительном веноартериальном сбросе наблюдается постоянный цианоз свекловичного оттенка. Это имеет важное клиническое значение, так как прогрессирование нарушений гемодинамики приводит к развитию цианоза («поздний цианоз»), тогда как «чистая» АЭ без дефекта межпредсердной перегородки всегда «белая».

Патогенез осложнений гестации

Хотя беременность у пациенток с АЭ и связана с замедленным развитием плода,

преждевременными родами и низкой массой новорожденных, в большинстве случаев прогноз вполне оптимистичен.

Беременность хорошо переносится пациентками после пластики или протезирования трикуспидального клапана, а риск парадоксальных эмболий устраняется закрытием ДМПП.

Клиническая и аускультативная картины

Одышка при АЭ наблюдается с раннего возраста, нередки приступы пароксизмальной тахикардии и другие нарушения ритма. Границы сердца расширены в обе стороны, выслушиваются ослабленные, определяются III и IV тоны («ритм галопа»). Шума над сердцем может не быть совсем, но часто определяется нежный короткий систолический шум в третьем-четвертом межреберьях слева у грудины, диастолический шум в мезокардиальной зоне. Частым симптомом являются набухшие, но не пульсирующие вены шеи, увеличенная, но не пульсирующая печень. Больные АЭ никогда не принимают облегчающих поз. Лицо у них нередко лунообразно за счет одутловатости его нижней половины. Обращает на себя внимание хорошо развитая подкожная венозная сеть.

У многих пациенток с АЭ и цианозом положительный эффект дает оперативное лечение.

Осложнения гестации:

- правожелудочковая недостаточность, прогрессирующая с возрастом;
- предсердные нарушения ритма и пароксизмальные тахикардии из-за сопутствующего синдрома WPW (чаще праворасположенные дополнительные пути проведения). В возрасте старше 20 лет мерцательная аритмия имеется практически у всех больных;
- внезапная смерть. Повышенный риск ее возникновения у таких больных связан с подверженностью желудочковым аритмиям;
- парадоксальная эмболия и абсцесс мозга;
- склонность к инфекционному эндокардиту.

Лечение

По показаниям в стационарных условиях проводится антиаритмическая терапия и лечение сердечной недостаточности. При развитии мерцательной аритмии или наличии других источников тромбоэмболий (тромбоз глубоких и поверхностных вен нижних конечностей) показано проведение антикоагулянтной терапии нефракционирован ным гепарином или низкомолекулярными гепаринами.

Подготовка к родам и родоразрешение

- В специальной подготовке пациентки не нуждаются.
- Показано проведение холтеровского мониторирования сердечного ритма, динамический ЭхоКГ-контроль размера правого желудочка и клиническое определение ФКСН.

Родоразрешение через естественные родовые пути или операцией КС под общей или эпидуральной анестезией при участии опытного кардиолога

Транспозиция магистральных сосудов

Транспозиция магистральных сосудов (ТМС) представляет собой порок, при котором аорта отходит от правого желудочка, легочная артерия — от левого. С гемодинамической точки зрения различают полную и корригированную ТМС.

Патогенез

Корригированная ТМС в изолированном виде долго не приводит к нарушению гемодинамики, выраженность и характер которой определяются сопутствующими ВПС. При ДМЖП нарушения гемодинамики такие же, как при изолированном пороке, а при сочетании ДМЖП с легочным стенозом — аналогичны тетраде Фалло. Нарушения гемодинамики при недостаточности створок артериального

атриовентрикулярного клапана соответствуют митральной недостаточности при нормальном расположении магистральных сосудов.

Патогенез осложнений гестации

Вынашивание беременности более реально при корригированной ТМС

Клиническая и аускультативная картины

Клиническая картина ТМС характеризуется развитием общего цианоза. Наличие более выраженного цианоза верхней половины тела, чем нижней, патогномонично для ТМС в сочетании с открытым артериальным протоком. У больных отмечаются тахикардия, одышка, а в тяжелых случаях — увеличение размеров сердца, печени, появление отеков и асцита. При аускультации определяются усиление обоих тонов, систолический шум органического или относительного (при дефекте межпредсердной перегородки) стеноза легочной артерии, шум ДМЖП или открытого артериального протока.

Осложнения гестации:

- левожелудочковая (морфологически — правого желудочка) недостаточность;
- частое сочетание с АВ-блокадами различной степени;

Лечение

При развитии сердечной недостаточности, чаще — по левожелудочковому типу (одышка, удушье в ночные часы, ортопноэ), показана терапия сердечными гликозидами, метаболическими препаратами. При развитии АВ-блокады высокой степени показана имплантация электрокардиостимулятора.

Подготовка к родам и родоразрешение

- При усилении симптомов выше III ФК — досрочное родоразрешение.
- склонность к тромбозам, при полной ТМС — к «парадоксальным» эмболиям;
- коронарная недостаточность.

Проведение суточного холтеровского мониторирования сердечного ритма (при развитии АВ-блокады высокой степени показана консультация кардиохирурга).

- Динамический (на сроках 25-27 и 34-36 нед. беременности) ЭхоКГ-контроль размера правого желудочка и функционального класса сердечной недостаточности.
- Показанием к прерыванию беременности является снижение фракции выброса (ФВ) до менее чем 40 % и выраженная (III степени) регургитация на атриовентрикулярном клапане (трехстворчатом), участвующем в системном кровотоке.
- Родоразрешение с исключением потуг при условии строгого соответствия объемов вводимой жидкости и диуреза.

Единственный желудочек сердца

При врожденном пороке сердца, известном как единственный желудочек сердца (ЕЖС), или двуприточный желудочек сердца, отсутствует межжелудочковая перегородка, а строение сердца является трехкамерным.

Внутренняя архитектоника ЕЖС может иметь строение:

- левого желудочка;
- правого желудочка;
- левого и правого желудочков;
- выходного отдела правого желудочка или неопределенное строение.

Патогенез

В единственном желудочке происходит смешение артериальной крови из левого предсердия и венозной крови из правого предсердия. При этом проявления порока, кроме циркуляции смешанной крови по большому кругу кровообращения, зависят от наличия сопутствующего сужения легочной артерии. Со временем у больных развивается тяжелая легочная артериальная гипертензия, через легкие проходит все больше и больше крови, а в системный кровоток попадает очень мало. Резко снижается также перфузия миокарда. У больных обязательно отмечаются полицитемия,

гипоксемия и увеличение вязкости крови.

Патогенез осложнений гестации

Важными факторами, определяющими выживаемость матери и плода, являются сократительная функция миокарда и степень цианоза.

При сочетании ЕЖС и стеноза легочной артерии возможно проведение операции Фонтена (ОФ), заключающейся в создании анастомоза между легочной артерией, с одной стороны, и верхней полой вены, и/или нижней полой вены, или правым предсердием — с другой, так как циркуляцию крови затрудняет имеющийся выраженный подклапанный стеноз легочной артерии. После этой паллиативной операции функцию нагнетания крови в малый круг кровообращения выполняет правое предсердие, а циркуляция крови в большом круге кровообращения осуществляется ЕЖС. Отдаленные результаты ОФ при ЕЖС благоприятные. Больные становятся активными, повышается толерантность к нагрузке, исчезает цианоз.

ЕЖС является достаточно редко встречаемой аномалией у женщин репродуктивного возраста, лишь проведение ОФ позволяет успешно выносить беременность до сроков 25-35 нед.

Оперативное родоразрешение пациенток с ЕЖС проводится как под эпидуральной анестезией, так и под эндотрахеальным наркозом

Клиническая и аускультативная картины

ЕЖС, как правило, диагностируют вскоре после рождения и у 1/3 больных в течение первых 6 месяцев жизни. Более чем у 2/3 больных выявляется цианоз, который возникает сразу после рождения или появляется в возрасте 1-2 лет. Цианоз, как правило, выражен нерезко, имеет голубой оттенок, локализуется на губах, кончиках пальцев, усиливается при крике и физической нагрузке. Артериальную гипоксемию подтверждают положительный симптом «часовыхстекол» и «барабанныхпалочек», снижение насыщения капиллярной крови кислородом. Цианоз более выражен при сопутствующем стенозе легочной артерии. Взрослые больные значительно отстают в физическом развитии, имеют выраженный цианоз, жалуются на одышку, при небольшой нагрузке — на боли в сердце.

Сердечный горб определяется у 2/3 больных. Сердечный толчок разлитой, приподнимающийся, границы сердца расширены в обе стороны, возможно систолическое дрожание («локализация выпускника»). Следует помнить о частом сочетании порока с декстрокардией. При аускультации выслушивается громкий I тон, II тон над легочной артерией усилен (вследствие легочной гипертензии или левопозиции аорты), единый или слабо расщеплен. Пансистолический шум, возникающий вследствие прохождения крови через выпускник, определяется в сочетании с III тоном и мезодиастолическим шумом вдоль левого края грудины и на верхушке (отражает повышенный кровоток через митральный клапан). На верхушке может выслушиваться систолический шум недостаточности митрального клапана. При сочетании со стенозом легочной артерии в третьем межреберье слева имеется грубый систолический шум изгнания.

Осложнения гестации:

- левожелудочковая (морфологически — правого) сердечная недостаточность;
- мерцательная аритмия, предсердная экстрасистолия;
- тромбозы (шунта, внутриполостные сердца, сосудов плаценты);
- преждевременные роды.

Лечение

Проведение антикоагулянтной терапии (аспирин, тромбоасс, кардио-аспирин); при клинических, ультразвуковых или лабораторных признаках тромбоза показана длительная терапия нефракционированным или низкомолекулярным гепарином в терапевтических дозах. При развитии сердечной недостаточности показано назначение

сердечных гликозидов, строго по показаниям — диуретиков (учитывая склонность пациенток к гиперкоагуляции).

Подготовка к родам и родоразрешение после операции Фонтена

- Проведение холтеровского мониторирования сердечного ритма с целью контроля возможной аритмии.
- Динамический (не менее двукратного за время беременности) ЭхоКГ-контроль размера правого желудочка, степени трикуспидальной недостаточности, стеноза легочной артерии и клиническая оценка функционального класса сердечной недостаточности.
- Контроль за коагулограммой.
- Сроки и длительность госпитализации определяются по индивидуальным показаниям.

Родоразрешение операцией КС на сроках, близких к доношенному, под эндотрахеальным наркозом или эпидуральной анестезией при условии строго соответствия объемов вводимой жидкости и диуреза, мониторным контролем и под наблюдением опытного кардиолога.

Синдром Эйзенменгера

Синдромом Эйзенменгера (СЭ) называют необратимую тяжелую легочную гипертензию с двунаправленным сбросом крови или сбросом справа налево через открытый артериальный проток, дефект межпредсердной пергородки или дефект межжелудочковой перегородки.

Патогенез

При синдроме Эйзенменгера отмечается высокая резистентность сосудов легких. Этот феномен является результатом продолжительного подъема давления в легочной артерии и облитерации интимы сосудов. К факторам, ускоряющим развитие синдрома Эйзенменгера, относят повышенный кровоток и давление в легочной артерии, а также наличие гипоксии или гиперкапнии. Патологические изменения при синдроме Эйзенменгера охватывают мелкие легочные артериолы и мышечные артерии. Гистологически они классифицируются следующим образом: тип 1 — утолщение медии; тип 2 — утолщение медии и интимы; тип 3 — дополнительно к вышеназванным изменениям происходит гипоплазия медиального ряда мышечных артерий и сетчатые поражения. Медиальная гипоплазия предрасполагает к аневризматической дилатации артерий. Сетчатые поражения характерны для тяжелой необратимой обструктивной болезни сосудов легких.

Патогенез осложнений гестации

Степень обструктивного поражения сосудов легких определяет выраженность цианоза. Многие женщины с СЭ доживают до репродуктивного возраста, но во время третьего десятилетия жизни отмечается нарастание симптомов. СЭ у беременных значительно увеличивает риски из-за ограничения выброса правого желудочка, а развивающаяся вазодилатация благоприятствует шунтированию крови справа налево с нарастанием выраженности цианоза. Даже минимальное снижение артериального давления во время ваговагального обморока или при незначительной кровопотере может вызвать внезапную смерть

Клиническая и аускультативная картины

При развитии СЭ у больных нарастают одышка и слабость, вначале при нагрузке, а затем и в покое, которые из-за сниженного миокардиального резерва сопровождаются сердцебиением, изредка ангинозной болью. Часто отмечается кровохарканье, обусловленное либо тромбозом мелких ветвей легочной артерии *in situ* с развитием инфаркта легкого, либо разрывом мелких капилляров при физическом и эмоциональном напряжении. При разрыве артериол может развиться легочное кровотечение с летальным исходом. Нарастают признаки правожелудочковой

недостаточности. При физикальном обследовании обращают на себя внимание стойкий цианоз кожи в покое (результат праволевого шунта) и «барабанные палочки». Появляются набухание шейных вен и периферические отеки. Важно помнить, что с уменьшением сброса крови звучность шума и его пальпаторного эквивалента — дрожания — резко ослабевает, что является грозным и прогностически неблагоприятным признаком. Усиливается акцент II тона над легочной артерией и исчезает его расщепление (в отличие от сохраняющегося фиксированного расщепления II тона при дефекте межпредсердной перегородки). Часто фиксируются систолический тон изгнания крови в легочную артерию, правожелудочковый ритм галопа (появление дополнительного тона в диастоле), протодиастолический шум относительной недостаточности растянутых клапанов легочной артерии (шум Грэма—Стилла) вдоль левого края грудины. При выраженной дилатации правого желудочка вследствие его недостаточности между верхушкой и мечевидным отростком определяется пансистолический шум относительной недостаточности трехстворчатого клапана.

Осложнения гестации:

- ✓ нарастание цианоза;
- ✓ тромбозы;
- ✓ внезапная смерть.

Лечение

Пациентка с СЭ нуждается в стационарном наблюдении и лечении (часто — непрерывном) на протяжении всего периода гестации.

Подготовка к родам и родоразрешение

При СЭ пролонгирование беременности противопоказано.

Если же женщина настаивает на сохранении беременности, требуется тщательное наблюдение. Для предотвращения нарастания сброса крови и изменения его направления, а также в целях снижения потребности в кислороде врач назначает длительный постельный режим, проводит профилактику

В связи со склонностью к развитию в раннем послеродовом периоде тромбообразования в системе легочных сосудов из-за полицитемии (которая еще более усиливается после родов вследствие обильного диуреза) и повышенной свертываемостью крови, пациенткам с СЭ в послеродовом периоде показана терапия непрямыми антикоагулянтами или нефракционированным гепарином под строгим контролем коагулограммы и показателей свертываемости крови.

ПРИОБРЕТЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА

Митральный стеноз

Митральный стеноз (МС) представляет собой сужение левого предсердно-желудочкового отверстия (чаще всего ревматической природы, реже носит врожденный характер). Причиной МС является деформация створок митрального клапана и образование сращений между ними

Патогенез

При МС створки клапана обычно утолщены, сращены между собой; иногда эти сращения выражены нерезко и относительно легко разделяются при оперативном вмешательстве. В других случаях сращение створок клапана сопровождается выраженными склеротическими процессами с обезображиванием подклапанного аппарата, который не подлежит простой комиссуротомии. При этом митральное отверстие превращается в канал воронкообразной формы, стенки которого образуются створками клапана и припаянными к ним сосочковыми мышцами. Ограничению подвижности створок способствует также кальцификация клапана.

МС нередко сопровождается и митральной недостаточностью (МН), хотя у 1/3 больных с этим пороком бывает «чистое» сужение. Среди больных митральным

стенозом женщины составляют 75 %.

В норме площадь митрального отверстия составляет 4-6 $см^2$. При уменьшении этой площади вдвое достаточное наполнение кровью левого желудочка происходит лишь при повышении давления в левом предсердии. При уменьшении площади митрального отверстия до 1 $см^2$ давление в левом предсердии достигает 20 мм рт. ст. В свою очередь, повышение давления в левом предсердии и в легочных венах приводит к повышению давления в легочной артерии (легочной гипертензии).

Умеренное повышение давления в легочной артерии может происходить в результате пассивной передачи давления из левого предсердия и легочных вен на артериальное русло легких. Более значительное повышение давления в легочной артерии обусловлено рефлекторно вызываемым спазмом артериол легких из-за повышения давления в устьях легочных вен и левом предсердии.

При длительной легочной гипертензии возникают органические склеротические изменения артериол с их облитерацией. Они необратимы и стойко поддерживают высокий уровень легочной гипертензии даже после устранения стеноза.

Нарушения внутрисердечной гемодинамики при этом пороке характеризуются прежде всего некоторым расширением и гипертрофией левого предсердия и, одновременно, гипертрофией правых отделов сердца. В случаях чистого митрального стеноза левый желудочек практически не страдает, и его изменения указывают на митральную недостаточность или другое сопутствующее заболевание сердца. Заболевание долгое время может оставаться почти бессимптомным и обнаруживается при случайном врачебном осмотре.

Патогенез осложнений гестации

Беременность у женщин с выраженным МС всегда ассоциируется с угрозой значительного ухудшения состояния.

Наиболее высокий риск материнских осложнений отмечается при МС II и III стадий. При отсутствии хирургического лечения МС до беременности рекомендуется тщательное наблюдение начиная с 3-го мес. беременности и далее ежемесячно, включая клиническое и регулярное эхокардиографическое обследование. При наличии риска ухудшения клинического состояния во время беременности рекомендуется проведение чрескожной митральной комиссуротомии.

Толерантность к гемодинамическим перегрузками во время I триместра в основном сохраняется удовлетворительной, так как возможно появление тахикардии и значительного увеличения сердечного выброса. Обычно клинические симптомы МС развиваются во II триместре, причем отек легких может быть первым симптомом, особенно у пациенток с сочетанием МС и фибрилляции предсердий (мерцательной аритмии).

Клиническая и аускультативная картины

При достаточно выраженном стенозе на том или ином этапе заболевания прежде всего появляется одышка при физическом напряжении, а затем и в покое.

Одновременно могут быть кашель, кровохарканье, сердцебиение с тахикардией, нарушение ритма сердца в виде экстрасистолии, мерцательной аритмии. В более тяжелых случаях митрального стеноза периодически может возникать отек легких в результате значительного повышения давления в малом круге кровообращения, например, при физическом напряжении. Для МС характерен диастолический шум, более интенсивный в начале диастолы или (чаще) в пресистоле, в момент сокращения предсердий. При появляется одышка при физическом напряжении, а затем и в покое.

Одновременно могут быть кашель, кровохарканье, сердцебиение с тахикардией, нарушение ритма сердца в виде экстрасистолии, мерцательной аритмии. В более тяжелых случаях митрального стеноза периодически может возникать отек легких в результате значительного повышения давления в малом круге кровообращения, например, при физическом напряжении. Для МС характерен диастолический шум,

более интенсивный в начале диастолы или (чаще) в пресистоле, в момент сокращения предсердий. При мерцательной аритмии пресистолический шум исчезает. При синусовом ритме шум может выслушиваться только перед I тоном (пресистолический).

У некоторых больных при МС шумы в сердце отсутствуют, могут не определяться и указанные изменения тонов сердца («молчаливый» митральный стеноз), что обычно встречается при незначительном сужении отверстия. Но и в таких случаях выслушивание больного после физической нагрузки в положении на левом боку может выявить типичные аускультативные признаки МС. Аускультативная симптоматика бывает атипичной и при выраженном, далеко зашедшем МС, особенно при мерцательной аритмии и сердечной недостаточности, когда замедление кровотока через суженное митральное отверстие приводит к исчезновению характерного шума. Уменьшение тока крови через левое предсердно-желудочковое отверстие способствует образованию тромба в левом предсердии. Частой локализацией тромба является ушко левого предсердия и при больших тромбах — полость левого предсердия.

Осложнения гестации:

✓ острая левожелудочковая недостаточность в форме кардиальной астмы и отека легких (могут возникнуть на фоне хорошего самочувствия);

✓ тахисистолическая форма мерцательной аритмии;

✓ при развитии мерцательной аритмии — тромбоэмболические осложнения по большому кругу кровообращения.

Факторы, определяющие тяжесть МС у беременных:

❖ площадь АВ-отверстия менее 1,5 см^2;

❖ легочная гипертензия (систолическое давление в легочной артерии более 40-50 мм рт. ст.);

❖ клинические признаки СН III ФК (акроцианоз, одышка и тахикардия при незначительной физической нагрузке и др.);

❖ мерцательная аритмия — угроза тромбоэмболических осложнений

Лечение

При развитии сердечной недостаточности по левожелудочковому типу (одышка, удушье в ночные часы, ортопноэ) показана терапия сердечными гликозидами, бета-адреноблокаторами, диуретиками и метаболическими препаратами.

Подготовка к родам и родоразрешение

- При отсутствии факторов, определяющих тяжесть МС, возможно пролонгирование беременности.
- При развитии мерцательной аритмии показано проведение антикоагулянтной терапии нефракционированным гепарином или низкомолекулярными гепаринами.
- При развитии мерцательной аритмии для контроля оптимальной частоты сердечных сокращений могут использоваться сердечные гликозиды или антагонисты кальция (производные дифенилалкиламина — изоптин, верапамил). Необходимо избегать тахикардии, вызывающей укорочение диастолы и повышение давления в легочной артерии.

При наличии одного из факторов — консультация кардиохирурга о возможности проведения закрытой комиссуротомии или баллонной вальвулопластики на сроке 21-24 нед. беременности, затем решается вопрос о пролонгировании беременности.

При невозможности проведения закрытой комиссуротомии или баллонной вальвулопластики (выраженный кальциноз клапана и комиссур, сочетание с выраженной митральной недостаточностью, необратимость легочной гипертензии) и площади АВ-отверстия менее 1,5 см^2 ***показано прерывание беременности.***

Рекомендуются роды через естественные родовые пути у пациенток с I—II ФК СН и систолическим артериальным давлением в легочной артерии ниже 40-50 мм рт. ст. Роды через естественные родовые пути возможны даже у женщин с III и IV ФК СН и мониторным контролем гемодинамики с помощью катетеризации легочной артерии,

хотя чаще всего роды осуществляются путем КС под общей анестезией. Рекомендуется, особенно при наличии факторов, осложняющих течение МС, избегать выраженного падения общего периферического сопротивления (введение вазодилататоров, чрезмерная кровопотеря). Это состояние может компенсироваться тахикардией, что ухудшает сократительную функцию сердца.

Недостаточность митрального клапана

Недостаточностью митрального клапана называют неспособность левого предсердно-желудочкового клапана препятствовать обратному движению крови из левого желудочка в левое предсердие во время систолы желудочков сердца.

Классификация

В отличие от митрального стеноза, митральная недостаточность может возникнуть в результате многих причин, таких как:

- ✓ ревматизм — наиболее тяжелое поражение створок митрального клапана с развитием регургитации различной степени (чаще в сочетании с сужением левого венозного отверстия);
- ✓ инфекционный эндокардит (эпизоды немотивированной высокой лихорадки в анамнезе, вегетации на клапанах);
- ✓ миксоматозная дегенерация митрального клапана;
- ✓ разрыв створок в результате травмы;
- ✓ отрыв папиллярных мышц митрального клапана;
- ✓ дисфункция сосочковых мышц после инфаркта миокарда.

Патогенез

При значительной МН наблюдают расстройства внутрисердечной гемодинамики. Уже в начале систолы, до открытия створок аортального клапана, в результате повышения давления в левом желудочке происходит возврат крови в левое предсердие. Он продолжается в течение всей систолы желудочка.

Величина регургитации крови в левое предсердие зависит от размеров клапанного дефекта, градиента давления между левым желудочком и левым предсердием. В тяжелых случаях она может достигать 50-75% общего выброса крови из левого желудочка. Это приводит к увеличению диастолического давления в левом предсердии. Его объем также увеличивается, что сопровождается большим наполнением левого желудочка в диастолу с увеличением его конечного диастолического объема. Такая повышенная нагрузка на левый желудочек и левое предсердие ведет к дилатации камер и гипертрофии их миокарда. Таким образом, в результате МН возрастает нагрузка на левые камеры сердца. Повышение давления в левом предсердии вызывает переполнение венозного отдела малого круга кровообращения и застойные явления в нем.

Патогенез осложнений гестации

Беременные в силу развивающейся периферической вазодилатации МН даже с выраженной регургитацией переносят хорошо.

Клиническая и аускультативная картины

В период компенсации бессимптомное течение болезни можно наблюдать в продолжение нескольких лет. В дальнейшем больную начинают беспокоить сердцебиения, одышка при нагрузке. Быстрая утомляемость свидетельствует о снижении эффективного сердечного выброса при тяжелой митральной недостаточности и систолической дисфункции левого желудочка. Возникающая охриплость голоса вследствие сдавливания возвратного нерва увеличенным левым предсердием (синдром Ортнера) более типична для митрального стеноза или сочетания митрального стеноза и митральной недостаточности. Кровохарканье менее характерно, чем при стенозе. При тяжелой митральной недостаточности могут появляться периферический цианоз и цианотический румянец.

Аускультативная симптоматика наиболее типична над верхушкой сердца — ослабление или исчезновение I тона, убывающий систолический шум различной продолжительности и громкости, проводящийся в подмышечную область, меньше — к основанию сердца. Этот шум возникает при прохождении обратной волны крови (волны регургитации) из левого желудочка в левое предсердие через относительно узкое отверстие между неплотно сомкнутыми створками митрального клапана. Продолжительность шума в общем отражает выраженность порока, при тяжелом пороке шум — пансистолический. Тембр шума различный: мягкий, дующий или грубый. Он может сочетаться с пальпаторно ощутимым систолическим дрожанием на верхушке сердца. При митральной недостаточности, связанной с пролапсом створки, шум возникает обычно после добавочного систолического тона и занимает вторую половину систолы. Если регургитация осуществляется по задней комиссуре, то шум проводится в левую подмышечную область. Если регургитация осуществляется по передней комиссуре, то шум проводится вдоль левого края грудины к основанию сердца.

Основные нарушения гемодинамики:

- ✓ регургитация в левое предсердие;
- ✓ увеличение размера левого предсердия;
- ✓ возможность развития мерцательной аритмии;
- ✓ повышенная нагрузка на левый желудочек с увеличением его диастолического объема.

Осложнения гестации:

- ➢ отек легких (встречается крайне редко, предшествует нарастающая одышка);
- ➢ мерцательная аритмия;
- ➢ снижение выброса левого желудочка (при значительной и анамнестически длительной регургитации).

Факторы, определяющие тяжесть МН у беременных:

- ✓ атриомегалия (передне-задний размер левого предсердия) более 4,5 см;
- ✓ увеличение размера ЛЖ (КДР более 5,5-5,7 см);
- ✓ выраженная степень МН (II и более);
- ✓ снижение ФВ левого желудочка (менее 55-60 %);
- ✓ развитие пароксизмальной тахикардии и мерцательной аритмии;
- ✓ клинические признаки СН (одышка при ФН, стойкая синусовая тахикардия).

Лечение

При регистрации на ЭКГ признаков дистрофии миокарда (изменения сегмента *ST* и зубца *T)* показана длительная метаболическая терапия (рибоксин, оротат калия, предуктал). Возникновение одышки при физической нагрузке, признаков перегрузки и гипертрофии правых отделов сердца на ЭКГ и ЭхоКГ является показанием к назначению периферических вазодилататоров (сиднофарм, молсидомин) и диуретиков (индап, гипотиазид).

Подготовка к родам и родоразрешение

- ■ При наличии одного из факторов, определяющих тяжесть течения заболевания, — динамическое клиническое и эхокардиографическое (на сроках 26-28 и 35-36 нед беременности) наблюдение.
- ■ При атриомегалии прогнозируется развитие мерцательной аритмии, которая может потребовать контроля частоты ритма (назначения сердечных гликозидов или β-адреноблокаторов) и аитикоагулянтной терапии (непрямые или прямые ангтикоагулянты).
- ■ ***При превышении конечно-диастолического размера (КДР) ЛЖ 6см или снижении ФВ ЛЖ менее 50 % показано прерывание беременности или досрочное родоразрешение.***

При отсутствии факторов, определяющих тяжесть течения, — родоразрешение через естественные родовые пути без «выключения» потуг. Рекомендуется поддерживать нормальную или слегка повышенную частоту сердечных сокращений, избегать брадикардии. Низкая частота сердечных сокращений вызывает удлинение диастолы и периода регургитации.

С целью профилактики и лечения брадикардии артериальной гипотензии может быть использован α-блокатор эфедрин (20-50 мг подкожно или внутривенно).

При наличии одного или нескольких факторов, определяющих тяжесть течения, — роды с ограничением потуг либо под длительной эпидуральной или комбинированной спинально-эпидуральной анестезией, либо с использованием вакуум-экстракции плода. При превышении КДР ЛЖ 6 см или снижении ФВ ЛЖ менее 50 % на доношенном сроке — родоразрешение с исключением потуг (предпочтительно — КС под эндотрахеальным наркозом) со строгим контролем объема вводимой жидкости, не превышающего объемы кровопотери и диуреза.

Стеноз устья аорты

Стеноз устья аорты представляет собой препятствие изгнанию крови из левого желудочка во время систолы

Причины приобретенного клапанного стеноза аорты:

- ✓ ревматическое поражение створок клапана (наиболее частая причина);
- ✓ атеросклероз аорты;
- ✓ инфекционный эндокардит и некоторые другие;
- ✓ первично-дегенеративные изменения клапанов с последующим их обызвествлением

Факторы, определяющие тяжесть течения болезни, ведение беременности и родов при ревматическом стенозе аорты, такие же, как при врожденном стенозе устья аорты.

Недостаточность аортального клапана

Недостаточность аортального клапана (НАК) характеризуется неполным смыканием створок клапана во время диастолы, что приводит к возникновению обратного диастолического тока крови из аорты в ЛЖ.

Различают врожденную и приобретенную недостаточность аортального клапана, а также органическую и функциональную. Органическая недостаточность характеризуется утолщением, сморщиванием и укорочением створок полулунного (аортального) клапана, отложением в них кальция и поражением подклапанных структур, а функциональная (относительная) — несмыканием (сепарацией) его створок.

Наиболее частые причины органической недостаточности аортального клапана:

- ■ ревматизм (около 70 % случаев заболевания);
- ■ инфекционный эндокардит.

Патогенез осложнений гестации

Развивающаяся у беременных периферическая вазодилатация несколько облегчает переносимость НАК. Тем не менее, резкое увеличение объема циркулирующей крови (повышенное потребление жидкости) может привести к дилации левого желудочка с дальнейшим нарушением его сократительной функции.

Клиническая и аускультативная картины

Сформировавшаяся недостаточность аортального клапана в течение длительного времени (10-15 лет) может не сопровождаться субъективными клиническими проявлениями и не привлекать внимание больного и врача.

Исключение составляют случаи остро развившейся недостаточности клапана аорты у больных с инфекционным эндокардитом, расслаивающей аневризмой аорты и

т. д. Одним из первых клинических проявлений болезни является неприятное ощущение усиленной пульсации в области шеи, в голове, а также усиление сердечных ударов (больные «ощущают свое сердце»), особенно в положении лежа. Эти симптомы связаны с высоким сердечным выбросом и пульсовым давлением в артериальной системе.

К этим ощущениям нередко присоединяется учащенное сердцебиение, связанное с характерной для недостаточности аортального клапана синусовой тахикардией. При значительном дефекте аортального клапана у больных может появляться головокружение, внезапно возникающее чувство дурноты и даже склонность к обморокам, особенно при нагрузке или быстром изменении положения тела. Это указывает на недостаточность мозгового кровообращения.

Типичными аускультативными признаками аортальной недостаточности являются диастолический шум на аорте и в точке Боткина, ослабление II и I тонов сердца, а также, так называемый, сопровождающий систолический шум на аорте функционального характера. Обычно I тон на верхушке сердца ослаблен в результате резкой объемной перегрузки ЛЖ. Иногда I тон бывает расщепленным. В зависимости от этиологии порока II тон может или усиливаться, или ослабляться вплоть до исчезновения. Деформация и укорочение створок клапана вследствие ревматизма или инфекционного эндокардита способствуют ослаблению II тона на аорте или его исчезновению. Сифилитическое поражение аорты характеризуется усиленным II тоном с металлическим оттенком («звенящий» II тон).

Патологический III тон выслушивается при аортальной недостаточности довольно часто. Появление III тона указывает на выраженную объемную перегрузку ЛЖ, а также на снижение его сократительной способности и диастолического тонуса. Диастолический шум на аорте является наиболее характерным аускультативным признаком аортальной недостаточности. Шум лучше всего выслушивается во втором межреберье справа от грудины и в третьем-четвертом межреберьях у левого края грудины и проводится на верхушку сердца. Диастолический шум при аортальной недостаточности начинается в протодиастолический период, т.е. сразу после II тона, постепенно ослабевая на протяжении диастолы. В зависимости от степени регургитации изменяется частотная характеристика диастолического шума: небольшая регургитация сопровождается мягким дующим, преимущественно высокочастотным шумом; при выраженной регургитации определяется смешанный частотный состав шума; тяжелая регургитация приводит к появлению более грубого низко- и среднечастотного шума.

Такой характер шума наблюдается, например, при сифилитическом поражении аорты. Следует помнить, что при декомпенсации порока, тахикардии, а также при сочетанном аортальном пороке сердца интенсивность диастолического шума аортальной недостаточности уменьшается.

У больных с органической недостаточностью клапана аорты часто выслушивается функциональный систолический шум относительного стеноза устья аорты. При этом на аорте и в точке Боткина, помимо органического диастолического шума аортальной недостаточности, во время изгнания крови выслушивается функциональный систолический шум, который может проводиться на всю область грудины, верхушку сердца и распространяться в область яремной вырезки и вдоль сонных артерий. Шум возникает вследствие значительного увеличения систолического объема крови, выбрасываемого в аорту ЛЖ в период изгнания, для которого нормальное неизмененное отверстие аортального клапана становится относительно узким — формируется относительный (функциональный) стеноз устья аорты с турбулентным током крови из ЛЖ в аорту. У больных с органической недостаточностью аортального клапана может изредка выслушиваться функциональный диастолический шум Флинта: пресистолический шум относительного

(функционального) стеноза левого атриовентрикулярного отверстия, который возникает в результате смещения передней створки митрального клапана струей регургитации крови из аорты. Это создаёт препятствие во время активной систолы предсердия на пути диастолического кровотока из ЛП в ЛЖ.

При обследовании сосудистой системы у больных с НАК необходимо обращать внимание на существование еще двух сосудистых аускультативных феноменов: двойного шума Дюрозье и двойного тона Траубе.

Первый аускультативный феномен выслушивается над бедренной артерией в паховой области, непосредственно под пупартовой связкой. При простом прикладывании стетоскопа в этой области (без давления) может определяться тон бедренной артерии — звук, синхронный с местным артериальным пульсом. При постепенном надавливании головкой стетоскопа в этой области создается искусственная окклюзия бедренной артерии и начинает выслушиваться вначале тихий и короткий, а затем более интенсивный систолический шум. Последующее сдавливание бедренной артерии приводит иногда к появлению диастолического шума. Этот второй шум тише и короче систолического шума. Феномен двойного шума Дюрозье обычно объясняют большей, чем в норме, объемной скоростью кровотока или ретроградным (по направлению к сердцу) током крови в крупных артериях. Второй аускультативный феномен является достаточно редким, когда на крупной артерии (например, бедренной) выслушиваются (без сдавливания сосуда) два тона. Второй тон принято связывать с обратным током крови в артериальной системе, обусловленным выраженной регургитацией крови из аорты в ЛЖ.

Осложнения гестации:

- острая левожелудочковая недостаточность в форме отека легких;
- острая коронарная недостаточность в виде болевого синдрома в грудной клетке, напоминающего стенокардию;
- тромбоэмболия по большому кругу кровообращения при наличии вегетаций на аортальном клапане (причина НАК — инфекционный эндокардит);
- разрыв синуса Вальсальвы с острой сердечной недостаточностью вследствие шунта аорта — правое предсердие или аорта — правый желудочек (причина НАК — инфекционный эндокардит).

Факторы, определяющие тяжесть НАК у беременных:

- степень аортальной недостаточности (более II);
- увеличение КДР ЛЖ более 5,5-5,7 см;
- дистрофические изменения на ЭКГ;
- клинические и ЭКГ-признаки коронарной недостаточности.

Лечение

При регистрации на ЭКГ признаков дистрофии, ишемии миокарда (изменения сегмента *ST* и зубца *T)* и стенокардии показана длительная метаболическая терапия (рибоксин, оротат калия, предуктал).

Подготовка к родам и родоразрешение

Кардиомегалия с КДР ЛЖ более 6 см чаще всего сопровождается III степенью аортальной недостаточности и является противопоказанием к вынашиванию беременности.

При наличии одного из факторов, определяющих тяжесть течения НАК, верифицируют промежуточный риск развития осложнений.

Отсутствие по данным ЭхоКГ, проведенной на сроке беременности 25-27 нед, отрицательной динамики (нарастание степени аортальной недостаточности до III и КДР ЛЖ более 6 см) свидетельствует о возможности пролонгирования беременности до доношенного срока.

При наличии одного или нескольких факторов, определяющих тяжесть течения НАК, роды осуществляются на максимально доношенном сроке с исключением потуг

(предпочтительно — КС под эндотрахеальным наркозом), со строгим контролем объема вводимой жидкости, не превышающего объемы кровопотери и диуреза.

При отсутствии факторов, определяющих тяжесть течения НАК, — родоразрешение через естественные родовые пути без «выключения» потуг. Возможно использование длительной эпидуральной или комбинированной спинально-эпидуральной анестезии.

СОЧЕТАННЫЕ И КОМБИНИРОВАННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА

Сочетание стеноза и недостаточности называют сочетанным пороком, а при сочетании дефектов на разных клапанах говорят о комбинированном пороке сердца (комбинированный митрально-аортальный порок и т.п.).

Симптомы и течение болезни зависят от выраженности и степени поражения того или иного клапана.

Наиболее часто встречается сочетанный митральный порок — недостаточность митрального клапана и стеноз левого венозного отверстия. При обследовании больных в этих случаях находят признаки и того и другого порока: один из них, как правило, преобладает; реже признаки недостаточности клапана и стеноза отверстия выражены в равной степени.

При сочетанном митральном пороке сердца рано появляются одышка и цианоз. Сердце увеличивается влево, вверх и вправо, так как при этом гипертрофируются левое предсердие и оба желудочка. При аускультации сердца звучность I тона у верхушки зависит от преобладания порока: если превалирует недостаточность митрального клапана, I тон ослабевает, если преобладает митральный стеноз, он усиливается, становится хлопающим. У верхушки сердца выслушиваются два шума: систолический, как проявление недостаточности клапана, и диастолический, обусловленный стенозом отверстия.

Сочетанный аортальный порок сердца, как правило, является результатом ревматического эндокардита. Для него характерно наличие и систолического, и диастолического шумов, выявляемых при аускультации над аортой. Сосудистые пульсации и большое пульсовое давление, типичные для аортальной недостаточности, при комбинированном поражении аорты выражены не так резко. Наряду с этим типичные для стеноза аорты малый и медленный пульс, малое пульсовое давление при комбинированном аортальном пороке также менее выражены.

При одновременном поражении нескольких клапанов сердца тщательное клинико-инструментальное исследование больных позволяет выявить симптомы, характерные для каждого порока. В случае комбинированного поражения клапанного аппарата сердца необходимо судить о степени тяжести каждого порока и о преобладании одного из них.

Регургитацию на трехстворчатом клапане, носящую функциональный характер, отличает отсутствие структурных изменений со стороны створок клапана. Она отмечается часто и не влияет на течение беременности. Регургитация должна дифференцироваться от поражения трехстворчатого клапана ревматической этиологии, имеющей свои особенности лечения, в частности, в случае стеноза клапана. Аортальная регургитация ревматичекой этиологии часто отмечается при митральном стенозе, однако не оказывает влияния на течение беременности. И наоборот, сочетание с аортальным стенозом часто приводит к снижению толерантности к нагрузкам. Выраженность аортального стеноза часто трудно определить, так как сочетание его с митральным стенозом может снижать аортальный градиент. Это лежит в основе необходимости тщательного определения площади аортального клапана с использованием планиметрии.

Считается, что беременность и роды протекают тяжелее у пациенток с сочетанными или комбинированными пороками по сравнению со случаями поражения

одного клапана.

Прогноз в отношении плода при ревматических пороках

У пациенток с ревматическими пороками сердца чаще отмечается задержка внутриутробного роста плода, преждевременные роды, более низкая масса плода и балльная оценка по Апгар, чем в контрольной группе.

Функциональный класс СН матери во многом определяет риск в отношении плода, особенно серьезный при III-IV ФК.

Ведение беременных высокого риска

Беременные высокого риска нуждаются в наблюдении со стороны кардиолога и акушера с частотой, необходимой для своевременной диагностики ухудшения гемодинамики. При родах и потугах обязательно активное участие анестезиолога.

Соблюдение постельного режима способствует снижению потребности миокарда в кислороде. Больным показан отдых в положении на боку с целью исключения давления плода на нижнюю полую вену, ограничивающего венозный возврат. В III триместре во время госпитализации рекомендуется соблюдение строгого постельного режима.

Во время эпизодов одышки рекомендуется ингаляция кислорода через маску, хотя существуют лишь единичные исследования о благоприятном воздействии этой процедуры в отношении матери и плода.

Состояние плода оценивается по уровню эстриола в сыворотке крови и данным ультразвуковой фетометрии.

При развитии сердечной недостаточности могут использоваться сердечные гликозиды и диуретики, однако при применении диуретиков возможно развитие гемоконцентрации.

Единого мнения по поводу применения гепарина у беременных с врожденными пороками сердца высокого риска среди медиков нет. Хотя в основном во время беременности и наблюдается гиперкоагуляция, и для этих пороков сердца характерно наличие высокого показателя гематокрита, пациентки характеризуются парадоксально высоким риском кровотечений. Гепарин в профилактических дозах может быть назначен беременным с наиболее высоким риском тромботических осложнений только при условии соблюдения постельного режима в стационаре.

Ранее роды через естественные родовые пути считались более предпочтительными, так как кровопотеря при них меньше, чем при КС. Кровопотеря у здорового человека от 500 до 1000 мл протекает без больших осложнений, но при СЭ кровообращение в легких не успевает быстро приспособиться к внезапному падению общего периферического сопротивления, поэтому необходимо незамедлительное восстановление объема циркулирующей крови. В последние годы предпочтительным способом родоразрешения стало плановое КС под общей анестезией или комбинированной спинально-эпидуральной анестезией.

Роды ведутся в операционной под мониторным контролем с инвазивным венозным и артериальным контролем и многократным определением содержания газов крови в артерии. Полезной является катетеризация центральной вены, так как позволяет быстро определять нарушения кровотока в шунте и осуществлять оценку гемодинамики.

Эпидуральная анестезия достаточно безопасна при отсутствии гипотензии. Любое снижение артериального давления должно быть незамедлительно корригировано при помощи норадреналина. Развитие гипотензии чревато снижением давления в левых отделах сердца, увеличением шунтирования крови справа налево и развитием (усугублением) гипоксемии. Уменьшение объема крови, поступающей в правый желудочек, на фоне стеноза легочной артерии является серьезным фактором, обусловливающим катастрофическую гиповолемию малого круга кровообращения с

уменьшением объема оксигенированной крови.

Спинальная анестезия может быть использована только с применением невысоких дозировок препаратов во избежание риска гипотензии, однократное введение препарата противопоказано.

В случае родов через естественные родовые пути более предпочтительна низкодозовая эпидуральная анестезия, так как она позволяет уменьшить неблагоприятные гемодинамические последствия потуг. Рекомендуется укорочение второго периода родов наложением акушерских щипцов или использованием вакуум-экстрактора.

Пациентка должна соблюдать постельный режим и находиться под постоянным мониторным наблюдением на протяжении первых суток после родов с поэтапной активизацией. Обязательно использование эластичных бинтов или чулок.

Пациентка может быть выписана не ранее, чем на 14-й день после родов, так как сохраняется риск внезапной смерти.

Беременных высокого риска с ограниченными возможностями изменения сердечного выброса и склонных к неблагоприятным гемодинамическим исходам можно условно разделить на две группы: одна группа — с необходимостью исключения гиповолемии (легочная гипертензия, аортальный стеноз и гипертрофическая кардиомиопатия) и другая — с высоким риском отека легких (митральный стеноз, аортальный стеноз и гипертрофическая кардиомиопатия).

Среди пациенток с ограниченными возможностями изменения сердечного выброса, у которых высок риск гиповолемии, эпидуральная анестезия должна проводиться под мониторированием центральной гемодинамики с целью контроля за давлением наполнения левого желудочка. КС должно быть проведено по акушерским показаниям под эпидуральной или общей анестезией при исключении спинальной анестезии. С целью уменьшения вазо-вагального рефлекса рекомендуется при оперативном родоразрешении через естественные родовые пути избегать большой кровопотери и пользоваться вакуум-экстракцией плода.

У второй категории пациенток с ограниченными возможностями изменения сердечного выброса ведение беременности и родов должно быть сфокусировано на снижении риска отека легких. Для этих женщин использование β-адреноблокаторов весьма опасно, мониторирование центральной гемодинамики позволяет контролировать давление «заклинивания» легочной артерии на уровне 14-20ммрт.ст.

Обычно применяют оперативное родоразрешение через естественные родовые пути под эпидуральной анестезией с подъемом верхней половины туловища непосредственно после родов.

Особое внимание должно быть уделено женщинами с СЭ. В послеродовом периоде снижение общего периферического сосудистого сопротивления вызывает увеличение как возможности развития, так и выраженности шунтирования крови справа налево. Это может вызвать снижение легочного кровотока, которое в свою очередь может привести к гипоксемии с ухудшением состояния матери и плода. Все усилия должны быть сосредоточены на стабилизации гемодинамики матери при максимальной оксигенации с исключением артериальной гипотензии.

Вопрос о прерывании беременности до 12 недели решают в зависимости от выраженности порока, функционального состояния системы кровообращения и степени активности ревматического процесса.

Госпитализация в стационар:

- 1-я госпитализация — на 8—10 неделе беременности для уточнения диагноза и решения вопроса о сохранении беременности;
- 2-я госпитализация — на 28—29 неделе беременности для наблюдения за состоянием сердечно-сосудистой системы и при необходимости для поддержания

функции сердца в период максимальных физиологических нагрузок. Профилактика и лечение плацентарной недостаточности;

- 3-я госпитализация — на 37—38 неделе для подготовки к родам и выбора метода родоразрешения.

При неэффективности лечения, наличии противопоказаний к оперативному вмешательству на сердце принимают решение о прерывании беременности.

В последнее время несколько расширены показания для проведения кесарева сечения у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

К ним относятся:

1. недостаточность кровообращения IIb—III стадии;
2. ревмокардит II и III степени активности;
3. резко выраженный митральный стеноз;
4. септический эндокардит;
5. коарктация аорты или наличие признаков высокой артериальной гипертонии или признаков начинающегося расслоения аорты;
6. тяжелая стойкая мерцательная аритмия;
7. обширный инфаркт миокарда и признаки ухудшения гемодинамики;
8. сочетание заболевания сердца и акушерской патологии.

Таким образом, учитывая, что беременные с ССП относятся к группе высокого риска с угрозой развития материнской и перинатальной патологии и смертности рекомендуется четкая организация диспансеризации данного контингента женщин, прямая преемственность между участковыми терапевтами, ревматологами, терапевтами женских консультаций и кардиологическим диспансером, активный патронаж, тщательный контроль за течением основного заболевания женщин в гестационном периоде, что позволит предупредить развитие наиболее тяжелых и прогностически опасных состояний для матери и плода.

Противопоказания к донашиванию беременности

Относительные противопоказания:

1. Латентно текущий ревмокардит.
2. Первичный или рецидивирующий ревмокардит в течение последних 12-24 мес.
3. Митральный стеноз с недостаточностью кровообращения I ст. (HI) или с признаками легочной гипертензии, или с наличием в анамнезе приступов сердечной астмы.
4. Другие резко выраженные «чистые», сочетанные и сложные пороки сердца без явных признаков нарушения гемодинамики или при наличии в анамнезе нарушения кровообращения HI.
5. Поражение миокарда с редкими и недлительными приступами пароксизмальной тахикардии, с полной атриовентрикулярной блокадой и частотой ритма не реже 40 в 1 минуту; с блокадой левой ножки пучка Гиса; с частой желудочковой или суправентрикулярной экстрасистолией; с наличием в анамнезе нарушения кровообращения I степени

Абсолютные противопоказания:

1. Активно текущий ревмокардит.
2. Первичный или рецидивирующий ревмокардит в течение последних 12 мес.
3. Митральный стеноз с HIIA или наличие в анамнезе повторных случаев отека легких нарушений кровообращения IIIA ст.
4. Другие «чистые», комбинированные и сложные пороки сердца с HI или с

явлениями легочной гипертензии; или наличием в анамнезе нарушения кровообращения IIA ст.

5. Поражение миокарда с сердечной недостаточностью HI; или с наличием в анамнезе случаев с HIIA, мерцательной аритмией или пароксизмами трепетания и мерцания предсердий; с пароксизмами тахикардии и явлениями сердечно-сосудистой недостаточности; с политопной или частой предсердной экстрасистолией; с нестабильной атриовентрикулярной блокадой I-II ст.; с полной атриовентрикулярной блокадой и частотой ритма менее 40 в 1 мин или приступами МЭС.

6. Неэффективная комиссуротомия или рестеноз с HI.

Противопоказания к пролонгированию беременности у женщин с врожденными пороками сердца:

1. выраженный стеноз аорты;
2. коартация аорты 2-3 ст.;
3. цианотические формы врожденных пороков (тетрада и пентада Фалло, транспозиция магистральных сосудов, комплекс Эйзенменгера и др.);
4. выраженный стеноз легочного ствола;
5. пролапс митрального клапана с выраженными пролабированием обеих створок и регургитацией;
6. сложные нарушения ритма;
7. все врожденные пороки с HIIA, НБ, III стадии.

Прерывание беременности считается обязательным при наличии одного из абсолютных или двух относительных противопоказаний, или одного из относительных противопоказаний в сочетании с двумя отягощающими факторами. В этих случаях необходимость прерывания беременности преподносится как решение, не имеющее альтернативы. Неизбежная при этом психологическая травма должна быть смягчена увязкой необходимости прерывания с каким-либо временным обстоятельством (неблагоприятным сезоном года или обострением ревматического процесса и т.д.).

Прерывание беременности настоятельно рекомендуется при наличии одного из относительных противопоказаний или двух и более отягощающих факторов. Если больная категорически настроена на донашивание беременности, необходимо повторное стационарное обследование при сроках 16-20 нед беременности для окончательного решения вопроса.

СОСУДИСТЫЕ ДИСТОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Частота сосудистой дистонии у беременных женщин составляет от 10 до 24%. К клиническим вариантам нарушений сосудистого тонуса у беременных относится артериальная гипо- и гипертензия, возникающая во время беременности или предшествующая ей (гипертоническая болезнь, нейроциркуляторная дистония по гипо- и гипертензивному типу, симптоматическая гипо- и гипертензия при ряде заболеваний).

Артериальная гипотензия является результатом общих нарушений в организме, симптомом общего заболевания, когда изменяется тонус не только сосудов, но и других органов, неблагоприятно влияет на течение беременности и родов, развитие плода и новорожденного. Наиболее частыми осложнениями во время

беременности являются ранний токсикоз, угроза прерывания беременности, недонашивание, гестоз и анемия. При артериальной гипотензии возможны следующие осложнения: внутриутробная гипоксия плода и асфиксия новорожденного (около 30%), родовые травмы (до 29%), недоношенные дети (17%), дети с гипотрофией I—II степени (26%).

Основные принципы лечения артериальной гипотензии

Для повышения эффективности терапии важное значение имеет соблюдение режима труда и отдыха, полноценная диета с витаминами и белковыми продуктами.

Особое место занимает фитотерапия. Назначают различные сборы и травы в виде настоек, экстрактов (настойки аралии, заманихи, экстракт левзеи, эулетерококка). При сниженном тонусе периферических сосудов и мало измененном сердечном выбросе (эукинетический вариант гемодинамики) назначают комплекс витаминов и средства, оказывающих возбуждающее действие на ЦНС (настойка корня женьшеня, китайского лимонника, элеутерококка по 20 капель 2—3 раза в день в течение месяца, с повторными курсами).

При артериальной гипотензии с уменьшением сердечного выброса (гипокинетический вариант гемодинамики) применяют изадрин — препарат, способствующий увеличению объема крови, по 0,005 г сублингвально 3 раза в сутки в течение 10—14 дней.

Назначают препараты, улучшающие метаболические процессы в миокарде (рибоксин, милдронат, панангин, аскорбиновая кислота, витамины группы В).

Учитывая благоприятное действие оксигенотерапии, проводят сеансы гипербарической оксигенации. При гипотонических кризах применяют 0,5 мл 5% раствора эфедрина гидрохлорида, затем 1,0 мл 10% раствора кофеина или 1,0—2,0 мл кордиамина (алупент) и биоэнергетику плаценты (эссенциале).

Артериальная гипертензия во время беременности относят к факторам риска дальнейшего прогрессирования заболевания после родов и развития ИБС.

Выделяют первичную АГ (эссенциальная, идиопатическая, гипертоническая болезнь) и симптоматическую АГ. АГ вызывает функциональные и морфологические изменения сосудов, связанные с сужением их просвета. При этом в ранние сроки беременности возникают нарушения в плацентарном ложе, что впоследствии может приводить к плацентарной недостаточности, гипоксии и гипотрофии плода. АГ повышает опасность преждевременной отслойки плаценты, развития гестоза с характерными осложнениями для плода и для матери.

Осложнениями в родах являются несвоевременное излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности, разрывы промежности.

Послеродовой период нередко осложняется субинволюцией матки, лохиометрой и эндомиометритом. У 12-23% женщин последовый и послеродовой периоды осложняет кровотечение. Сравнительно небольшая кровопотеря (400—500 мл) у рожениц с артериальной гипотензией часто вызывает тяжелый коллапс.

Для скрининга АГ во время беременности на каждом приеме проводят измерение АД.

Профилактика осложнений заключается в нормализации АД.

Критерии диагностики АГ:

- по абсолютному уровню — АД 140/90 мм рт.ст. или выше;
- по разнице АД по сравнению с уровнем до зачатия или АД в I триместре беременности — подъем систолического АД >25 мм рт.ст. и/или подъем ДАД >15 мм рт.ст.

Диагноз АГ основывается на данных многократных (не менее 2 раз) измерений АД.

Для правильной диагностики необходимо соблюдать правила по измерению АД.

✓ АД следует измерять через 1—2ч после приема пищи. В течение часа до измерения АД воздержаться от курения, приема пищи, кофе, крепкого чая, лекарственных препаратов, способных повысить уровень АД (симпатомиметики, глазные и назальные капли).

✓ Измерять АД в положении сидя, после 5-минутного отдыха, не напрягая мышц рук и ног, без задержки дыхания во время процедуры и не разговаривая с окружающими; рука, на которой измеряется АД, должна находиться на уровне сердца.

✓ Измерение АД следует проводить на обеих руках и ориентироваться на более высокое значение АД.

✓ При измерении АД нагнетание давления в манжетке, предварительно укрепленной на 2 см выше локтевого сгиба, производят равномерно до уровня, превышающего обычное систолическое АД на 30 мм рт.ст.; последующее снижение давления в манжетке осуществляют медленно (рекомендуемая скорость — 2 мм рт.ст. в сек).

✓ Для регистрации тонов Короткова капсулу стетоскопа фиксируют в локтевой ямке; появление тонов соответствует уровню систолического АД, их исчезновение — уровню диастолического АД.

✓ Рекомендуют АД определять 2—3 раза с интервалом 3—5 минут.

✓ Целесообразно измерить АД на ногах (следует использовать широкую манжету, расположив фонендоскоп в подколенной ямке).

Регулярное самостоятельное измерение АД в домашних условиях обеспечивает оптимальный контроль за эффективностью гипотензивной терапии, позволяет отработать ее оптимальный режим для каждой беременной.

Гипертоническая болезнь

Беременную, страдающую гипертонической болезнью, трижды за время беременности госпитализируют в стационар.

o 1-я госпитализация — до 12 недель беременности. При обнаружении IIA стадии заболевания беременность может быть сохранена при отсутствии сопутствующих нарушений деятельности сердечно-сосудистой системы, почек и др. ПБ и III стадии служат показанием для прерывания беременности.

o 2-я госпитализация в 28-32 недель — период наибольшей нагрузки на сердечно-сосудистую систему. В эти сроки осуществляют тщательное обследование больной, коррекцию проводимой терапии и лечение плацентарной недостаточности.

Исследования, рекомендуемые обязательно:

- общий анализ крови;
- анализы мочи общий и по Нечипоренко;
- определение уровня глюкозы в плазме крови (натощак);
- содержание в сыворотке крови калия, мочевой кислоты, креатинина, общего холестерина, липопротеинов высокой плотности;
- ЭКГ;
- исследование глазного дна;
- Эхо-КГ;
- амбулаторное суточное мониторирование АД.

Суточное мониторирование АД — информативная методика исследования вариабельности АД, определения влияния поведенческих факторов, изучения динамики антигипертензивной терапии, получения дополнительной информации для диагностических и терапевтических заключений.

o 3-я госпитализация должна быть осуществлена за 2 недели до предполагаемых родов для подготовки женщин к родоразрешению.

Чаще всего роды проводят через естественные родовые пути. В первом периоде необходимы адекватное обезболивание, гипотензивная терапия, ранняя амниотомия. В период изгнания гипотензивную терапию усиливают с помощью ганглиоблокаторов. В

зависимости от состояния роженицы и плода II период сокращают, производя эпизиотомию или наложение акушерских щипцов. В III период родов осуществляют профилактику кровотечения. На протяжении всего родового акта проводят профилактику гипоксии плода.

Частота осложнений в большей степени определяется течением гипертонической болезни. По мере нарастания тяжести основного заболевания увеличивается частота таких осложнений беременности, как самопроизвольные аборты и преждевременные роды. В структуре осложнений беременности при гипертонической болезни наиболее высок удельный вес гестоза, который проявляется с 24 недели беременности. Как правило, гестоз протекает крайне тяжело, плохо поддается терапии и повторяется при последующих беременностях. Большая частота гестоза при гипертонической болезни обусловлена общностью патогенетических механизмов нарушения регуляции сосудистого тонуса и деятельности почек. Одним из тяжелых осложнений беременности является преждевременная отслойка плаценты.

При гипертонической болезни страдает плод. Нарушения функции плаценты приводят к гипоксии, гипотрофии и даже гибели плода. Роды при гипертонической болезни часто приобретают быстрое, стремительное или затяжное течение.

Основные принципы лечения артериальной гипертензии у беременных

- Максимальная эффективность для матери и безопасность для плода.
- Терапия должна начинаться как можно раньше (сразу после определения показаний), I триместр гестации не является противопоказанием к проведению гипотензивной терапии. Основным критерием выбора препарата является тип гемодинамики или вариант суточной кривой АД.
- Гипотензивная терапия у беременных должна проводится в постоянном режиме, следует избегать назначения гипотензивных средств для эпизодического приема («под контролем АД») в связи с возможным развитием синдрома отмены и ухудшения состояния беременной.
- При недостаточном эффекте лечения или плохой переносимости препарата — переход к препаратам другого класса.
- При отсутствии эффекта от монотерапии в течение 3-5 дней необходима комбинированная терапия.
- Для лечения АГ у беременных следует использовать современные, в том числе и пролонгированные гипотензивные средства, нецелесообразно с гипотензивной целью использование препаратов с низкой эффективностью (папаверин, дибазол, папазол, сульфат магния).
- При выборе гипотензивного препарата у беременных следует принимать во внимание не только показатели гемодинамики, наличие сопутствующих заболеваний и индивидуальную переносимость, но и влияние гипотензивных средств на тонус миометрия.
- Дозировка препарата должна быть достаточной. У беременных, в связи с увеличением объема циркулирующей крови и более высоким, чем вне беременности, уровнем основного обмена, эффективная дозировка, как правило, не меньше, а иногда и больше, чем у терапевтических больных. Вместе с тем, в каждом конкретном случае доза подбирается индивидуально.
- Диуретики для плановой гипотензивной терапии у беременных не используются в связи с риском развития гиповолемии и нарушений водно-электролитного баланса.
- В I триместре беременности применение (β-адреноблокаторов нежелательно в связи с возможным риском развития ВПН и гипотрофии плода.
- При лечении гестоза гипотензивную терапию следует сочетать с сульфатом магния, препаратами, улучшающими микроциркуляцию, эуфиллином и другими и лечением ФПН.

■ В случае приема женщиной антигипертензивных средств на этапе планирования или в ранние сроки беременности — коррекция медикаментозной терапии: отмена ингибиторов ангиотензин превращающего фермента и блокаторов рецепторов ангиотензина II и дозы препарата, достижение целевого уровня АД.

Прием в I триместре ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента и блокаторов рецепторов ангиотензина II не является абсолютным показанием к прерыванию беременности, а требует консультации генетика и тщательного УЗ-контроля для исключения пороков развития плода.

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК

Среди экстрагенитальных заболеваний у беременных болезни почек и мочевыводящих путей занимают второе место после болезней сердечно-сосудистой системы и представляют опасность как для матери, так и для плода.

Беременность предрасполагает к заболеванию почек вследствие нарушения уродинамики и кровообращения в почках, обусловленного изменениями топографо-анатомических взаимоотношений по мере увеличения размеров матки; ослабления связочного аппарата почек, способствующего патологической подвижности почек; увеличения частоты пузырно-маточного рефлюкса; изменений концентрации и соотношения гормонов-эстрогенов и прогестерона, приводящих к уменьшению пассажа мочи.

Пиелонефрит — наиболее частое заболевание при беременности (от 6 до 12%).

Для беременных женщин с хроническим пиелонефритом характерен отягощенный акушерский анамнез, что обусловливает необходимость выделения их в группу высокого риска по внутриутробному инфицированию, невынашиванию, мертворождаемости и ранней неонатальной смертности.

Пиелонефрит чаще развивается у первобеременных в связи с недостаточностью адаптационных механизмов, присущих организму женщины в это время.

Острый пиелонефрит развивается у 20-40% беременных с бессимптомной бактериурией, что позволяет рассматривать ее также в качестве фактора риска развития гестационного пиелонефрита.

При пиелонефрите вследствие хронической интоксикации возникают гемодинамические нарушения, приводящие к нарушению гестации. Также пиелонефрит в большинстве случаев сопровождается анемией, которая может осложнять течение беременности, родов и послеродового периода. Пиелонефрит приводит к увеличению частоты развития гестоза, преждевременных родов, хронической плацентарной недостаточности и гипотрофии плода, повышается риск иифекционно-септических осложнений у матери и плода.

Критическим сроком обострения заболевания является II триместр беременности (22-28 недель), а формирование акушерских (угроза прерывания беременности, гестозы) и перинатальных (гипоксия и гипотрофия плода) осложнений — 21—30 недель. При пиелонефрите в родах возникают такие осложнения, как аномалии родовых сил, кровотечения, гипоксия плода и асфиксия новорожденного.

Перинатальная смертность составляет 24%.

Факторы риска развития гестационного пиелонефрита:

- предшествующие инфекции мочевыводящих путей;
- пороки развития почек и мочевых путей;
- мочекаменная болезнь;
- воспалительные заболевания женских половых органов;
- низкий социально-экономический статус;
- сахарный диабет;
- нарушения уродинамики, обусловленные беременностью (дилатация и

гипокинезия внутри полостной системы почек, мочеточников на фоне метаболических изменений).

Профилактика гестационного пиелонефрита направлена на ранее выявление бессимптомной бактериурии, нарушений уродинамики, начальных признаков заболевания.

Антибактериальная терапия бессимптомной бактериурии у беременых значительно снижает риск развития пиелонефрита.

Немедикаментозные мероприятия по профилактике обострений пиелонефрита включают адекватный питьевой режим (1,2—1,5 л в сутки), позиционную терапию (коленно-локтевое положение), применение фитотерапии.

Беременные, больные пиелонефритом, должны быть госпитализированы при обострении заболевания, появлении признаков гестоза, ухудшении состояния плода (гипоксия и гипотрофия).

Лабораторно-инструментальные исследования:

- общий анализ мочи (пиурия присутствует практически у всех больных с пиелонефритом и является ранним лабораторным симптомом);
- анализ мочи по Нечипоренко (лейкоцитурия более 4000 в 1 мл мочи);
- клинический анализ крови (лейкоцитоз свыше $11x10^9$ г/л, нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, гипохромная анемия (гемоглобин менее 10^9 г/л), повышение СОЭ);
- биохимический анализ крови (диспротеинемия -увеличение уровня a_2- и γ-глобулинов, повышение уровня сиаловых кислот, мукопротеинов, положительная реакция на С-реактивный белок; значения общего белка, холестерина, остаточного азота длительное время в пределах нормы);
- проба Реберга (уменьшение реабсорбции с последующим нарушением фильтрации наблюдают при тяжелом поражении почек);
- микробиологическое исследование (диагностическая ценность бактериологического исследования мочи может быть определена как высокая при обнаружении роста возбудителя в количестве $>10^5$ КОЕ/мл);
- УЗИ почек (косвенные признаки острого пиелонефрита: увеличение размеров почки, понижение эхогенности паренхимы в результате отека; вспомогательный метод).

Принципы лечения заключаются в увеличении пассажа мочи, ликвидации ее застоя, интенсивном выведении микробов и их токсинов и санации мочевыводящих путей, назначают полноценную витаминизированную диету (в меню рекомендуют вводить виноград, дыню, арбуз, груши, крыжовник, персики, черную смородину, огурцы, морковь, свеклу), коленно-локтевое положение на 10—15 минут несколько раз в день и сон на здоровом боку, диатермию околопочечной области, питье минеральных вод (Ессентуки № 20). Антибиотики — 8—10 дней, ортосирон («почечный чай») 2 раза в день в течение 14—20 дней, фитолизин — 2 раза в день.

Беременные с гестационным пиелонефритом должны находиться под тщательным наблюдением акушера-гинеколога женской консультации и терапевта для выявления ранних признаков заболевания. Лечение необходимо проводить только в стационаре.

Критерием излеченности является отсутствие лейкоцитурии при троекратном исследовании мочи. В дальнейшем в течение беременности необходим контроль за лабораторными показателями 1 раз в 2 недели, ежемесячно следует проводить микробиологическое исследование мочи и лечение с учетом результатов чувствительности.

Своевременно и правильно леченный пиелонефрит не представляет серьезной опасности для развития беременности и плода. Несмотря на это, больные пиелонефритом должны быть отнесены к группе высокого риска по возникновению

осложнений в периоде гестации.

М.М.Шехтман (1987), В.Н.Серов и соавт. (1989) выделяют III степени риска. К I степени риска относятся больные с неосложненным пиелонефритом, возникшим во время беременности; ко II степени риска — больные хроническим пиелонефритом, существовавшим до беременности; к III степени риска — больные с пиелонефритом и гипертензией или азотемией, пиелонефритом единственной почки. Больным с I и II степенями риска разрешается беременность. Они должны находиться на диспансерном учете. **При III степени риска беременность противопоказана.**

Больные пиелонефритом беременные должны быть госпитализированы при каждом обострении заболевания, при появлении признаков гестоза или ухудшения состояния плода (гипоксия, гипотрофия).

Гломерулонефрит беременных встречается с частотой от 0,1 до 9%. Это инфекционно-аллергическое заболевание, приводящее к иммунокомплексному поражению клубочков почек. Возбудитель — гемолитический стрептококк. В ранние сроки беременности необходимо обследование и решение вопроса о возможности сохранения беременности. Острый гломерулонефрит является показанием к прерыванию беременности. После перенесенного острого гломерулонефрита беременность возможна не ранее чем через 3—5 лет.

Хронический гломерулонефрит в стадии обострения с выраженной гипертензией и азотемией является противопоказанием для пролонгирования беременности.

Ведение и лечение женщин с гломерулонефритом проводят совместно акушер-гинеколог и нефролог. Кроме первичной госпитализации в ранние сроки беременности, показано стационарное лечение в любые ее сроки при ухудшении общего состояния, признаках угрозы прерывания беременности, гестоза, гипоксии и гипотрофии плода.

При сроке беременности 36—37 недель необходима плановая госпитализация в отделение патологии беременных для подготовки к родам и выбора метода родоразрешения. Показанием для досрочного родоразрешения считают обострение хронического гломерулонефрита, сопровождающееся нарушением функции почек (уменьшение суточного диуреза, клубочковой фильтрации, почечного кровотока, нарушение белкового обмена, нарастание азотемии, повышение АД, присоединение тяжелых форм гестоза, отсутствие эффекта от проводимого лечения).

При латентной форме хронического гломерулонефрита беременность допустима

При гипертонической и смешанной формах вследствие нарушения функции почек и системы кровообращения беременность противопоказана.

Больные нефротической формой хронического гломерулонефрита производят неблагоприятное впечатление в силу наличия больших отеков и выраженных биохимических сдвигов. Однако они в большинстве случаев поддаются симптоматической терапии. Беременность можно допустить, если есть условия для тщательного наблюдения и длительного стационарного лечения больной. Гипертензия больше отягощает прогноз для женщин и плода, чем хроническая недостаточность белка и является основным фактором, обусловливающим антенатальную гибель плода. Дефицит белка хотя и способствует развитию гипотрофии плода, не так опасен для жизни ребенка, как гипертензия.

Таким образом акушерская тактика у женщин, болеющих гломерулонефритом, должна быть дифференцированной. Все эти больные составляют группу риска, но степень его различна.

М.М. Шехтман с соавт. (1989) дифференцирует 3 степени риска. К группе с I (минимальной) степенью риска относятся больные с латентной формой гломерулонефрита; ко II (выраженной) — нефротической формой гломерулонефрита; к III (максимальной) — беременные с гипертонической и смешанной формами хронического гломерулонефрита, с острым гломерулонефритом, с обострением

хронического гломерулонефрита, со всеми формами заболевания, протекающими с азотемией. **При III степени риска беременность противопоказана.**

Все больные гломерулонефритом должны быть взяты на учет до 12 нед. беременности. В эти сроки необходимо обследование с целью уточнения формы заболевания и решения вопроса о возможности пролонгирования беременности (в условиях терапевтического стационара). Больные с латентной формой гломерулонефрита нуждаются в повторной госпитализации при обострении заболевания или при присоединении позднего гестоза (в 20% случаев).

Больные с нефротической формой должны быть госпитализированы столько раз и находиться в стационаре столько времени сколько требует их состояние (иногда несколько месяцев до родов). Если больные, отнесенные к группе с III степенью риска, отказываются от прерывания беременности, на них распространяется тактика, рекомендуемая при нефротической форме гломерулонефрита.

Если острый гломерулонефрит женщина перенесла более чем за 1 год до наступления беременности и достигнуто полное излечение, беременность может быть сохранена, она обычно протекает без осложнений.

При латентной форме гломерулонефрита женщины могут рожать своевременно и самопроизвольно.

При нефротической, гипертонической и смешанной формах развивается гипотрофия плода, а также возникает угроза его внутриутробной гибели. Поэтому в интересах плода целесообразно досрочное родоразрешение и необходима госпитализация в 36-38нед.

Мочекаменная болезнь.

Современные данные свидетельствуют, что беременность мало влияет на течение МКБ. Тем не менее, выделяют ряд особенностей клинической картины МКБ у беременных женщин:

- частое отсутствие типичного проявления МКБ — почечной колики: более характерны тупые, ноющие боли в поясничной области, которые требуется дифференцировать с клинической картиной «острого живота», а в конце беременности с началом родовых схваток;
- частое сочетание МКБ с инфекцией мочевыводящих путей;
- течение МКБ под маской гестационного пиелонефрита; наличие же конкрементов в почках диагностируется после родов.

Приступ возникает внезапно — боль в пояснице с иррадиацией в паховые области, половые губы, ногу, эпигастрий. У беременных чаще возникает правосторонняя колика. Симптом Пастернацкого положительный. Анализ крови в норме, в анализах мочи — эритроциты, лейкоциты, кристаллы солей. Приступ приводит к угрозе прерывания беременности, преждевременным родам. В некоторых случаях приходится проводить досрочное родоразрешение, если приступ не удается купировать.

Особенности диагностики МКБ при беременности.

Для беременных женщин основным визуализирующим методом является УЗИ почек и мочевого пузыря. В ряде случаев по показаниям может быть выполнена цистоскопия. Лабораторное исследование мочи и биохимический анализ крови, пробы Реберга, Зимницкого дают ценную информацию по определению функциональной способности почек.

Особенности течения беременности

МКБ не оказывает существенного влияния на течение беременности и состояние плода, если она не осложнена инфекцией или присоединением позднего гестоза.

Осложнения беременности при уролитиа

- Обострение МКБ (30-40 %).

- Обострение вторичного хронического калькулезного пиелонефрита (80 %) .
- Угроза прерывания беременности, преждевременные роды (15-19%).
- В случае наличия сопутствующего калькулезного пиелонефрита это осложнение наблюдается у 25 % .
- Присоединение гестоза (15 %) ..
- Хроническая внутриутробная гипоксия, гипотрофия плода, СЗРП, внутриутробное инфицирование (18-22 %), фетоплацентарная недостаточность (5-20 %).

Тактика ведения беременных

Наблюдение за беременными, страдающими МКБ, осуществляется акушером-гинекологом в условиях женской консультации совместно с урологом. В случаях нефролитиаза и особенно при наличии коралловидных камней необходима консультация нефролога. Обязательным является скрининговое обследование всех беременных с МКБ в I триместре на наличие бессимптомной бактериурии, при выявлении которой необходимо проведение этиотропной антибактериальной терапии, так как частота возникновения острого пиелонефрита у этих пациенток колеблется, по различным данным, от 14 до 57 %.

В процессе наблюдения необходимо своевременно выявлять присоединение или обострение пиелонефрита, гестоз, угрозу преждевременных родов. В этих случаях показана госпитализация в стационар для лечения осложнений беременности и профилактики фетоплацентарной недостаточности. По нашим данным, у пациенток с МКБ, осложненной пиелонефритом, риск гестационных осложнений беременности значительно возрастает: среди материнских осложнений чаще всего встречаются угроза прерывания беременности (25 %), тяжелые формы гестоза (10,7%), анемия (62%); среди осложнений со стороны плода — развитие фетоплацентарной недостаточности (20-33 %) и внутриутробное инфицирование (17,6-21,8%).

Если диагноз заболевания ясен и мочекаменная болезнь протекает при минимальных симптомах, а развитие плода не нарушается, амбулаторное наблюдение может продолжаться вплоть до родов. Беременность при МКБ единственной почки противопоказана. Во время беременности предпочтительнее консервативное лечение МКБ, хотя в некоторых случаях без хирургического вмешательства не удается обойтись. Прогрессирование артериальной гипертензии, нарастание азотемии у пациенток с МКБ могут являться показаниями к родоразрешению или прерыванию беременности на любых сроках, а выявление окклюзии мочеточников с развитием острой почечной недостаточности является показанием к операции на мочевых путях, однако в каждом конкретном случае этот вопрос решается строго индивидуально.

Большое внимание должно уделяться диете пациентов, которая зависит от характера нарушений обмена веществ.

При нарушении пуринового обмена и уратных камнях (pH мочи <6,5) исключают продукты с высоким содержанием пуриновых соединений, являющихся источником образования в организме мочевой кислоты. В диете должны преобладать молочные и растительные продукты, это обеспечивает увеличение pH мочи. При уратном уролитиазе не рекомендуется употреблять: мед, кофе, шоколад, виноград и продукты из него, бульоны, сырокопченые продукты, субпродукты из внутренних органов, бобовые, кремовые торты, пирожные, молоко цельное, щавель, салат, редьку, редиску, жареную рыбу, свинину и продукты из нее, продукты с консервантами, цветную капусту. Можно ограниченно: варено-копченые продукты, кофейные напитки, помидоры (2-3 штуки в день), зеленый лук, петрушку, сливу, сало, джин, водку, сливочное масло, молоко в кашах, чае. Необходимо употреблять: картофель (только чищенный), крупы, макаронные изделия, мясо, рыбу, птицу (отварную, запеченную в фольге), зеленые яблоки, морковь, свеклу, огурцы, тыкву, сметану, творог, кефир, арбузы, лимоны, капусту белокочанную, лук, чеснок (ежедневно), укроп, хлеб (ржаной,

пшеничный), яйца (3 штуки в неделю), зеленый чай, сосиски, колбасу вареную, масло растительное (оливковое). Беременной следует рекомендовать обильное питье до 2,0-2,5л в сутки (при условии отсутствия склонности к задержке жидкости). Рекомендуется употребление щелочных минеральных вод: Ессентуки-20, Славяновская, Смирновская, Нафтуси. Диета при кальций-фосфатном нефролитиазе предусматривает ограничение потребления продуктов, богатых неорганическим фосфором: рыбы, сыра (твердых сортов), молочных продуктов, орехов, грибов. Рекомендуется обильное питье 1,5-2,0-2,5 л в сутки.

При кальций-оксалатном нефролитиазе ограничивается прием продуктов с повышенным содержанием кальция, аскорбиновой кислоты и оксалатов и также рекомендуется обильное питье.

Категорически нельзя употреблять продукты с высоким содержанием оксалатов: фрукты (мандарины, грейпфрут, лимонная цедра, бананы, антоновские яблоки, слива, виноград, шиповник, малина, голубика, черника, крыжовник, вишня, земляника, черная смородина, брусника), листовую зелень (шпинат, щавель, сельдерей, ревень, петрушка, салат, зеленый лук); овощи (огурцы, свекла, кабачки, зеленая фасоль, горох, помидоры, редис). Кроме того не рекомендуется употреблять кофе, чай, какао, шоколад, орехи, проросшую пшеницу, высушенные бобы, соленья, приправы, маринады, пряности, бульоны (мясные, рыбные, грибные), колбасные изделия, полуфабрикаты, чипсы, сухарики, желатин (студни, заливное, желе), сливочное масло, рис. Можно ограниченно употреблять продукты с низким содержанием оксалатов: некислые яблоки, абрикосы, дыню, арбуз, кизил, изюм, персики, тыкву, груши, айву, капусту, картофель, морковь, репу, курагу, некрепкие чай и кофе. Рекомендуются продукты, богатые магнием (овсянка, гречка, пшено, сухофрукты, хлеб из муки грубого помола, пшеничные отруби). Потребление жидкости должно составлять 2 л в день, больше во второй половине дня. Можно употреблять компоты из сухофруктов, соки (не кислые) и минеральные воды: Боржоми, Смирновская, Славянская. В качестве прегравидарной подготовки рекомендуется принимать Донат- Mg (1/2 стакана 3 раза в день в теплом виде за 30 мин до еды; 10 дней в месяц — 6-12 мес), раствор для питья: цитрат натрия 98 г с добавлением 140 г лимонной кислоты и 1 л воды, Цитросоду (1 лимон+1 чайная ложка соды+1 л воды (10 мл 2-3 раза в день 1 мес ежеквартально). Также полезно употреблять фитосборы: трава спорыша, семена укропа, лист земляники — поровну; трава хвоща полевого, лист земляники, семена укропа — поровну; лист мяты, кукурузные рыльца, золотая розга — поровну; 1 столовую ложку смеси трав заливают 400 мл кипятка, настаивают ночь в термосе, процеживают, принимают по 1-3 столовых ложки за 30 мин до еды. Продолжительность лечения составляет 6 месяцев. Каждые 10 дней состав сбора меняют.

Медикаментозное лечение беременных, страдающих МКБ, направлено на купирование болевого синдрома, ликвидацию инфекции мочевыводящих путей. Для купирования болей показано проведение спазмолитической терапии: 2 % раствор папаверина гидрохлорида 2 мл подкожно, раствор но-шпы* 2 мл подкожно. Применяются 0,2 % раствор платифиллина гидротартрата 1-2 мл подкожно, баралгин 5 мл внутривенно струйно или внутримышечно, а также атропин, который, как считается, обладает более выраженным спазмолитическим действием на гладкую мускулатуру мочеточников, чем вышеуказанные препараты. Если с помощью спазмолитических средств приступ почечной колики купировать не удается, прибегают к наркотическим анальгетикам: раствор 1-2 % промедола 1 мл подкожно или внутримышечно; 1 мл 1 % раствора морфина гидрохлорида подкожно. В некоторых случаях хороший эффект получается от приема спазмолитических средств, избирательно расслабляющих мускулатуру мочеточников: цистенал по 20 капель на кусок сахара под язык, а далее по 10 капель 3 раза в день после еды; ависан по 2 таблетки 3-4 раза в день после еды. Цистенал и ависан обладают не только спазмолитическим, но и

противовоспалительным действием. Прием жидкости следует увеличить до 2л в сутки. Если спазмолитические и наркотические средства не купируют приступ почечной колики, производят катетеризацию мочеточника или установку внутреннего стента. Катетеризация мочеточника (после предварительной хромоцистоскопии) восстанавливает нарушенный отток мочи, и приступ колики прекращается. Эти манипуляции производятся урологом. Если уролитиаз сочетается с пиелонефритом, очень важно начать своевременную антибактериальную терапию, подробно описанную в разделе пиелонефрит и беременность при условии восстановления нарушенного оттока мочи. При калькулезном пиелонефрите очень эффективна катетеризация мочеточника. В некоторых случаях, когда катетер не удается провести мимо камня, плотно охваченного мочеточником, катетеризация оказывается безуспешной. В таких случаях могут возникнуть показания к хирургическому лечению (чрескожная пункционная нефростомия или уретеролитотомия, уретеролитоэкстракция).

Операции на мочевыводящих путях показаны при:

- анурии, вызванной обтурацией мочеточника камнем и не поддающейся лечению;
- возникновении гнойных апостематозных форм пиелонефрита;
- частых повторяющихся приступах почечной колики, если отсутствует тенденция к самопроизвольному отхождению камней. Хирургическое лечение уролитиаза включает :

❖ открытые оперативные вмешательства на почке и мочевыводящих путях;

❖ инструментальные методы удаления камней: цистолитотрипсию, уретеролитотрипсию, контактное уретероскопическое разрушение камня.

В ранние сроки беременности при наличии показаний пациенток следует оперировать, не считаясь с состоянием плода, т.к. промедление с урологической операцией может представлять угрозу жизни для женщины. В зарубежной литературе приводится много данных об успешности операций при обтурации мочеточника. Проведение уретероскопии с последующей уретеролитоэкстракцией во время беременности не увеличивает числа послеоперационных осложнений, которые встречаются с такой же частотой, как у небеременных пациенток. Необходимым условием успеха в таких ситуациях является наличие высококвалифицированных специалистов и современной технической оснащенности стационара.

Особое значение приобретают операции у пациенток с ПКБ единственной почки или нефролитиазом почечного трансплантата в случае отказа пациенток от прерывания беременности.

Если показания к операции возникают в позднем сроке беременности, целесообразно первоначально произвести родоразрешение пациентки, а потом проводить операции на почке или мочеточниках.

Родоразрешение пациенток с МКБ обычно не представляет трудностей и производится через естественные родовые пути. Некупирующаяся почечная колика в поздних сроках беременности может стать показанием к родоразрешению пациентки, а при неготовности родовых путей к родам — показанием к кесареву сечению.

В послеродовом периоде следует проводить профилактический курс антибактериальной терапии, учитывая высокий риск инфекционно-воспалительных осложнений.

Для лечения МКБ после родов может быть использована дистанционная ударно-волновая литотрипсия или другие операции на почке и мочевыводящих путях, выбор которых зависит прежде всего от конкретной клинической ситуации.

Следует иметь в виду, что хирургическое лечение МКБ не является этиотропным, т. к. причина камнеобразования остается.

Прогноз

МКБ не является противопоказанием для пролонгирования беременности,

за исключением случаев имеющейся почечной недостаточности и, как правило, не оказывает существенного влияния на течение беременности и состояние плода. В случае присоединения инфекционных осложнений риск развития гестоза, прерывания беременности, ФПН и перинатальной заболеваемости существенно возрастает.

Беременность и роды у женщин с одной почкой

Отсутствие почки может быть следствием врожденной аномалии или удаления пораженной почки. Преимущественно эта патология наблюдается вследствие удаления почки по поводу различных (органических, воспалительных) заболеваний: опухоль почки, пионефроз, туберкулез почки, пиелонефрит с тяжелой гипертонией, нефролитиаз, гидронефроз и трамвы. Благодаря компенсаторным возможностям организма, беременность может развиваться нормально как с одной почкой, так и с одним яичником, надпочечником, одним легким. Однако женщин с одной почкой нельзя считать абсолютно здоровыми. Состояние женщины в период гестации зависит от причины удаления почки (пионефроз, туберкулез) или врожденного отсутствия почки. Сохранение беременности в подобной ситуации зависит от состояния оставшейся почки. Более неблагоприятный акушерский прогноз у женщин с врожденной аплазией одной почки, т. к. она может оказаться функционально несостоятельной.

В гестационном периоде у беременных, перенесших нефрэктомию и страдающих пиелонефритом единственной почки, возможно обострение основного процесса, либо присоединение тяжелых форм позднего гестоза со снижением функции единственной почки и появление признаков почечной недостаточности. Следовательно, больные с пиелонефритом единственной почки представляют группу высочайшего риска развития перинатальной и материнский патологии и тяжелых осложнений в период гестации как для плода, так и для матери. Наличие пиелонефрита или резкого снижения функции единственной почки (азотемия, гипертензия) является противопоказанием к беременности. При отсутствии патологии единственной почки беременность может быть пролонгирована при тщательном наблюдении уролога и акушера. Если единственная почка расположена в малом тазу, возможно неправильное положение плода. В этих случаях рекомендуется родоразрешение кесаревым сечением.

Хроническая почечная недостаточность и беременность

Хроническая почечная недостаточность (ХПН) — клинико-лабораторный симптомокомплекс, развивающийся вследствие постепенной гибели нефронов в исходе многих хронических болезней почек. Основной особенностью ХПН является исчерпанность компенсаторных возможностей почек и невозможность регенерации паренхимы.

Классификация

Согласно классификации Лопаткина И. А. (2002 г.), выделяют четыре стадии ХПН.

I стадия — доклиническая (латентная) почечная недостаточность — характеризуется снижением скорости клубочковой фильтрации (СКФ) до 50-60 мл/ мин. Клинических проявлений может не быть. Иногда выявляются минимальные клинические симптомы в виде слабости, быстрой утомляемости, сухости во рту, снижения аппетита, нарушении сна, иногда жажды. Показатели азотистого обмена в пределах нормы.При функциональных пробах можно обнаружить снижение секреторной активности канальцев, изменение фосфорно-кальциевого обмена, периодическую протеинурию, увеличение экскреции Сахаров, дизаминоацидурию. При проведении пробы Зимницкого имеет место гипоизостенурия (относительная плотность мочи меньше 1018).

II стадия — компенсированная, при которой СКФ снижается до 30-49 мл /

мин. Описанные выше симптомы носят более стойкий характер. Показатели азотемии — нормальные или находятся на верхней границе нормы. Суточное количество мочи увеличивается до 2,0-2,5 л в результате нарушения канальцевой реабсорбции, осмолярность мочи снижена, возможны умеренно выраженные электролитные нарушения за счет повышения экскреции натрия, изменения фосфорно-кальциевого обмена с развитием признаков остеодистрофии. Отмечается умеренно выраженная нормохромная анемия, тромбоцитопения, лейкоцитоз со сдвигом влево, повышение СОЭ.

III стадия — интермиттирующая, наблюдается при СКФ до 15-29 мл/ мин. При этом имеют место стойкая азотемия (повышение уровней мочевины до 8-29 ммоль/л и креатинина до 0,2-0,5 ммоль/л), выраженные нарушения электролитного и кислотно-основного состояния. Для этой стадии характерна более выраженная клиническая картина с вышеописанными жалобами. Отмечаются периоды ухудшения состояния, связанные с обострением основного заболевания, перенесенными интеркуррентными заболеваниями, оперативными вмешательствами и др., а также улучшения после проведенной адекватной терапии.

IV стадия — терминальная, обусловленная дальнейшим прогрессированием гибели паренхимы почек, СКФ снижается до 5-14 мл/мин и ниже, характеризуется необратимостью изменений в почках. Клиническая картина соответствует уремической интоксикации, наступившей независимо от этиологического фактора.

Этиология

Наиболее частые причины ХПН:

- Заболевания, протекающие с преимущественным поражением клубочков почек, — хронический гломерулонефрит (ХГН), подострый гломерулонефрит.
- Заболевания, протекающие с преимущественным поражением почечных канальцев и интерстиция, — хронический пиелонефрит, интерстициальный нефрит.
- Диффузные болезни соединительной ткани — системная красная волчанка, системная склеродермия, узелковый полиартериит, геморрагический васкулит
- Болезни обмена веществ — сахарный диабет, амилоидоз, подагра, нарушение кальциевого обмена (гиперкальциемия).
- Врожденные заболевания почек: поликистоз, гипоплазия почек, синдром Фанкони, синдром Альпорта и др.
- Первичные поражения сосудов — злокачественная гипертония, стеноз почечных артерий, гипертоническая болезнь (эссенциальная гипертония).
- Обструктивные нефропатии — мочекаменная болезнь, гидронефроз, опухоли мочеполовой системы.

Самой частой причиной развития терминальной ХПН являются сахарный диабет II типа и гипертонический нефросклероз, III и IV место среди причин — поликистоз почек и врожденные аномалии развития мочевыводящих путей. На последнем месте стоят приобретенные заболевания почек — хронический гломерулонефрит, а также хронические гломерулонефриты при системных заболеваниях.

Патогенез

Несмотря на многообразие этиологических факторов, морфологические изменения в почках при выраженной ХПН однотипны и сводятся к преобладанию фибропластических процессов с замещением функционирующих нефронов соединительной тканью и формированием нефросклероза.

Резкое снижение массы действующих нефронов при ХПН проявляется нарушением всех функций почек:

- регуляторной (поддержание нормального водно-электролитного, осмотического и кислотно-щелочного гомеостаза);
- депурационной (выведение продуктов азотистого метаболизма);
- эндокринной (снижение синтеза кальцитриола, эритропоэтина и т. д.).

В начальных стадиях ХПН адаптационным механизмом поддержания СКФ на необходимом уровне является повышение нагрузки на оставшиеся нефроны, которые гипертрофируются. В последних развивается гиперфильтрация, еще больше усугубляющая их структурные изменения. Уже на ранних стадиях ХПН (СКФ менее 60 мл/ч) нарушается концентрационная способность почек, что сопровождается поли- и никтурией, снижением относительной плотности мочи.

Выделение электролитов, в частности, натрия, может быть повышенным или пониженным. При преимущественно канальцевой ХПН происходит снижение реабсорбции натрия до 80% и повышение его экскреции, что проявляется снижением натрия в крови. При преимущественном поражении клубочков, особенно при сохранении функции канальцев, отмечается задержка натрия в организме, что приводит к накоплению жидкости, отекам и артериальной гипертензии.

Выделение калия происходит в результате его секреции в дистальном отделе канальцев. В норме до 95 % калия выводится почками. При ХПН основную функцию по выведению калия берет на себя кишечник, поэтому гиперкалиемия возникает при СКФ менее 15 мл / мин в термальной стадии ХПН.

Уже на ранних стадиях ХПН развиваются гиперхлоремический ацидоз, гиперфосфатемия, умеренное повышение содержания магния в сыворотке крови и гипокальциемия. По мере снижения СКФ нарушается катаболизм многих белков, что приводит к задержке продуктов белкового обмена: мочевины, креатинина, мочевой кислоты, индола и т. д.

По мере прогрессирования почечной недостаточности гипокальциемия, развивающаяся как следствие нарушения образования активной формы витамина D_3 и снижения всасывания кальция в кишечнике, становится все более выраженной. Гипокальциемия стимулирует продукцию паратгормона, в отдельных случаях компенсаторная геперпродукция паратгормона приводит к гиперплазии паращитовидных желез, к развитию вторичного гиперпаратиреоза с повышением уровня кальция в крови.

Помимо снижения образования активных метаболитов витамина D, в патогенезе уремии имеет значение снижение и других эндокринных функций почки — уменьшение продукции эритропоэтина, изменение почечной прессорно-депрессорной системы (ренин-простагландины), задержка в крови пролактина.

Клиническая картина

I стадия ХПН начинается при гибели около 50 % функционирующих нефронов и характеризуется отсутствием явных симптомов.

Начальный период ХПН обычно беден клиническими симптомами (если нет тяжелой гипертензии и ее осложнений). Больные могут жаловаться на слабость, утомляемость, сонливость, апатию, может отмечаться снижение аппетита. Ранними признаками являются полиурия и никтурия. Довольно рано развивается гипопластическая анемия, связанная со снижением образования в почках эритропоэтина. В целом эта стадия характеризуется малыми симптомами, часто почечными.

В II и III стадиях ХПН (условно III, IV по классификации хронической болезни почек имеются отчетливые нарушения функций почек вследствие гибели до 90% функционирующих нефронов. Клинически эти стадии характеризуются экстраренальными признаками почечной недостаточности. Появляются изменения сердца, легких, функций печени, желудочно-кишечного тракта, т.е. проявляются поражения всех органов, но без значительного нарушения их функций. Определяется выраженная анемия. Усиливаются слабость, сонливость, утомляемость, апатия (уремическая энцефалопатия), мышечная слабость, мышечные подергивания, связанные с электролитными расстройствами, в первую очередь с гипокальциемией. Развиваются разнообразные поражения костной системы, связанные с нарушением

фосфорно-кальциевого обмена: остеомаляция (с болью в костях, часто с проксимальной миопатией, повышением уровня щелочной фосфатазы сыворотки), почечный фиброзирующий остеит (при гиперпаратиреозе — с повышением содержания кальция в крови, субпериостальными эрозиями фаланг, метастатическими кальцификатами в периферических артериях конечностей и в мягких тканях), остеопороз. С задержкой «уремических токсинов» связаны кожный зуд (иногда мучительный), парестезии, кровоточивость (носовые кровотечения, подкожные геморрагии). При длительной задержке мочевой кислоты может развиться «уремическая подагра», с характерной болью в суставах. Ярким признаком уремии является диспепсический синдром — тошнота, рвота, икота, потеря аппетита вплоть до отвращения к пище, понос (реже — запор), стоматит, глоссит, хейлит. Рвота может быть мучительной, приводит к дегидратации, электролитным сдвигам, похуданию. При осмотре больного выявляют бледно-желтоватый цвет лица (сочетание анемии и задержки урохромов), «синяки» на руках и ногах. Кожа сухая, со следами расчесов, язык сухой, коричневатый. При выраженной уремии изо рта ощущается запах мочи. Моча очень светлая (низкой концентрации и к тому же лишенная урохромов). У 80 % больных задержка натрия приводит к гипертензии, часто с чертами злокачественности, с ретинопатией, сердечной астмой, ритмом галопа. Развитие гипертензии ускоряет прогрессирование почечной недостаточности. Гипертензия, анемия, а также электролитные сдвиги ведут к развитию тяжелого поражения сердца. Поражению миокарда способствуют также гиперлипидемия с атеросклерозом, дефицит витаминов и микроэлементов в пище, гиперпаратиреоз. По мере прогрессирования уремии нарастает неврологическая симптоматика, появляются судорожные подергивания, усиливается энцефалопатия.

Характерны множественные эндокринные нарушения, в том числе аменорея, связанная с задержкой пролактина.

IV стадия — функционирующих нефронов менее 10 %, и это уже декомпенсация не только почек, но и всех систем организма, вовлеченных в патологический процесс. В терминальной стадии ХПН (условно V стадия по классификации хронической болезни почек K/DOQI) полиурия сменяется олигурией и анурией. У пациенток диагностируются выраженные анемия, сердечная недостаточность, может быть развитие перикардита, уремический отек легких. Иногда развивается тяжелая миопатия, когда больные не могут подняться на ступеньки, стоять в вертикальном положении. Прогрессирует анемия, развивается лейкоцитоз и тромбоцитопения, способствующая кровоточивости. В терминальной стадии ХПН вышеперечисленные симптомы уремии проявляются у пациентов при разных значениях креатинина плазмы, без прямой корреляции с показателями азотовыделительной функцией почек, но, тем не менее, порой именно они (например, перикардит), а не лабораторные параметры, являются определяющими в переходе на диализное лечение. В связи со стойким изменением гормонального статуса при нарастании степеней ХПН у пациентов появляются множественные эндокринные нарушения, в том числе — аменорея, связанная с задержкой пролактина. Вследствие этого, пациентки, имеющие уровень креатинина плазмы 3мг/дл или выше (более 270 мкмоль/л), как правило, не беременеют. Однако описание изменений, происходящих буквально во всех органах и системах организма, характерных для терминальной стадии ХПН, очень важно с точки зрения характеристики здоровья этих пациенток, попадающих в дальнейшем на диализное лечение или трансплантацию почки, т.к. при проведении этого лечения вновь наступает возможность возникновения и вынашивания беременности.

Диагностика

Решающее значение в диагностике ХПН принадлежит лабораторным методам.

При обычном приеме пищи и жидкости (1,5-2,0 л) относительная плотность мочи у здорового человека в пробе по Зимницкому колеблется между 1010-1025, при выраженной ХПН плотность мочи не превышает 1004-1001.

Надежный показатель функциональной способности почек — СКФ. Для диагностики ХПН следует принимать показатель СКФ.

В норме величина СКФ составляет 80-130 мл/ мин, концентрация креатинина в сыворотке крови 0,058- 0,096 ммоль/л (58-96 мкмоль/л или 0,66-1,09 мг/дл). Нормальные показатели мочевины в сыворотке крови соответствуют 1,7-8,3 ммоль/л (10,2-49,8мг/дл). При ХПН повышаются креатинин и мочевина в крови и снижается СКФ менее 60 мл/ мин.

Установить наличие почечной недостаточности можно уже при первом контакте с больным на основании тщательного сбора анамнеза (активное выявление никтурии, полиурии, жалоб накожный зуд, кровоточивость, диспепсии) и осмотра (цвет кожи, ее сухость, расчесы, «синяки», шум трения перикарда, характерный запах изо рта). Выявление анемии и низкой относительной плотности мочи подтверждает диагноз, так же как и обнаружение азотемии. Значительное уменьшение размеров почек (обзорный снимок, томограмма, УЗИ) свидетельствует о терминальной почечной недостаточности.

Нормальные размеры почек при нарастающей ХПН позволяют думать об обострении патологического процесса в почках, при настойчивом лечении которого еще можно добиться улучшения почечной функции. При ХПН на фоне амилоидоза и поликистоза почек уменьшения размеров, как правило, не бывает, в отличие от гломерулонефрита и пиелонефрита.

Установление диагноза ХПН у больного без анамнестических указаний на заболевание почек иногда значительно запаздывает. Это бывает в тех случаях, когда заболевание почек протекает длительно бессимптомно, и больной обращается впервые к врачу лишь при появлении уремической интоксикации, по поводу диспепсий, гипертензии, боли в суставах, кровотечений. Основная задача врача в этой ситуации — подумать о возможности ХПН.

Особенности течения беременности

Осложнения беременности варьируют в зависимости от стадии ХПН, а также от наличия или присоединения артериальной гипертензии.

- Присоединение гестоза, который имеет раннее начало и, как правило, тяжелое течение и проявляется:
- присоединением или усугублением гипертензии;
- ухудшением функции почек;
- трудностью дифференциальной диагностики между проявлениями почечной патологии с наличием гестоза;
- Угроза выкидыша, невынашивание, преждевременные роды;
- Фетоплацентарная недостаточность и, как следствие, высокая перинатальная смертность;
- Анемия;
- Развитие инфекционных осложнений, как правило, со скудной клинической симптоматикой.

Выявляемость этих осложнений варьирует в широких пределах в зависимости от стадии ХПН.

Успешность родоразрешения пациенток определяется именно отсутствием или сведением к минимуму перечисленных выше осложнений, вероятность возникновения которых четко коррелирует с показателями артериального давления и функцией почек.

Выделяет три категории беременных с ХБП:

- I — пациентки с сохранной функцией почек или ее легким нарушением: креатинин плазмы крови <1,4мг/дл (133 мкмоль/л);
- II — пациентки с умеренной почечной недостаточностью: креатинин плазмы крови 1,5-3 мг/дл (134- 170 мкмоль/л);
- III — пациентки с тяжелым нарушением функции почек: креатинин плазмы

крови более 3 мг/дл (171 мкмоль/л и более).

Очень важным прогностическим фактором с точки зрения благополучного завершения беременности является уровень артериального давления и характер артериальной гипертензии. Способность к зачатию и благополучному вынашиванию беременности зависит главным образом от наличия артериальной гипертензии и нарушения функции почек, а не от характера исходного хронического заболевания почек

Категории больных с нижеперечисленными заболеваниями

системная склеродермия

узелковый полиартериит,

системная красная волчанка с высокой степенью активности,

тяжелые формы хронического гломерулонефрита (фокально-сегментарный гломерулосклероз, мембранопролиферативный гломерулонефрит).,

так же как и пациенткам с умеренной и тяжелой почечной недостаточностью любой этиологии и/или неконтролируемой артериальной гипертензией, беременность противопоказана.

Лечение

Лечение больных с признаками почечной недостаточности в том случае, если они отказались от аборта или прерывания беременности в более поздние сроки, заключается в создании режима, назначении диеты и проведении медикаментозной терапии. Такие пациентки, особенно имеющие нарушение азотовыделительной функции почек, обязательно должны пребывать в стационаре преимущественно всю беременность.

Основные задачи лечения:

- поддержание гомеостаза. замедление прогрессирования поражения почек;
- профилактика ФПН;
- лечение осложнений беременности.

Очень важным является соблюдение правильной диеты. Избыток белка явно нарушает функции почек. Беременным пациентам с ХПН рекомендуется ограничение белка до 80-100 г в сутки, наряду с введением достаточного количества аминокислот, с увеличенным содержанием углеводов и жиров. Калорийность пищи не должна быть ниже 1200-2200 ккал/сут. Пациентки могут без ограничения употреблять овощи и фрукты, соки, хлеб, каши. Очень полезны продукты, содержащие полиненасыщенные жирные кислоты (растительные масла, морепродукты) или их таблетированные заменители. Дефицит аминокислот может восполняться назначением кетостерила.

При выраженном отечном синдроме или гипертензии следует ограничить поступление в организм натрия и фосфора. Если у пациентки нет полиурии или признаков гестоза, то можно воспользоваться формулой подсчета водной нагрузки: 500 мл + количество мочи, выделенной за предыдущий день.

Патогенетическая терапия проводится пациенткам при:

- системных заболеваниях;
- обострении хронического гломерулонефрита;
- хроническом пиелонефрите, который в период ХПН часто протекает бессимптомно, при этом антибиотики и другие антибактериальные препараты необходимо дозировать с учетом сниженной функции почек;
- обструкции мочевых путей, требующей оперативного вмешательства.

Медикаментозное лечение должно проводиться под обязательным контролем электролитов крови. При гипокальциемии применяют 10 % раствор кальция глюконата или хлорида по 50 мл в сутки внутривенно, а также препараты кальция перорально.

Устранение гиперкалиемии может быть проведено путем:

- применения антагонистов калия — глюконат кальция или хлорид кальция в

суточной дозе 30-50 мл на 5 % растворе глюкозы в/вкапельно или пероральный прием препаратов кальция;

- стимуляцией поступления калия в клетку — натрия оксибутират 20 % — 10,0 в/в 2-3 раза в сутки;
- связыванием калия в печени путем стимуляции глюконеогенеза (введение в течение часа 500 мл 20 % раствора глюкозы с инсулином, затем инфузия 50 мл 5 % раствора глюкозы);
- выведением калия из организма: для выведения калия почками возможно применение лазикса, для усиления выведения калия через желудочно-кишечный тракт возможно назначение слабительных и сорбентов. Лечение метаболического ацидоза осуществляется путем введения ощелачивающих растворов (натрия гидрокарбонат, натрия лактат, трисамин).

Существенно улучшает течение ХПН рациональное использование диеты в сочетании с сорбентами. В качестве сорбентов чаще всего используют энтеродез трижды в день через два часа после еды, иногда применяют крахмал в сочетании с активированным углем.

Очень важным прогностическим фактором при всех ХБП является уровень артериального давления. Пациенткам с хорошо контролируемым уровнем АД и незначительной почечной дисфункцией беременность не противопоказана, но такие пациентки требуют тщательного наблюдения и должны быть предупреждены, что может возникнуть необходимость прерывания беременности в случае ухудшения функции почек или развития неконтролируемой артериальной гипертензии. Женщинам с артериальной гипертензией и/или умеренными и тяжелыми нарушениями функции почек следует рекомендовать избегать беременности, поскольку при ее наступлении и 40 % случаев развивается или усугубляется артериальная гипертензия или наступают необратимые нарушения функции почек. Лечение артериальной гипертензии во время беременности включает: адренергические средства, не снижающие почечного кровотока (допегит и клофелин), β-адреноблокаторы (анаприлин); периферические вазадилататоры (нифедипин). Указанные выше средства можно комбинировать между собой, действуя на различные патогенетические звенья гипертензии. Хороший эффект может быть получен комбинацией периферических ар териолодилататоров (миноксидин, гидралазин) с калий-сберегающими салуретиками и малыми дозами β-блокаторов. Антагонисты кальция, не вызывающие задержку воды и снижение почечного кровотока, могут быть также использованы (амлодипин). Введение магния сульфата должно проводиться с осторожностью, под контролем его уровня во избежание передозировки.

Большое внимание должно быть уделено лечению или профилактике анемии. Для борьбы с анемией применяют препараты железа под контролем уровня сывороточного ферритина. Применяются пероральные препараты железа: сорбифер, ферлатум и т. д. или в/в введение: венофер 100 мл на 150мл физиологического раствора два раза в неделю и вит. B_{12}. Необходимо корригировать дозы фолиевой кислоты. Для коррекции анемии может быть применен эритропоэтин, применение которого может сопровождаться гипертензией, что должно быть учтено в группе пациенток с артериальной гипертензией или гестозами. Лечение или профилактика фетоплацентарной недостаточности осуществляется путем назначения витаминов, антигипоксантов, спазмолитиков. Лечение угрозы прерывания беременности осуществляется по стандартным схемам с учетом нефротоксичности препаратов. Для лечения хронического ДВС-синдрома применяют фраксипарин, препараты никотиновой кислоты. При СКФ 20 мл/ мин и ниже назначают фосфоросвязывающие препараты: карбонат кальция и цитрат натрия под контролем содержания фосфатов в крови. Для угнетения продукции паратиреоидного гормона используют кальцитриол (0,25-0,5 мкг/сут).

В случае выявления бактериурии или обострения хронических инфекций мочевыводящих путей показана антибактериальная терапия. Антибактериальные препараты можно применять в обычных или сниженных дозах: пенициллин — в полной дозе, защищенные пенициллины — в половинной, аминогликозиды в связи с их нефротоксичностью у данной категории пациенток не применяются.

В случае снижения СКФ менее 10-15 мл/ мин, чему, как правило, соответствует повышение уровня креатинина в сыворотке крови до 1000-1200 мкмоль/л (IV стадия ХПН, условно V стадия ХБП по классификации K/DOQI), наблюдается уменьшение суточного диуреза и иже 800 мл, возможности консервативной терапии исчерпываются, и встает вопрос о проведении заместительного лечения.

На сегодняшний день существует два метода заместительной почечной терапии: это диализ и трансплантация почки.

Из диализной терапии выделяются два направления: перитонеальный диализ и гемодиализ.

Особенности состояния здоровья пациенток, находящихся на диализном лечении:

- значительные нарушения не только выделительной, но и других систем организма: сердечно-сосудистой, нервной, гормональной, костно-мышечной, кроветворной и т.д.;
- снижение иммунной реактивности, предрасположенность к инфекционным заболеваниям со стертой клиникой инфекционного процесса вследствие дефицита как Т-, так и В-лимфоцитов;
- наличие множественных, связанных с диализом, вирусных заболеваний (гепатиты С и В, цитомегаловирусная инфекция и т. д.);
- хроническая анемия и тромбоцитарная дисфункция с нарушением тромбообразования и коагуляции, и как следствие, высокий риск кровотечения.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь — воспалительное и/или невоспалительное поражение дистальной части пищевода вследствие повторяющегося заброса желудочного и/или дуоденального содержимого с развитием характерных симптомов. Заболевание занимает 2—3 место среди болезней органов пищеварения. У женщин встречается в 3—4 раза реже, чем у мужчин. Болезнь развивается впервые во время беременности в 21% случаев (чаще у многорожавших). У 5% беременных наблюдают симптоматический вариант болезни.

Важными факторами развития гастроэзофагеальной рефлюксной болезни являются:

- нарушение моторики пищевода и желудка;
- изменение резистентности слизистой оболочки пищевода;
- агрессивность компонентов желудочного содержимого.

Во время беременности повышается внутрижелудочное давление, что наряду с другими механизмами заброса желудочного содержимого (недостаточность кардии, аксиальные грыжи пищеводного отверстия диафрагмы) предрасполагает к желудочно-пищеводному рефлюксу. У беременных чаще развивается так называемый рефлюкс-эзофагит. Нарушения гестации при данном заболевании, как правило, не бывает. Клинически гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у беременных проявляется изжогой (при физическом напряжении, наклонах, в положении лежа, после еды) и срыгиванием кислого содержимого. Изжога наблюдается чаще во II и III триместрах,

обычно после употребления обильной жирной жареной и острой пищи. На фоне длительной изжоги возможно появление болей за грудиной, отрыжки воздухом, дисфагии. При формировании пептической стриктуры пищевода, как правило, возникает дисфагия (ощущение затруднения или препятствия прохождения пищи по пищеводу). Для постановки диагноза в преобладающем большинстве случаев достаточно клинических данных.

Положительный «щелочной» тест (быстрое купирование изжоги в ответ на прием всасывающихся антацидов) косвенно свидетельствует о наличии рефлюкс-эзофагита.

Для уточнения причин изжоги по показаниям у беременных проводят эзофагогастродуоденоскопию и pH-метрию. Обязательное условие успешного лечения — соблюдение рекомендаций по изменению образа жизни и питания:

✓ избегать положений, способствующих возникновению изжоги, при отсутствии противопоказаний рекомендуется сон с приподнятым головным концом кровати;

✓ избегать запоров, так как любое натуживание приводит к повышению внутрибрюшного давления, забросу кислого желудочного содержимого в пищевод и появлению изжоги;

✓ соблюдать строгую диету, питаться дробно, малыми порциями, без переедания.

Медикаментозная терапия. При терапии рефлюкс-эзофагита во время беременности допустимо применение невсасывающихся антацидов, обволакивающих и вяжущих ЛС растительного происхождения (отвары зверобоя, ольхи, ромашки, крахмал), прокинетиков, блокаторов Н2-рецепторов гистамина. Хороший результат достигается при назначении вяжущих препаратов в комбинации с антацидами.

Невсасывающиеся антациды реализуют свое действие посредством двух основных механизмов: они нейтрализуют и адсорбируют продуцируемую желудком соляную кислоту. К невсасывающимся антацидам относят кальция карбонат, магния гидроксид, магния карбонат основной. Невсасывающиеся антациды обладают высокой эффективностью и слабой выраженностью побочных эффектов, поэтому их допустимо назначать беременным, не опасаясь подвергнуть мать и плод особому риску. Исключение составляют алюминий содержащие антациды.

Для ликвидации сопутствующих дискинезий, нормализации тонуса ЖКТ назначают метоклопрамид внутрь 10 мг 2—3 раза в сутки в течение 10—14 дней.

Язвенная болезнь — хроническое, циклически протекающее заболевание с разнообразной клинической картиной и изъязвлением слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки в период обострения. Язвенной болезнью страдают 8—10% населения. У женщин заболевание встречается в 4—10 раз реже. Беременность благоприятно влияет на течение язвенной болезни. В большинстве случаев наблюдают ремиссию заболевания вследствие изменения секреторной и моторно-эвакуаторной функции желудка, улучшения кровоснабжения и активизации процессов пролиферации в слизистой оболочке. Это обусловлено изменением уровня половых и гастроинтестинальных гормонов, а также простагландинов, эндорфинов, других биологически активных веществ. Осложнения язвенной болезни, такие, как перфорация или кровотечение, чрезвычайно опасны для жизни матери и будущего ребенка, если не распознаны вовремя. Частота осложнений, требующих хирургического лечения, у беременных составляет 1—4 на 10 000, при этом материнская смертность достигает 16%, а перинатальная — 10%.

При неосложненной язвенной болезни беременность допустима и оказывает положительное влияние на течение заболевания. Заболевание не оказывает отрицательного влияния на развитие плода и родоразрешение производится естественным путем.

В случаях, когда беременность сопровождалась рецидивом язвенной болезни, за 2 нед до родов целесообразно проведение профилактического курса лечения язвенной болезни.

В тех случаях, когда консервативная противоязвенная терапия оказалась недостаточной к моменту родоразрешения рекомендуется вести роды через естественные родовые пути с обязательным введением тонкого зонда в желудок для постоянного контроля за желудочным содержимым с целью своевременной диагностики желудочно-кишечного кровотечения.

Если язвенное кровотечение возникает в первом периоде родов, это является показанием для срочной лапаротомии, кесарева сечения и оперативного лечения язвы желудка или двенадцатиперстной кишки с последующим дренированием брюшной полости. Если же язвенное кровотечение возникает во втором периоде родов, то это требует срочного родоразрешения под тщательным обезболиванием путем наложения акушерских щипцов с последующим оперативным лечением язвенной болезни.

В случаях остановки желудочного кровотечения консервативными методами рекомендуется родоразрешение проводить на фоне противоязвенной терапии. Рецидивы же кровотечения являются показанием к срочному оперативному вмешательству.

При возникновении осложнений язвенной болезни во время беременности допустимо оперативное вмешательство с последующим сохранением беременности.

Лечение язвенной болезни в период беременности должно быть комплексным, индивидуализированным с назначением медикаментозной терапии исключительно в стадии обострения заболевания, подтвержденного не только клинически, но и лабораторными и инструментальными методами обследования. Подобного рода рекомендации направлены на исключение отрицательного действия лекарственных средств на развитие плода.

Поэтому основой терапии язвенной болезни при беременности является палатный режим и дробное питание по Певзнеру (диета №1).

Для снижения агрессии желудочного содержимого при беременности используются антацидные препараты. Предпочтение нужно отдавать препаратам с высокой нейтрализующей способностью, хорошо сбалансированным составом закрепляющих и послабляющих средств.

К таким препаратам относятся: молоко — комбинация гидроокисей магния и алюминия, гелусиллак, фосфалюгель. Антациды назначают в обычных терапевтических дозах 4-5 раз в день.

В качестве антисекреторных средств могут применяться некоторые неселективные М-холинолитики. Предпочтительнее назначать платифиллин или метацин, которые наряду с угнетением секреторной функции желудка обладают расслабляющим влиянием на миометрий, что позволяет применять его при язвенной болезни даже у женщин с угрожающим выкидышем

Селективные М-холинолитики, также как и H_2-блокаторы, беременным и родильницам противопоказаны.

Хороший противоязвенный эффект оказывают обволакивающие и вяжущие препараты растительного происхождения (отвары из цветов ромашки, зверобоя, тысячелистника, мяты, душицы, укропа). Послабляющим действием обладают кора крушины, ревень, жостер.

Содержит противоязвенный фактор U сок свежей капусты, который применяют по 0,5 — 1 стакану за 30 мин до еды. Картофельный сок является нейтрализатором желудочного сока, назначают его по 0,5 стакана за 30 мин до еды длительно.

Из средств, нормализующих моторную функцию желудка, можно рекомендовать метаклопрамид (реглан, церукал) в обычных дозах. Эти препараты показаны при раннем гестозе у беременных, страдающих язвенной болезнью.

При выраженном болевом синдроме показаны спазмолитические препараты — но-шпа, папаверин.

Не рекомендуется применение беременным висмутсодержащих препаратов ввиду неблагоприятного воздействия на плод.

Из репарантов применяются солкосерил, гастрофарм, масло шиповника, облепихи, поливитамины.

Влияние цитопротекторов (сукральфат, синтетических простагландинов) на плод до конца не изучена.

Анаболические средства беременным противопоказаны.

Питье щелочных минеральных вод во второй половине беременности при развитии симптомов позднего гестоза ограничивается.

Критериями эффективности лечения язвенной болезни во время беременности является наступление клинической ремиссии заболевания, а также отрицательные результаты исследования кала на скрытое кровотечение и рубцевание язвы, подтвержденное эндоскопически.

Всем беременным, перенесшим обострение язвенной болезни, за 2-3 нед. до родов необходимо провести курс противоязвенного профилактического лечения, продолженного в послеродовом периоде.

Женщины, страдающие язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, во время беременности должны находиться на диспансерном учете не только у акушера, но и терапевта (желательно гастроэнтеролога). Весной и осенью, при осложнении беременности ранним гестозом, за 2-3 нед до срока родов, а также сразу после родов им необходимо проводить курсы профилактического лечения.

Желчнокаменная болезнь — заболевание, характеризующееся образованием желчных камней в печени, желчных протоках или желчном пузыре (чаще в последнем). Хронический холецистит — хроническое рецидивирующее заболевание, связанное с наличием воспалительных изменений в стенке желчного пузыря. Хроническими заболеваниями желчевыводящих путей страдают 3% беременных. Бескаменный холецистит во время беременности встречают редко (в 0,3% случаев) в связи с расслабляющим действием прогестерона на гладкую мускулатуру желчного пузыря и протоков. Частота холецистэктомии при беременности составляет около 0,1-0,3%.

Основной метод диагностики — УЗИ. Также проводят клинический и биохимический анализы крови (исследуют общий и свободный билирубин, печеночные ферменты).

Рентгенологические методы исследования при беременности не применяют немедикаментозное лечение. Принципы лечения такие же, как и вне беременности.

При хроническом холецистите необходимо соблюдение диеты, которая должна способствовать предупреждению застоя желчи в желчном пузыре, уменьшению воспалительных явлений. Рекомендуют частое, дробное питание. При сопутствующей гипомоторной дискинезии предпочтительны «холецистокинетические» продукты, богатые липотропными веществами. При гипермоторной форме рекомендуют теплые минеральные воды низкой минерализации.

Желчегонным действием обладают отвары лекарственных растений (цветки бессмертника песчаного, кукурузные рыльца, лист мяты перечной, семена укропа, плоды шиповника, корень барбариса).

Медикаментозная терапия:

✓ желчегонные лекарственные средства показаны всем беременным. Поскольку у них превалирует гипомоторная форма дисфункции желчевыводящих путей, наиболее показаны холецистокинетики, обладающие и послабляющим эффектом;

✓ антибактериальные препараты назначают при присоединении инфекции. При их выборе следует учитывать срок беременности;

✓ спазмолитики и анальгетики показаны при выраженном болевом синдроме (дротанерин, папаверина гидрохлорид, метамизолнатрий в обычных дозах);

✓ метоклопрамид нормализует моторику пузыря у беременных независимо от вида дискинезии, в том числе и при рвоте беременных.

Регуляция функции желудочно-кишечного тракта.

Проблема запора во время беременности продолжает оставаться чрезвычайно актуальной, что связано с выработкой при запорах серотонина, оказывающего влияние на прерывание беременности.

Суть влияния запора на матку заключается в выбросе большого количества серотонина обкладочными клетками толстого кишечника при затруднениях дефекации. Следствием этого является возбудимость матки вследствие активизации ионами кальция клеток миометрия (историческая параллель — гениальное открытие врачами XVIII века утеротонического действия касторового масла и «встречной» клизмы).

С целью профилактики и лечения запора у беременных целесообразен комплекс мероприятий, включающих обучение и психологическое воздействие на беременную с запором (выработка рефлекса дефекации в определенное время суток); коррекция диеты — увеличение количества пищевых продуктов, стимулирующих функцию толстой кишки (чернослив), увеличивающих массу кала (пшеничные отруби), а также включение в рацион квашеной капусты, биойогуртов и биокефира; коррекция образа жизни (увеличение физической активности при отсутствии противопоказаний), удаление скопившихся газов из кишечника или ускорение их эвакуации (адсорбенты, пеногасители), дюфалак, восстановление микробиоценоза кишечника — назначение пробиотиков (живые культуры лакто- и бифидобактерий).

ЗАБОЛЕВАНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И БЕРЕМЕННОСТЬ

ГИПОТИРЕОЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Гипотиреоз — клинический синдром, вызванный длительным, стойким недостатком гормонов щитовидной железы (ЩЖ) в организме или снижением их биологического эффекта на тканевом уровне.

В регионах даже с легким йодным дефицитом беременность является довольно жестким фактором стимуляции ЩЖ. Стимуляция функции ЩЖ в процессе гестации происходит за счет возрастания степени связывания тиреоидных гормонов с белками крови, повышения уровня хорионического гонадотропина (ХГТ), обладающего слабым «тиреотропным» эффектом, недостаточного снабжения ЩЖ матери йодом в связи с повышенной экскрецией йода с мочой во время беременности и потреблением йода фетоплацентарным комплексом, а также повышения плацентарного дейодирования тироксина (T_4). Все перечисленные механизмы носят адаптационный физиологический характер и при наличии достаточного количества йода приводят к тому, что выработка тиреоидных гормонов в первой половине беременности повышается на 30-50 %. Сниженное поступление йода во время беременности приводит к хронической стимуляции ЩЖ, относительной гестационной гипотироксинемии (увеличение выработки T_4 только на 15-20 %) и формированию зоба, причем как у матери, так и у плода.

Наиболее часто во время беременности встречается гипотиреоз вследствие аутоиммунного тиреоидита (АИТ). Носительство АТ к ЩЖ (даже при нормальной исходной функции и структуре ЩЖ) во время беременности сопровождается повышением риска самопроизвольного прерывания беременности на ранних сроках, манифестации гипотиреоза, развития послеродового тиреоидита.

Классификация, этиология и патогенез

По уровню поражения различают гипотиреоз

- первичный (тиреогенный);
- вторичный (гипофизарный);
- третичный (гипоталамический);
- тканевой (транспортный периферический).

Вторичный и третичный гипотиреоз часто объединяют в центральный, поскольку их клиническая дифференцировка затруднена, и оба эти заболевания встречаются достаточно редко.

Гипотиреоз различают по степени тяжести:

- субклинический (латентный);
- манифестный:
- компенсированный;
- декомпенсированный;
- тяжелого течения (осложненный) — с развитием сердечной недостаточности, кретинизма, выпота в серозных полостях, вторичной аденомой гипофиза.

Наиболее часто встречается первичный гипотиреоз, причинами которого могут быть:

- врожденные формы:
- аномалии развития ЩЖ (дисгенез, эктопия);
- врожденные энзимопатии, сопровождающиеся нарушением биосинтеза тиреоидных гормонов;
- приобретенные формы:
- аутоиммунный тиреоидит (АИТ), в том числе в рамках аутоиммунного полигландулярного синдрома чаще II типа (синдром Шмидта), реже I типа;
- операции на щитовидной железе;
- тиреостатическая терапия (радиоактивным йодом, тиреостатики, препараты лития);
- подострый вирусный, послеродовый;
- тиреоидиты (гипотиреоидная фаза);
- эндемический зоб.

Причины вторичного гипотиреоза:

- врожденный и приобретенный пангипопитуитаризм (синдром Шиена—Симмондса, крупные опухоли гипофиза, аденомэктомия, облучение гипофиза, лимфоцитарный гипофизит);
- изолированный дефицит ТТГ;
- в рамках синдромов врожденного пангипопитуитаризма.

Причины третичного гипотиреоза:

- нарушение синтеза и секреции тиролиберина.

Периферический гипотиреоз обусловлен:

- синдромами тиреоидной резистентности, протекающими с различной клинической картиной.

Синдром резистентности к тиреоидным гормонам был описан S.Refetoff в 1967 г. Причина данного синдрома — мутация гена, ответственного за синтез рецептора к гормонам ЩЖ.

Клиническая картина

Основные клинические симптомы гипотиреоза: утомляемость, слабость, сонливость, снижение памяти и интереса к окружающему, плохая переносимость холода, сухость кожи, ломкость волос, повышенная масса тела при сниженном аппетите, низкий «хрипловатый» голос, склонность к запорам, нарушения менструального цикла но типу меноррагии, олигоменореи, аменореи, артралгия, парестезии, карпальный туннельный синдром. Часто гипотиреоз у беременных может

протекать бессимптомно, не иметь специфических проявлений или маскироваться под проявления беременности.

Диагностика гипотиреоза при беременности

При субклиническом первичном гипотиреозе выявляют изолированное повышение концентрации ТТГ при нормальном содержании свободного T_4 (св T_4), при манифестном первичном гипотиреозе — сочетание повышенного уровня ТТГ и пониженной концентрации св T_4. При вторичном гипотиреозе снижено содержание как ТТГ, так и T_4.

Почти в 90% случаев причина спонтанного гипотиреоза — АИТ. Основанием для диагноза АИТ, по рекомендациям Российской ассоциации эндокринологов (2002 г.), считают «большие» клинико-лабораторные признаки.

- Первичный гипотиреоз (манифестный или стойкий субклинический).
- Наличие АТ к ткани ЩЖ и ультразвуковые признаки аутоиммунной патологии (увеличение объема при гипертрофической форме, диффузное снижение или повышение эхогенности и неоднородность ткани ЩЖ). Антитиреоидные АТ (АТ к тиреоглобулину, АТ к тиреоидной пероксидазе) определяются при АИТ в 80-90 % случаев, и, как правило, в очень высоких титрах. Среди АТ к ткани ЩЖ при диагностике аутоиммунного заболевания принципиальное значение имеют АТ к тиреоидной пероксидазе, поскольку изолированное носительство АТ к тиреоглобулину встречают крайне редко и оно имеет меньшее клиническое и диагностическое значение.

При отсутствии хотя бы одного из этих диагностических признаков диагноз АИТ носит вероятностный характер.

При выявлении у женщин, планирующих беременность, АТ к ЩЖ и/или ультразвуковых признаков АИТ при отсутствии гипотиреоза необходимо исследовать функцию ЩЖ (концентрации ТТГ и св T_4 в крови) перед наступлением зачатия, в 8-12 недель гестации, и далее раз в триместр беременности. При выявлении гипотиреоза (манифестного или субклинического) немедленно назначают терапию левотироксином натрия.

Скрининг

Рекомендовано определять уровень тиреотропного гормона (ТТГ) у беременных женщин, относящихся к группам риска:

- Женщины с нарушениями функции ЩЖ, послеродовым тиреоидитом и операциями на щитовидной железе в анамнезе.
- Женщины с семейным анамнезом заболеваний щитовидной железы.
- Женщины с зобом.
- Женщины с антителами к щитовидной железе.
- Женщины с симптомами или клиническими проявлениями тиреотоксикоза и гипотиреоза.
- Женщины с сахарным диабетом 1-го типа.
- Женщины с аутоиммунными заболеваниями.
- У женщин с бесплодием уровень ТТГ должен определяться в рамках программы обследования по бесплодию.
- Женщины с предшествовавшим облучением головы и шеи.

В настоящее время всем беременным женщинам, проживающим в регионах с йодным дефицитом, в сроке 8-12 нед беременности (а оптимально еще на этапе планирования беременности) рекомендовано определять уровень ТТГ, учитывая высокую частоту впервые выявленного гипотиреоза во время беременности.

Особенности течения беременности при гипотиреозе

Неадекватное лечение материнского гипотиреоза может вести к таким осложнениям беременности, как спонтанные выкидыши (19,8%), ранний токсикоз (33%), угроза прерывания беременности в различные сроки гестации (62 %), железодефицитная анемия (76 %), гестоз (11,2 %), плацентарная недостаточность (70 %), отслойка плаценты (5%), внутриутробная гибель плода (2-7%), послеродовые кровотечения (4,2 %)

Наиболее частым встречаемым осложнением беременности является анемия, что может объясняться ахлоргидрией желудочного сока, снижением всасывания железа в тонком кишечнике и отсутствием стимулирующего влияния тиреоидных гормонов на эритропоэз у пациенток с гипотиреозом. Чаще других плацентарная недостаточность (у 85 %), гестоз (у 71 %), угроза прерывания беременности (у 71 %) наблюдаются у пациенток с аутоиммунным полигландулярным синдромом (наиболее неблагоприятной формой гипотиреоза), при котором имеет место сочетание аутоиммунного поражения ЩЖ и β-клеток поджелудочной железы.

Также чаще других плацентарная недостаточность (у 48 %), гестоз (у 63 %) выявляются у беременных с врожденным гипотиреозом, что объясняется длительным течением заболевания у этих пациенток, частым наступлением беременности на фоне декомпенсации гипотиреоза, недостаточной длительностью периода компенсации.

Угроза прерывания беременности более часто встречается у пациенток с гипотиреозом вследствие АИТ, что подтверждается рядом исследований. Антитиреоидные антитела, возможно, являются маркером генерализованной аутоиммунной дисфункции, в результате которой и происходит выкидыш.

У плода трансплацентарный пассаж материнского тироксина в ранние сроки беременности может играть критическую роль в нормальном развитии мозга.

Даже при рождении здоровыми 50% детей от матерей с недостаточно хорошо компенсированным гипотиреозом могут иметь нарушения полового созревания, снижение интеллекта, высокую заболеваемость. У детей, родившихся у матерей с повышенным содержанием АТ- ТПО, даже при нормальной функции ЩЖ возрастает риск задержки умственного развития.

Лечение гипотиреоза во время беременности

Лечение гипотиреоза во время беременности проводят тиреоидными гормонами (левотироксин натрия), причем сразу же после наступления беременности доза левотироксина натрия увеличивается примерно на 50 мкг/сут или на 30-50 %. Первый контроль уровня ТТГ и $свТ_4$ проводится в сроке 8-12 нед гестации, затем 1 раз в триместр.

При гипотиреозе, впервые выявленном во время беременности (как манифестном, так и субклиническом), или при декомпенсации ранее существовавшего гипотиреоза полную заместительную дозу левотироксина натрия назначают сразу, т. е. без постепенного ее увеличения. Так, при манифестном гипотиреозе расчетная доза левотироксина натрия составляет 2,3 мкг на кг массы тела, а при субклиническом — 1,8 мкг на кг массы тела.

Левотироксин натрия необходимо принимать на голодный желудок за 30-40 мин до завтрака ежедневно. Если у пациентки имеется утренняя тошнота или рвота, прием препарата можно перенести на более поздние часы, но все равно натощак также за 30-40 мин до еды. С учетом того, что некоторые лекарства могут значительно снижать биодоступность левотироксина натрия (например, карбонат кальция, препараты железа), прием любых других препаратов возможен через 4 часа после приема левотироксина натрия.

Исследования концентраций ТТГ и $свТ_4$ на фоне приема левотироксина натрия проводят каждые 8-12 нед. Содержание ТТГ при назначении тиреоидных гормонов

изменяется очень медленно, поэтому во время беременности при исходно повышенном уровне ТТГ окончательный подбор дозы левотироксина натрия проводят по концентрации $свТ_4$ в сыворотке крови, который должен находиться ближе к верхней границе лабораторной нормы. По существующим международным рекомендациям, уровень ТТГ в I триместре не должен превышать 2,5 мЕд/л и в II и III триместрах гестации — 3,0 мЕд/л.

При определении содержания $свТ_4$ у беременных, находящихся на заместительной терапии левотироксином натрия, непосредственно перед забором крови для гормонального анализа не следует принимать препарат, поскольку в этом случае результаты исследования могут быть несколько завышены. При исследовании только ТТГ прием левотироксина натрия не отражается на результатах исследования.

Дозу левотироксина натрия на протяжении процесса гестации постепенно увеличивают, к концу беременности повышают на 30-50 % от дозы, применяемой в начале беременности.

Нет оснований отказываться от обязательного для всех беременных, проживающих в йоддефицитном регионе, приема профилактических физиологических (200 мкг/сут калия йодида) доз йода (пациентки с АИТ и изолированным носительством АТ к ЩЖ — не исключение).

Родоразрешение пациенток с гипотиреозом

Течение родов при гипотиреозе часто осложняется несвоевременным излитием околоплодных вод, патологическим прелиминарным периодом, послеродовыми кровотечениями

Для профилактики возможных аномалий родовой деятельности у данной категории пациенток целесообразно проводить программированные роды при абсолютной биологической готовности организма к родам, предоставлять адекватное обезболивание, при несвоевременном излитии околоплодных вод и при выявлении слабости родовой деятельности своевременно проводить профилактику и лечение выявленных осложнений.

Лактация, особенности течения послеродового периода

Пациенткам с гипотиреозом лактация не противопоказана. После родов доза левотироксина натрия должна быть уменьшена до исходной, применяемой до беременности. Через *2* мес. после родов необходим контроль уровня ТТГ в сыворотке крови, так как при наличии полноценной лактации потребность в левотироксине натрия может быть несколько больше, чем доза тироксина до беременности (в среднем на 20 %).

Учитывая тот факт, что ранние стадии эмбриогенеза (до 12 нед) протекают под контролем только материнских тиреоидных гормонов, то и компенсация гипотиреоза должна быть проведена еще на стадии прегравидарной подготовки.

Компенсированный гипотиреоз — не противопоказание к планированию и пролонгированию беременности!

На прегравидарном этапе проводят определение содержания тиреотропного гормона (ТТГ) и $свТ_4$ в сыворотке крови, коррекцию дозы левотироксина натрия. Адекватная компенсация гипотиреоза на стадии планирования беременности соответствует концентрации ТТГ 0,4-2,0 мМЕ/л и концентрации свободного тироксина ($Т_4$) ближе к верхней границе нормы.

У женщин с декомпенсированным гипотиреозом довольно часто отмечают нарушения менструального цикла различной степени тяжести (наиболее часто — гиполютеинизм), что в дальнейшем при наступлении беременности может привести к угрозе прерывания беременности в ранние сроки и развитию первичной плацентарной недостаточности (ПН). Кроме того, при первичном гипотиреозе примерно у 40 %

пациенток выявляют гиперпролактинемию. Адекватная заместительная терапия левотироксином натрия в большинстве случаев нормализует секрецию пролактина.

Учитывая высокую частоту врожденных пороков развития (ВПР) у новорожденных от матерей с гипотиреозом, в периконцепционный период (оптимально за 2-3 мес до зачатия) и до 12 нед беременности показано применение фолиевой кислоты в дозе 0,8-1 мг в сутки.

Динамическое наблюдение за беременной с гипотиреозом

- При компенсированном гипотиреозе регулярность наблюдения эндокринологом составляет 1 раз в триместр гестации, акушером-гинекологом — согласно нормативам.
- Пренатальную диагностику состояния плода проводят в общепринятые сроки генетического скрининга.
- Начиная с 20-й недели, при УЗИ проводят допплерометрическое исследование кровотока в артерии пуповины, аорте и средней мозговой артерии плода. Частота проведения УЗИ составляет 1 раз в 4 нед.
- С 12-й недели беременности 1 раз в месяц проводят исследование гормонов фетоплацентарного комплекса (плацентарный лактоген, прогестерон, эстриол, кортизол и АФП). Оценка полученных результатов должна быть динамической, комплексной с использованием перцентильной оценки всех пяти параметров.
- Начиная с 26-й недели беременности, показано проведение кардиотокографического исследования с объективной оценкой показателей моторики матки и частоты сердечных сокращений (ЧСС) плода.

Профилактика осложнений беременности при гипотиреозе

Лечение угрозы прерывания беременности проводят по общепринятым схемам. Препараты из группы β-адреномиметиков (бриканил, гинипрал, партусистен) при лечении угрозы прерывания беременности у пациенток с гипотиреозом не противопоказаны.

Принимая во внимание высокий риск развития плацентарной недостаточности у пациенток с плохо компенсированным гипотиреозом, с профилактической целью целесообразно применять комплекс метаболической терапии в течение 21 дня в II и III триместрах беременности.

При появлении клинико-лабораторных признаков ФПН лечение проводят в условиях акушерского стационара. Комплексное лечение плацентарной недостаточности включает применение инфузий вазоактивных, метаболических и улучшающих обменные процессы препаратов, а также ингаляции гепарином.

Для лечения анемии у беременных с гипотиреозом необходима комбинация железа, фолиевой и аскорбиновой кислот, а также витаминов группы В, так как при гипотиреозе понижается кислотность желудочного сока и в условиях ахлоргидрии снижается всасывание вышеупомянутых витаминов и микроэлементов из продуктов питания.

Подбор заместительной дозы левотироксина натрия при отсутствии гестационных осложнений не требует стационарного лечения и возможен амбулаторно.

Прогноз

Прогноз при гипотиреозе благоприятный. При впервые выявленном во время беременности гипотиреозе (особенно субклиническом) в послеродовом периоде возможна отмена тироксина с последующей верификацией диагноза.

ТИРЕОТОКСИКОЗ

Диффузный токсический зоб (ДТЗ) (аутоиммунный тиреотоксикоз (гипертиреоз) или болезнь Грейвса),— аутоиммунное заболевание с генетическим компонентом. Заболевание обусловлено избыточной продукцией тиреоидных гормонов ЩЖ вследствие выработки тиреоидстимулирующих антител (АТ-рТТГ), которые связываются с рецептором ТТГ и активируют его.

При ДТЗ в сыворотке появляются и другие аутоантитела (к тиреоглобулину (АТ-ТГ), тиреоидной пероксидазе (АТ-ТПО)), а также развивается экстратиреоидная патология (эндокринная офтальмопатия, претибиальная микседема, акропатия).

Клиническая картина и диагностика диффузного токсического зоба (болезни Грейвса) при беременности

❖ Для тиреотоксикоза у беременных характерны выраженное сердцебиение (пульс более 100 в минуту), высокое пульсовое давление, мышечная слабость, эмоциональная лабильность, кожный зуд, тремор рук. Могут усиливаться такие симптомы беременности, как общая слабость, потливость, сниженная толерантность к физическим нагрузкам. Диффузное увеличение ЩЖ при пальпации и увеличение объема ЩЖ при УЗИ (не всегда). Увеличение объема ЩЖ (в норме при беременности до 18 мл), диффузное снижение эхогенности и неоднородность железы при ультразвуковом исследовании.

❖ Диффузное снижение эхогенности и неоднородность ткани ЩЖ при УЗИ.

❖ Высокий уровень свободных форм тиреоидных гормонов ($свТ_3$ и $свТ_4$) и низкое содержание ТТГ в крови. Следует учитывать, что исследование уровня ТТГ не всегда бывает информативно, так как в ранние сроки беременности и в отсутствие тиреотоксикоза происходит снижение уровня ТТГ из-за влияния ХГ. Кроме того, типичной ошибкой интерпретации результатов исследования гормональной функции у беременных можно считать определение общих фракций тиреоидных гормонов: $обТ_4$ и $обТ_3$ в крови, а не $свТ_4$ и $свТ_3$. Увеличение связывающей способности белков плазмы и тканей во время беременности приводит к повышению в крови уровней $обТ_4$ и $обТ_3$ (примерно в 1,5 раза), что не отражает истинного функционального состояния ЩЖ и может привести к грубой диагностической ошибке.

❖ Наличие тиреостимулирующих антител (АТ-рТТГ) и антитиреоидных антител (АТ-ТГ и АТ-ТПО).

❖ Эндокринная офтальмопатия (не всегда).

❖ Симптоматика тиреотоксикоза при беременности может являться следствием не только аутоиммунного процесса в ЩЖ, но также метаболических и гормональных изменений, присущих собственно беременности. Как известно, ХГ, благодаря молекулярному сходству с ТТГ, оказывает прямое стимулирующее действие на ЩЖ матери, причем это влияние наиболее выражено в конце I триместра беременности. Действуя как слабый «аналог» ТТГ, ХГ вызывает небольшое повышение сывороточного уровня $свТ_4$ и $свТ_3$ и понижение сывороточного уровня ТТГ.

У большинства здоровых беременных стимулирующий эффект ХГ на ЩЖ является коротким и не приводит к клинически значимым последствиям. Однако у 1-2 % всех беременных в I триместре снижение концентрации ТТГ и повышение уровня $свТ_3$ и $свТ_4$ сопровождается клинической картиной тиреотоксикоза и часто ассоциируется с неукротимой рвотой беременных, что затрудняет его диагностику из-за того, что для ранних сроков беременности, в принципе, характерны тошнота и рвота.

Данный синдром получил название «гестационный транзиторный тиреотоксикоз». С повышенной частотой он встречается при многоплодной беременности и пузырном заносе.

Это состояние обычно носит временный характер, самостоятельно разрешается к II триместру беременности и не требует лечения тиреостатическими препаратами.

Планирование беременности при тиреотоксикозе

На стадии планирования беременности следует обсудить с пациенткой различные методы достижения эутиреоза (оперативное лечение, радиойодтерапия, медикаментозное лечение) и тщательно взвесить преимущества и недостатки каждого из них в конкретной ситуации. Независимо от выбранной тактики лечения проводится подбор контрацепции (не противопоказан прием низкодозированных оральных контрацептивов).

Показания к оперативному лечению (предельно-субтотальная резекция ЩЖ или тиреоидэктомия).

- ✓ Рецидив тиреотоксикоза после тиреостатической терапии, большой зоб (более 45 мл), загрудинный зоб, непереносимость тиреостатиков.
- ✓ Необходимость быстрого наступления эутиреоза (например, пациентка позднего репродуктивного возраста планирует беременность). Оперативное лечение с последующей коррекцией послеоперационного гипотиреоза позволяет быстро достичь эутиреоза и перейти к вопросам планирования беременности.
- ✓ Сочетание тиреотоксикоза с другой экстрагенитальной патологией (не препятствующей вынашиванию беременности: например, бронхиальная астма в стадии стойкой ремиссии, компенсированный СД 1-го типа без тяжелых поздних осложнений).
- ✓ Женщины с бесплодием, которые включены в программу вспомогательных репродуктивных технологий (IVF/ET, ICSI, искусственная инсеминация).

После терапии радиоактивным йодом планирование беременности возможно не ранее чем через год.

Практически всегда после радиойодтерапии наступает гипотиреоз, который требует заместительной терапии L-тироксином. Поэтому этот метод подходит для пациенток молодого возраста, имеющих ребенка и планирующих последующую беременность не ранее, чем через год, а также при послеоперационном рецидиве тиреотоксикоза (при высоком риске повторного оперативного вмешательства:

1. послеоперационный гипопаратиреоз, парез гортани при пересечении возвратного нерва).
2. при небольших размерах зоба, тщательном гормональном контроле, хорошей комплаентности пациентки и поддержании стойкого биохимического эутиреоза малыми дозами тиреостатиков (5-10мг тиамазола или 50-100 мг пропилтиоурацила) к моменту зачатия можно планировать и вынашивать беременность на фоне тиреостатической терапии.

Перед наступлением беременности пациентка должна быть осмотрена эндокринологом, офтальмологом, акушером-гинекологом; проведено УЗИ ЩЖ, определены в сыворотке крови уровни ТТГ, св$Т_3$, св$Т_4$, АТ-рТТГ (при необходимости). В прегравидарном периоде корригируется доза L-ироксина (при послеоперационном гипотиреозе или гипотиреозе после радиойодтерапии) или тиреостатиков. С целью профилактики врожденных пороков развития за 2-3 мес до зачатия назначается фолиевая кислота в дозе 0,8-1 мг в сутки.

Противопоказания для планирования беременности.

- ✓ Тяжелый тиреотоксикоз с осложнениями (т. н. тиреотоксическая печень, тиреотоксическая кардиомиопатия: нарушение сердечного ритма, сердечно-сосудистая недостаточность).
- ✓ Сочетание тиреотоксикоза с обострением эндокринной офтальмопатии, требующей лечения большими дозами глюкокортикоидов или рентгенотерапии на область орбит.

Особенности течения беременности при диффузном токсическом зобе

Самыми частыми гестационными осложнениями были угроза прерывания в

различные сроки беременности, гестоз и ФПН, особенно в группах с декомпенсированным течением заболевания. Значительно чаще, чем в популяции, беременность протекала на фоне анемии.

Гестоз при тиреотоксикозе имеет своеобразное течение: раннее начало и преобладание гипертензивного синдрома (так называемый «моногестоз»), что создает проблему дифференциальной диагностики с гемодинамическими изменениями, свойственными обострению самого тиреотоксикоза.

Динамическое наблюдение за беременной с тиреотоксикозом.

При компенсированном состоянии тиреотоксикоза регулярность наблюдения эндокринологом составляет 1 раз в 3 нед, акушером-гинекологом — согласно нормативам. При декомпенсированном течении заболевания регулярность наблюдения эндокринологом составляет не реже одного раза в 2 нед или при необходимости чаще; акушером-гинекологом — один раз в 2 нед.

Подбор тиреостатического препарата и компенсация тиреотоксикоза при отсутствии гестационных осложнений и осложнений тиреостатической терапии не требует стационарного лечения и может проводиться амбулаторно.

В I триместре беременная должна быть проконсультирована окулистом (для выявления и лечения экзофтальма), терапевтом (с целью уточнения состояния сердечно-сосудистой системы), неврологом (принимая во внимание высокую частоту неврологических отклонений у больных данной категории).

В группах беременных женщин с патологией ЩЖ обязательным является проведение пренатальной диагностики состояния плода в сроках генетического скрининга. Обследование беременных женщин включает обязательное трехкратное скрининговое УЗИ: в 10-14 нед беременности для оценки анатомии плода и состояния хориона с измерением толщины воротникового пространства для формирования группы риска ВПР и хромосомной патологии; в 22-24 нед — для оценки анатомии плода, состояния плаценты и количества вод с целью выявления ВПР и маркеров (абсолютных и относительных) хромосомной патологи у плода; в 34 нед — для оценки анатомии и степени развития плода для выявления ВПР у плода с поздним их выявлением.

В 10-13 нед беременности осуществляется исследование в крови матери двух сывороточных маркеров хромосомной патологии у плода: PAPP-A и ХГЧ, в 16-20 недель беременности — эстриола, α-фетопротеина (АФП) и ХГЧ. Инвазивная диагностика состояния плода (амниоцентез, кордоцентез, биопсия хориона) проводится по показаниям после консультации генетика.

Учитывая высокий риск развития ФПН при ДТЗ, начиная с 20 нед беременности при УЗИ целесообразно проводить допплерометрическое исследование кровотока в артерии пуповины, аорте и средней мозговой артерии плода. Частота проведения УЗИ составляет 1 раз в 4 нед.

Начиная с 12 нед беременности 1 раз в месяц целесообразно исследовать гормоны фетоплацентарного комплекса (плацентарный лактоген (ПЛ), прогестерон, эстриол, кортизол) и АФП. Оценка полученных результатов должна быть динамической, комплексной с использованием перцентильной оценки всех пяти параметров. Для диагностики ФПН при тиреотоксикозе наиболее информативными являются прогестерон, ПЛ и АФП. Начиная с 26-й недели беременности, показано проведение кардиотокографического исследования с объективной оценкой показателей моторики матки и частоты сердечных сокращений плода.

Лечение тиреотоксикоза во время беременности

Адекватное лечение материнского тиреотоксикоза на любых этапах беременности является решающим для улучшения исхода беременности, как для

матери, так и для плода.

Терапия радиоактивным йодом во время беременности противопоказана!

Если пациентке показана радиойодтерапия, она переносится на послеродовый период.

Показания к хирургическому лечению тиреотоксикоза во время беременности (предельно-субтотальная резекция ЩЖ или тиреоидэктомия) значительно ограничены; к ним относятся:

- категорический отказ беременной от приема тиреостатических препаратов;
- выраженные побочные эффекты тиреостатической терапии (аллергические реакции, лейкопения, агра нулоцитоз и т. д.);
- необходимость использования высоких доз тиреостатиков для поддержания эутиреоза у матери.

Оптимальным сроком для проведения оперативного лечения тиреотоксикоза считается II триместр беременности. Оперативное лечение проводится после предварительной подготовки, включающей назначение токолитической терапии, спазмолитиков.

Применение β-адреномиметиков при подготовке к оперативному лечению при тиреотоксикозе противопоказано!

Сразу же после оперативного лечения назначается L- тироксин в дозе 2,3 мкг на кг массы тела под контролем ТТГ и уровня $свТ_4$ в сыворотке крови.

В настоящее время консервативное лечение тиреотоксикоза у беременных является общепризнанным, и целью его является обеспечение эутиреоидного состояния.

Консервативная терапия тиреотоксикоза проводится тиреостатическими препаратами, к которым относятся производные тиомочевины: группа имидазола (мерказолил, тиамазол, метимазол, карбимазол, тиразол) и тиоурацила: пропилтиоурацил (пропицил).

Режим «блокируй и замещай» (сочетание больших доз тиреостатика и L-тироксина) на фоне беременности не используется, так как плацентарный барьер хорошо проницаем для тиреостатиков и в малой степени для L- тироксина, что может привести к развитию зоба и гипотиреоза у плода. Кроме того, одновременный прием L-тирокеина приводит к повышению потребности в тиреостатиках.

Клиническое улучшение при лечении тиреостатиками проявляется уже к концу первой недели терапии, а биохимический эутиреоз достигается через 4-6 нед. Если при снижении дозы тиреостатика возникает рецидив тиреотоксикоза, дозу вновь повышают.

Первое исследование гормонального профиля ЩЖ целесообразно проводить через 2-3 нед после начала терапии. В дальнейшем при компенсации заболевания исследование проводят 1 раз в 3-4 нед, при склонности к частым декомпенсациям заболевания — 1 раз в 2 нед.

Уровни $свТ_4$ и $свТ_3$в сыворотке крови матери при лечении тиреостатиками следует поддерживать на верхней границе нормальных значений или несколько выше нормы во избежание развития гипотиреоза у плода.

Вследствие физиологических изменений секреции ТТГ во время беременности, уровень этого гормона в крови не является надежным критерием для суждения об адекватности лечения, и он может сохраняться подавленным до конца беременности. Вместе с тем очень высокий уровень ТТГ указывает на развитие медикаментозного гипотиреоза и требует немедленной отмены или снижения дозы тионамидов.

Побочное действие приема тиреостатиков включает сыпь, крапивницу, артралгию, артрит. Наиболее тяжелыми осложнениями тиреостатического лечения являются лейкопения и агранулоцитоз, поэтому перед началом лечения обязательно определяют количество лейкоцитов и лейкоцитарную формулу периферической крови,

затем анализ повторяют в течение первых трех месяцев еженедельно, затем — ежемесячно.

Поскольку агранулоцитоз развивается внезапно, его начало можно пропустить, несмотря на повторные исследования крови. Беременную необходимо предупредить, что при появлении лихорадки, боли в горле и других симптомов инфекции она должна немедленно обратиться к врачу-эндокринологу для решения вопроса о возможности продолжения тиреостатической терапии и выбора дальнейшего лечения. С момента выявления агранулоцитоза тиреостатические препараты немедленно отменяют, и пациентке предлагают оперативное лечение.

Длительное использование больших доз (адренергических антагонистов (анаприлин, обзидан в дозе 120- 160 мг) при беременности, осложнившейся развитием тиреотоксикоза, нежелательно, так как они могут вызвать уменьшение массы плаценты, задержку внутриутробного развития плода, постнатальную брадикардию и гипогликемию, а также ослабить реакцию на гипоксию. Эти препараты могут быть использованы только в течение короткого периода для подготовки к оперативному лечению, для лечения гестоза или при развитии тиреотоксического криза. Препаратами выбора в этой ситуации являются селективные (З-адреноблокаторы (атенолол, небивалол).

Лечение угрозы прерывания беременности

Течение беременности при тиреотоксикозе часто осложняется угрозой прерывания (до 50 %), что может быть связано с отрицательным влиянием избытка тироксина и повышенной концентрации антитиреоидных антител на процессы имплантации и дальнейшее развитие плодного яйца.

В I триместре беременности при выявлении данного осложнения назначается общепринятая терапия: спазмолитические препараты, седативная терапия, при необходимости аналоги прогестерона (дюфастон или утрожестан).

При выявлении угрозы преждевременных родов в II и III триместрах беременности назначаются препараты магния: Магне B_6 по 2 таблетки 3 раза в день длительно, при необходимости — до доношенного срока гестации.

При выраженной угрозе прерывания беременности показана госпитализация в акушерский стационар для проведения терапии, направленной на пролонгирование беременности: введение 25% раствора магния сульфата в дозе 30 мл в 200 мл изотонического раствора хлорида натрия.

В дополнение к медикаментозному лечению при угрозе прерывания беременности в II и III триместрах беременности (с 15 до 37 нед беременности) целесообразно применение релаксатора РМ-01 (Диатек).

Препараты из группы атропина (метацин) при тиреотоксикозе следует применять с осторожностью в связи с возможным усугублением тахикардии у беременных с суб- и декомпенсированным течением тиреотоксикоза.

Препараты из группы β-адреномиметиков (партусистен, гинипрал) при лечении угрозы прерывания беременности у пациенток с тиреотоксикозом противопоказаны (!).

Профилактика и лечение фетоплацентарной недостаточности

Принимая во внимание высокий риск развития ФПН (до 65 %) у пациенток с тиреотоксикозом, с профилактической целью целесообразно применять курсы неспецифической метаболической терапии: эссенциале по 2 капсулы 3 раза в день (во время еды) и курантил по 25 мг 3 раза в день, при выраженной угрозе прерывания беременности внутривенно струйно вводятся комбинированные препараты анальгина (баралгин 5 мл), которые обладают антипростагландиновым действием и должны быть включены в комплекс терапии, направленной на пролонгирование, 10-14 дней, или

хофитол по 2 драже 3 раза в день и курантил по 25 мг 3 раза в день также в течение 10-14 дней.

Данные препараты целесообразно использовать во II и III триместрах беременности.

При появлении клинико-лабораторных признаков ФПН лечение проводится в условиях акушерского стационара.

Родоразрешение пациенток с тиреотоксикозом

Основным условием успешного проведения родов у женщин с ДТЗ является достижение к моменту родоразрешения стойкого клинического и биохимического эутиреоза. Оптимальным является проведение программированных родов при условии достаточной биологической готовности организма к родам, метод родовозбуждения — амниотомия.

В родах проводится тщательное наблюдение за состоянием сердечно-сосудистой системы, контроль артериального давления и гемодинамических параметров. В начале первого периода родов назначается 20-30 мг тиамазола или 200-300 мг пропилтиоурацила для профилактики послеродового тиреотоксического криза. В начале второго периода родов вводятся глюкокортикоиды: 75-100 мг гидрокортизона внутримышечно или 30-60 мг преднизолона внутримышечно.

В родах для обработки кожных покровов недопустимо использование концентрированных растворов йода, так как избыток йода может резко ухудшить течение тиреотоксикоза.

С учетом того, что сильная боль и физическое напряжение являются провоцирующими факторами тиреотоксического криза, роженица должная быть тщательно обезболена, а потуги по возможности ослаблены. При сочетании ДТЗ и эндокринной офтальмопатии после консультации офтальмолога может быть использована длительная перидуральная аналгезия.

Профилактика осложнений гестации у беременных с диффузным токсическим зобом

- ✓ Пациентки с ДТЗ нуждаются в прегравидарной подготовке с целью достижения эутиреоидного состояния, а тиреостатическая терапия, начатая до беременности, должна быть перманентной на протяжении всего периода гестации и после родов.
- ✓ Беременные с ДТЗ должны быть взяты на учет максимально рано (с момента констатации беременности) для своевременной диагностики возможного рецидива заболевания, адекватной коррекции тиреостатической терапии и профилактики гестационных осложнений.
- ✓ Ведение беременности у пациенток с ДТЗ является сложной задачей для акушера-гинеколога и эндокринолога, поэтому данная категория беременных должна наблюдаться в специализированных центрах с ежемесячным контролем тиреоидной функции и состояния ФПК.
- ✓ В связи с высоким риском развития гестоза у беременных с ДТЗ, ведущим симптомом которого является гипертензия, беременные должны быть госпитализированы для обследования и проведения суточного мониторирования АД в I триместре беременности.
- ✓ Ввиду высокого риска развития ФПН у беременных с ДТЗ целесообразно неоднократное проведение курсов неспецифической терапии.
- ✓ В связи с высоким риском развития тиреотоксического криза, аномалий родовой деятельности, перинатальной патологии в процессе родов, родоразрешение беременных с ДТЗ должно проводиться в крупных родовспомогательных учреждениях.

Прогноз течения беременности и перинатальных исходов

Своевременное достижение эутиреоза во время гестации — гарантия благополучного течения беременности. При продолжительности компенсации тиреотоксикоза не менее 20 недель во время данной беременности частота осложнений минимальна, а перинатальные исходы — оптимальны.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Около 7% всех беременностей (более 200 тыс. случаев ежегодно) осложняется гестационным диабетом (от 1 до 14% в зависимости от изучаемой популяции и применяемых методов диагностики).

Гестационный диабет может проявляться незначительной гипергликемией натощак, постпрандиальной (после приема пищи, углеводной нагрузки) гипергликемией либо развитием классической клинической картины сахарного диабета с высокими цифрами гликемии.

Течение беременности и родов при сахарном диабете крайне неблагоприятно сказывается на внутриутробном развитии плода — увеличивается частота пороков развития, высока перинатальная заболеваемость и смертность.

Факторы риска для матери, страдающей СД:

- ✓ прогрессирование сосудистых сложнений (реинопатии, нефропатии, ИБС);
- ✓ частое развитие гипогликемии, кетоацидоза;
- ✓ частые осложнения беременности (гестоз, инфекция, многоводие).

Факторы риска для плода:

- ✓ высокая перинатальная смертность;
- ✓ врожденные аномалии (риск выше в 2—4 раза);
- ✓ неонатальные осложнения;
- ✓ риск развития сахарного диабета (1,3% —если диабет 1 типа у матери, 1,6% — если диабет 1 типа у отца).

В клинической практике различают три основных вида сахарного диабета:

- o сахарный диабет 1 типа;
- o сахарный диабет 2 типа;
- o сахарный диабет 3 типа — гестационный диабет (ГД), который развивается после 28-й недели беременности и представляет собой транзиторное нарушение утилизации глюкозы у женщин во время беременности.

Риск развития гестационного диабета оценивают на первом визите к врачу беременной путем формирования групп риска.

Группу низкого риска развития гестационного диабета составляют женщины:

- ➢ моложе 25 лет;
- ➢ с нормальной массой тела до беременности;
- ➢ не имеющие указаний на сахарный диабет у родственников первой степени родства;
- ➢ никогда не имевших в прошлом нарушений углеводного обмена (в том числе глюкозурии);
- ➢ с неотягощенным акушерским анамнезом.

Для отнесения женщины в группу с низким риском развития гестационного диабета необходимо наличие всех перечисленных признаков.

В группу со средним риском развития гестационного диабета попадают женщины:

- ➢ с незначительным избытком массы тела до беременности;
- ➢ с отягощенным акушерским анамнезом (крупный плод, многоводие, невынашивание, гестоз, пороки развития плода, мертворождения) и др.

К группе высокого риска развития гестационного диабета относятся женщины:

- с выраженным ожирением (ИМТ 30 кг/м2);
- гестационным диабетом в анамнезе;
- с сахарным диабетом у родственников первой степени родства;
- указаниями на нарушения углеводного обмена в анамнезе (вне беременности).

Для отнесения к группе высокого риска достаточно наличия одного из перечисленных признаков.

Течение сахарного диабета в первые недели беременности у большинства беременных остается без изменений или наблюдают улучшение толерантности к углеводам (влияют эстрогены), что стимулирует выделение инсулина поджелудочной железой. В свою очередь, улучшено периферическое усвоение глюкозы. Это сопровождается снижением уровня гликемии, появлением у беременных гипогликемии, которое требует уменьшения дозы инсулина.

Во второй половине беременности, благодаря повышенной деятельности контринсулярных гормонов (глюкагон, плацентарный лакто ген, пролактин), ухудшается толерантность к углеводам, усиливаются диабетические жалобы, повышается уровень гликемии, нарастает глюкозурия, возможно развитие кетоацидоза. В это время необходимо увеличение дозы вводимого инсулина.

К концу беременности из-за снижения уровня контринсулярных гормонов вновь улучшается толерантность к углеводам, снижается уровень гликемии и доза вводимого инсулина.

В родах у беременных сахарным диабетом возможна как высокая гипергликемия, состояние ацидоза, так и гипогликемическое состояние.

В первые дни послеродового периода уровень гликемии падает, в дальнейшем (к 4—5 дню) — нарастает.

Основным проявлением влияния сахарного диабета при беременности является диабетическая фетопатия. Различают две формы диабетической фетопатии в зависимости от преобладания влияния нарушенного обмена веществ либо поражения сосудов:

• гипертрофическую (при доминировании нарушений углеводного обмена; характеризуется макросомией плода (масса тела обычно выше 4 кг) при обычной длине тела, увеличением размеров и массы плаценты);

• гипопластическую (при превалировании микроангиопатии и первичного поражения плацентарного ложа с последующим развитием фетоплацентарной недостаточности; проявляется ВЗРП с низкой массой тела при рождении, уменьшенными размерами плаценты и более тяжелыми симптомами внутриутробной гипоксии и асфиксии при рождении).

К основным рекомендациям по ведению беременных с сахарным диабетом относятся:

❖ раннее выявление среди беременных скрыто протекающих и клинически явных форм сахарного диабета;

❖ планирование семьи у больных сахарным диабетом:

1. планирование беременности у больных сахарным диабетом женщин;

Противопоказания к беременности — медицинские показания к прерыванию беременности (определяют эндокринолог-диабетолог и акушер-гинеколог):

- тяжелая нефропатия с клиренсом креатинина менее 50 мл/мин, суточной протеинурией 3 ги более, креатинином крови более 120 ммоль/л, с артериальной гипертонией;
- тяжелые ИБС;
- прогрессирующая промферативная ретинопатия.

2. своевременное определение степени риска для решения вопроса о

целесообразности сохранения беременности;

Беременность нежелательна (определяют эндокринолог-диабетолог и акушер-гинеколог) при:

- возрасте женщины старше 38 лет;
- Нв A1c >7,0% в ранний период беременности;
- развитие диабетического кетоацидоза в ранние сроки беременности;
- наличие диабета у обоих супругов;
- сочетания сахарного диабета с резус-ансибинизацией у матери; при сочетании сахарного диабета и активного туберкулеза легких;
- наличии хронического пленонефрита;
- наличии в анамнезе у больных с хорошо компенсированным во время беременности СД повторных случаев гибели или рождения детей с пороками развития;
- плохих социально-бытовых условиях;
- строгая компенсация сахарного диабета до беременности, во время беременности, в родах и послеродовом периоде;
- профилактика и лечение осложнений беременности;
- выбор срока и метода родоразрешения;
- проведение адекватных реанимационных мероприятий и тщательное выхаживание новорожденных;
- дальнейшее наблюдение за потомством больных сахарным диабетом матерей.

Диагностика гестационного диабета зависит от группы риска.

В группе низкого риска тестирование с применением нагрузочных тестов не проводят и ограничиваются рутинным мониторингом гликемии натощак.

В группе среднего риска тестирование проводят в критические для развития гестационного диабета сроки (24—28 нед) с использованием нагрузочных тестов.

В группе высокого риска используют тесты с нагрузкой глюкозой.

Отечественные и зарубежные эксперты предлагают следующие подходы для диагностики гестационного диабета:

- одношаговый подход (проведение диагностического теста со 100г глюкозы; экономически оправдан у женщин с высоким риском развития гестационного диабета);
- двухшаговый подход (сначала выполняют скрининговый тест с 50 г глюкозы, затем в случае его нарушения — тест со 100 г глюкозы; рекомендован в группе среднего риска).

Основными принципами ведения беременности при сахарном диабете являются:

- строгая, стабильная компенсация сахарного диабета за 3—4 мес. до зачатия и во время беременности, что в первую очередь предусматривает нормализацию углеводного обмена (у беременных с сахарным диабетом уровень гликемии натощак должен быть в пределах 3,3-5,5 ммоль/л, а через 2 ч после еды — 5,0-7,8 ммоль/л);
- Нв A1c <6,5%
- тщательный метаболический контроль;
- соблюдение диеты — в среднем суточная калорийность пищи составляет 1600—2000 ккал, причем 55% от общей калорийности пищи покрывают за счет углеводов, 30% жиров, 15% белков, достаточное количество витаминов и минеральных веществ;
- тщательная профилактика и своевременная терапия акушерских осложнений;
- наблюдения окулиста — осмотр глазного дна 1 раз в триместр;
- наблюдение гинеколога и диабетолога;
- антенатальная оценка состояния плода:

— 7—10 нед. — УЗИ жизнеспособности плода;

— 16 нед. — α-фетопротеин;

— 18 нед. — УЗИ пороков развития;

- с 24 нед. — УЗИ роста плода через каждые 4 нед.;
- с 28 нед. — КТГ (при гестозе — через 1—2 нед);
- с 38 нед. — ежедневно КТГ, при необходимости - амниоцентеза определения зрелости легких.

Следует помнить, что повышенная склонность беременных с сахарным диабетом к развитию тяжелых форм гестоза и других осложнений беременности диктует необходимость строжайшего наблюдения за динамикой массы тела, артериального давления, анализами мочи и крови, а также педантичного соблюдения режима самой беременной.

Если на диете в течение 1—2 недель целевые значения гликемии не достигнуты, назначается инсулинотерапия. Критерии компенсации:

• гликемия в капиллярной крови натощак <5,0 ммоль/л, через 1 ч после еды <7,8 ммоль/л, через 2 ч после еды <6,7—7,2 ммоль/л;

• нормальный (или пониженный) уровень гликированного гемоглобина (HbAlc).

При беременности рекомендуют использовать только генно-инженерные человеческие инсулины. Оптимальная схема — интенсифицированная инсулинотерапия с обязательным ведением дневника, где регистрируют результаты самоконтроля уровня глюкозы в крови (6—8 раз в сутки), количество углеводов на прием пищи, подсчитанных по системе хлебных единиц, дозы инсулина, масса тела (еженедельно), примечания (эпизоды гипогликемии, ацетонурии, АД и т.д.).

Срок родоразрешения беременных с сахарным диабетом определяют индивидуально с учетом тяжести течения сахарного диабета, степени компенсации заболевания, функционального состояния плода, наличия акушерских осложнений.

При сахарном диабете возможно запоздалое созревание функциональной системы плода, поэтому оптимальным показанием являются своевременные роды. Однако нарастание различных осложнений к концу беременности (фетоплацентарная недостаточность, гестоз и др.) диктует необходимость родоразрешения больных в 37—38 недель.

Ведение беременности у больных сахарным диабетом осуществляют в условиях амбулаторного и стационарного наблюдения. У беременных с сахарным диабетом целесообразны три плановые госпитализации в стационар:

• 1-я госпитализация — в ранние сроки беременности для обследования, решения вопроса о сохранении беременности, проведения профилактического лечения, компенсации сахарного диабета;

• 2-я госпитализация — при сроке беременности 21—25 недель в связи с ухудшением течения сахарного диабета и появлением осложнений беременности, что требует проведения соответствующего лечения и тщательной коррекции дозы инсулина;

• 3-я госпитализация — при сроке беременности 34—35 недель для тщательного наблюдения за плодом, лечения акушерских и диабетических осложнений, выбора срока и метода родоразрешения.

Противопоказания к беременности при сахарном диабете.

• Наличие быстро прогрессирующих сосудистых осложнений, которые обычно встречаются при тяжело протекающем заболевании (ретинопатия, нефропатия), осложняют течение беременности и значительно ухудшают прогноз для матери и плода.

• Наличие инсулинорезистентных и лабильных форм сахарного диабета.

• Наличие сахарного диабета у обоих родителей, что резко увеличивает возможность заболевания у детей.

• Сочетание сахарного диабета и резус-сенсибилизации матери, которое значительно ухудшает прогноз для плода.

• Сочетание сахарного диабета и активного туберкулеза легких, при котором беременность нередко приводит к тяжелому обострению процесса.

• Вопрос о возможности беременности, ее сохранении или необходимости прерывания решают консультативно при участии акушеров-гинекологов, терапевта, эндокринолога до срока беременности 12 недель.

Осложнения.

Первая половина беременности у большинства больных сахарным диабетом протекает без особых осложнений. Исключение составляет угроза самопроизвольного выкидыша.

Во второй половине беременности чаще возможны такие акушерские осложнения, как поздний гестоз, многоводие, угроза преждевременных родов, гипоксии плода, инфекции мочевыводящих путей.

Сахарный диабет беременной оказывает большое влияние на развитие плода и новорожденного. Существует ряд особенностей, отличающих детей, рожденных больными сахарным диабетом женщинами, от потомства здоровых матерей. К ним относят характерный внешний вид (круглое лунообразное лицо, чрезмерно развита подкожная жировая клетчатка), большое количество кровоизлияний на коже лица и конечностях, отечность, цианотичность; крупная масса, значительная частота пороков развития, функциональная незрелость органов и систем.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Частота кесарева сечения по причине глазных болезней составляет 30%. В большинстве случаев причиной оперативного родоразрешения служит отслойка сетчатки или ее угроза.

Наиболее распространенная причина отслойки сетчатки — периферические витреохориоретинальные дистрофии (ПВХРД). У женщин фертильного возраста частота ПВХРД равна 14,6%. ПВХРД развиваются на фоне миопической болезни, после оперативных вмешательств, лазерной коагуляции. При миопии частота ПВХРД составляет около 40%, центральных хориоретинальных дистрофий (ЦХРД) - 5-6%.

Патогенез ПВХРД, приводящих к ее разрывам и отслойке, до настоящего времени окончательно не уточнен. Доказана роль наследственных, трофических и травматических факторов, известны иммунологические механизмы формирования различных форм ПВХРД.

Как при физиологической беременности, так и при осложненном ее течении наряду с перераспределением центрального и мозгового кровообращения происходят существенные изменения гемодинамики глаза. Во время беременности при миопии происходит уменьшение кровенаполнения глаза, снижение внутриглазного давления, что связано с ухудшением кровообращения в ресничном теле. Перечисленные изменения обусловлены спазмом артериол.

Физиологически протекающая беременность при наличии миопии не оказывает существенного отрицательного влияния на зрительные функции.

Отмечают значительный дефицит кровообращения глазной области у беременных с артериальной гипо- и гипертензией, анемией и гестозом. Если у этих женщин диагностируют миопию, их относят к группе высокого риска развития офтальмологических осложнений.

• Выраженное ухудшение гемодинамики наблюдают у беременных с анемией — дефицит кровотока составляет 35—40%.

• Резкие изменения гемодинамики глаза и выраженное сужение сосудов сетчатки наблюдают у беременных с гестозом вследствие гиповолемии, обусловленной повышенной проницаемостью сосудов, нарастающими протеинурией и ангиоспазмом, повышенным периферическим сопротивлением сосудов. Снижение кровенаполнения

сосудистой оболочки глаза более выражено, дефицит кровотока составляет свыше 65%.

Наиболее опасны в плане развития отслойки сетчатки ПВХРД по типу:

- решетчатой;
- разрывов сетчатки;
- ретиношизиса;
- смешанные формы.

Наиболее частые жалобы пациенток:

✓ фотопсии;
✓ плавающие помутнения.

Данные жалобы обусловлены задней отслойкой стекловидного тела, частичным гемофтальмом или выраженной витреоретинальной тракцией.

Продромальные признаки отслойки сетчатки следует знать не только офтальмологам, но и акушерам-гинекологам, так как в этих случаях необходимо предпринимать срочные меры по предупреждению отслойки сетчатки:

- периодическое затуманивание зрения;
- световые ощущения (мелькание, искры);
- рассматриваемые предметы искривлены, неровные, изогнутые.

Осложнения.

Наиболее опасные осложнения:

- отек диска зрительного нерва;
- кровоизлияние в сетчатку;
- отслойка сетчатки.

Обязательный метод обследования при ПВХРД— офтальмоскопия при максимальном медикаментозном мидриазе с осмотром экваториальных и периферических отделов глазного дна по всей его окружности.

При выборе метода профилактического лечения следует исходить из следующего принципа: все разрывы сетчатки, не имеющие тенденции к самоотграничению, зоны решетчатой дистрофии с истончениями сетчатки, а также все зоны дистрофий, сочетающиеся с витреоретинальной тракцией, должны быть блокированы.

Немедикаментозное лечение.

Отграничивающая лазерная коагуляция сетчатки у беременных — наиболее эффективный и наименее травматичный способ профилактики развития отслойки сетчатки. Своевременно проведенная коагуляция сетчатки позволяет свести до минимума опасность возникновения ее отслойки. Если после коагуляции за время беременности состояние глазного дна не ухудшилось, родоразрешение через естественные родовые пути не противопоказано.

Предпочтительно проведение аргоновой лазеркоагуляции сетчатки, что стабилизирует дистрофические изменения на длительный период.

Медикаментозная терапия. Через 3 месяца после хирургического вмешательства проводят медикаментозное лечение. Используют следующие лекарственные средства:

- Spirulina platensis, внутрь по 2 таблетки 3 раза в сутки, в течение 1 мес;
- ницерголин внутрь по 0,01 г 3 раза в сутки, 1—2 мес;
- пентоксифиллин внутрь по 0,4 г 2 раза в сутки, 1 мес;
- рибофлавин, 1% раствор, в/м 1 мл 1 раз в сутки, 30 введений, повторные курсы через 5-6 мес;
- таурин, 4% раствор, в конъюнктивальный мешок по 1 капле 3 раза в сутки, 2 недели, повторные курсы с интервалом 2—3 мес;
- триметазидин внутрь по 0,02 г 3 раза в сутки, в течение 2 месяцев.

Все беременные подлежат своевременному осмотру офтальмологом на 10—14 неделе беременности с обязательной офтальмоскопией в условиях максимального медикаментозного мидриаза. При обнаружении патологических изменений глазного

дна показано проведение отграничивающей лазерной коагуляции вокруг разрывов или хирургического вмешательства при отслойке сетчатки. Повторный осмотр офтальмологом проводят в 36-37 недель беременности, при котором делают окончательное заключение о выборе метода родоразрешения по офтальмологическим показаниям.

Родоразрешение.

Степень миопии не характеризует риск и тяжесть ПВХРД, следовательно, не позволяет оценить опасность офтальмологических осложнений в родах. Поэтому широко распространенное мнение о том, что при близорукости до 6,0 диоптрий возможно родоразрешение через естественные родовые пути, а при миопии более высокой степени показано кесарево сечение, неверно. Лишь наличие дистрофической отслойки сетчатки, а также грубых дистрофических изменений в сетчатке, представляющих угрозу развития осложнений, могут служить показаниями к кесареву сечению по состоянию глаз.

Абсолютные показания к родоразрешению путем кесарева сечения:

- отслойка сетчатки во время настоящих родов;
- отслойка сетчатки, диагностированная и прооперированная на 30—40 неделе беременности;
- ранее оперированная отслойка сетчатки на единственном зрячем глазу.

Относительные показания к родоразрешению путем кесарева сечения:

- обширные зоны ПВХРД с наличием витреоретинальных тракций;
- отслойка сетчатки в анамнезе.

Альтернативный вариант — родоразрешение с выключением потуг во втором периоде родов.

Роды через естественные родовые пути возможны при:

- отсутствии патологических изменений на глазном дне;
- обнаружении форм ПВХРД, не требующих проведения профилактической лазерной коагуляции сетчатки при отсутствии ухудшения состояния глазного дна за время беременности.

Несмотря на то, что врач-офтальмолог дает заключение о предпочтительном способе родоразрешения, решение в каждой конкретной ситуации принимают консультативно с акушером-гинекологом, курирующим данную беременную.

Наблюдение после родов.

Родильницу осматривает офтальмолог в 1—2 сут.

Профилактический осмотр проводят через 1 месяц после родов. В случае обнаружения новых участков ПВХРД решают вопрос о необходимости проведения дополнительной лазерной коагуляции сетчатки.

Всем женщинам с ПВХРД показано наблюдение офтальмолога по месту жительства с осмотром не реже одного раза в год.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Инфекционные заболевания легких

Острый бронхит — воспалительное заболевание бронхов преимущественно инфекционного происхождения, проявляющееся кашлем (сухим или с мокротой) и продолжающееся не более 3 нед. Чаще всего острый бронхит является одним из проявлений острого респираторного заболевания. Возможен также острый бронхит химической, аллергической и другой неинфекционной природы.

По этиологическому признаку можно выделить вирусный и бактериальный острый бронхит. Существуют другие, более редкие варианты — токсический, аллергический, ожоговый

Острый инфекционный процесс может оказать прямое токсическое влияние на плод в первом триместре беременности вплоть до его гибели. Во II и III триместрах может произойти инфицирование плаценты с развитием в дальнейшем плацентарной недостаточности с формированием ЗВУР и ВУИ.

К осложнениям гестации относят следующее: угроза прерывания беременности, внутриутробное инфицирование, плацентарная недостаточность с формированием задержки внутриутробного развития и хронической гипоксии плода. Возможна гибель плода или формирование пороков развития (при заболевании в I триместре беременности).

Противопоказаний для сохранения беременности нет.

Лечение

I триместр — симптоматическое лечение. Необходимо устранить воздействие на больного факторов окружающей среды, которые, раздражая бронхи, могут провоцировать кашель. С целью улучшения отхождения мокроты и уменьшения тяжести кашля показана гидратация — теплое питье с медом, малиной, липовым цветом; подогретая щелочная минеральная вода; назначение отхаркивающих препаратов — мукалтин (по две таблетки, растворенные в маленьком объеме воды до трех раз в день перед едой). Ввиду того, что острый бронхит в подавляющем большинстве случаев имеет вирусную этиологию, антибактериальная терапия не показана. Антибиотики назначают при появлении гнойной мокроты, гнойного отита, синусита, выраженной интоксикации, продолжительной лихорадки и гематологических изменений, не позволяющих исключить бактериальный генез заболевания.В случае необходимости использования лекарственных препаратов, запрещенных для применения в период беременности, или выявлении пороков развития по УЗИ проводят прерывание беременности. Если острый бронхит является осложнением гриппа, с беременной следует обсудить вопрос о прерывании беременности в связи с высоким (10 %) риском аномалий развития плода. Прерывание беременности производится после излечения острого бронхита.

II и III триместры. Наряду с лечебными мероприятиями, описанными выше, возможно проведение противовирусной и иммуномодулирующей терапии с использованием интерферонов. При бактериальной инфекции — применение антибиотиков с учетом возможного вредного влияния на плод: защищенные пенициллины (аугментин или амоксиклав 1,2 г два раза в день), цефалоспорины (цефтриаксон 2,0 г один раз в день, цефепим 2,0 г 2 раза в день, цефотаксим по 1,0 г 3 раза в сутки) или макролиды (азитромицин 0,5 г 1 раз в сутки, спирамицин 3 млн 3 раза в сутки, джозамицин 0,5 г 2 раза в сутки). Отхаркивающие средства — амброксол по 1 таблетке 2 раза в день.

При необходимости проводят терапию угрозы прерывания беременности, плацентарной недостаточности по общепринятым схемам. При обнаружении признаков внутриутробной инфекции — внутривенное введение иммуноглобулина человеческого 50 мл через день трехкратно, с последующим назначением интерферонов (виферон) в виде ректальных свечей по 500 тыс. МЕ 2 раза в день ежедневно в течение 10 дней, затем 10 свечей по 500 тыс. МЕ 2 раза в день 2 раза в неделю.

Пневмония — острое инфекционное заболевание преимущественно бактериальной природы, характеризующееся очаговым поражением респираторных отделов легких, наличием внутриальвеолярной экссудации.

В настоящее время наибольшее практическое значение имеет разделение пневмоний с учетом условий и времени инфицирования легочной ткани. Выделяют следующие виды пневмонии:

- ❖ внебольничная пневмония (приобретенная вне лечебного учреждения);

❖ нозокомиальная пневмония (приобретенная в лечебном учреждении спустя 48 часов после госпитализации);

❖ в последние годы стали выделять пневмонии, связанные с оказанием медицинской помощи (аспирация, ятрогенная иммуносупрессия). Выделение последней категории объясняется тем, что по условиям возникновения их следовало бы рассматривать как внебольничные, но спектр возбудителей (и их профиль антибиотикорезистентности) приближает пневмонии, связанные с оказанием медицинской помощи, к нозокомиальным

Внебольничная пневмония.

Точная частота пневмоний, осложняющих беременность, неизвестна (приблизительно заболеваемость составляет 0,7—2,7 на 1000 беременных). В 92% случаев пневмонии развиваются во II и III триместрах. Наиболее часто встречается внебольничная пневмония.

В основе патогенеза нарушений гестации лежат:

- дыхательная гипоксия;
- интоксикация;
- влияние гипертермии на эмбрион.

Вторичные сосудистые нарушения при длительной гипоксии неблагоприятно сказываются на процессах плацентации, маточно- плацентарно-плодовом кровообращении.

Инфекционный процесс, сопровождающийся интоксикацией и гипоксией, снижает иммунную защиту организма, повышая опасность развития инфекционно-воспалительных осложнений в плаценте. Примерно у 20% беременных объективные признаки могут отличаться от типичных или отсутствовать.

Течение внебольничной пневмонии у беременных нередко бывает более тяжелым в связи со снижением дыхательной поверхности легких, высоким стоянием диафрагмы, ограничивающим экскурсию легких, дополнительной нагрузкой на сердечно-сосудистую систему.

В первые 3 дня амбулаторного лечения беременная нуждается в ежедневном осмотре врачом-терапевтом. Первоначальная оценка эффективности терапии должна проводиться через 48-72 часа после начала лечения. При сохраняющихся лихорадке и интоксикации следует госпитализировать беременную в профильное (желательно пульмонологическое) отделение. Исследование мокроты в поликлинических условиях не является обязательным, так как оно не оказывает существенного влияния на выбор стартовой терапии.

В комплекс диагностических мероприятий обязательно должна входить оценка состояния фетоплацентарной системы в динамике заболевания и в период реконвалесценции, своевременное выявление инфекционно-воспалительных осложнений.

Крайне важна профилактика ПН при пневмонии и нормализация биоценоза влагалища после антибиотикотерапии.

Показания к госпитализации беременных можно разделить на три группы.

- Непосредственно связанные с тяжелым течением внебольничной пневмонии: нарушение сознания, тахипноэ более 30 в минуту, тахикардия более 125 ударов в минуту, гипотензия (систолическое АД <90 мм рт.ст, диастолическое АД <60 мм рт.ст.), нестабильная гемодинамика, гипотермия (<35 °С) или гипертермия (>40 °С), лейкопения менее 4,0 или лейкоцитоз более 20х1000 мкл, анемия (гемоглобин <90 г/л, гематокрит <30%), гипоксемия или гиперкапния; креатинин сыворотки крови более 176,7 мкмоль/л или мочевина крови более 7,0 ммоль/л, возможная аспирация, плевральный выпот, многодолевое поражение легкого, инфекционные метастазы, септический шок, неэффективное комплексное амбулаторное лечение в течение трех дней.

• Связанные с наличием сопутствующих соматических заболеваний: хронические обструктивные заболевания легких, гипертоническая болезнь и сердечно-сосудистые заболевания, цереброваскулярные заболевания, хронические гепатиты, хронические нефриты, острая или хроническая почечная недостаточность, сахарный диабет, системные заболевания соединительной ткани; наркомания, алкоголизм, дефицит массы тела.

• Связанные с осложненным течением самой беременности: ранний токсикоз средней и тяжелой степени, угроза прерывания беременности, ПН, острая и хроническая внутриутробная гипоксия плода, ВЗРП.

Родоразрешение беременных, перенесших внебольничную пневмонию в период гестации и успешно пролеченных в амбулаторных условиях, проводят через естественные родовые пути, если нет каких- либо противопоказаний. При необходимости проведения оперативного родоразрешения путем операции кесарева сечения следует отдавать предпочтение эпидуральной анестезии. Показана плановая госпитализация в 38,5 недель.

При необходимости продолжения антибактериальной терапии в раннем послеродовом периоде лактацию подавлять не следует.

Противопоказания для сохранения беременности.

Прерывание беременности у больной с острым инфекционным заболеванием сопряжено с высоким риском развития тяжелых гнойно-септических осложнений. Этот вопрос может встать при тяжелом течении заболевания и отсутствии эффекта от проводимого лечения у пациенти в III триместре.

Бронхиальная астма — хроническое рецидивирующее заболевание с преимущественным поражением бронхов, основным признаком которого является приступ удушья и/или астматический статус вследствие спазма гладких мышц бронхов, гиперсекреции, дискринии и отека слизистой дыхательных путей.

Среди патологии бронхолегочной системы у беременных чаще всего встречают бронхиальную астму (5% случаев).

При бронхиальной астме в большинстве случаев беременность не противопоказана. Однако неконтролируемое ее течение, частые приступы удушья и, как следствие, гипоксия, могут привести к развитию осложнений у матери и у плода. Так, преждевременные роды развиваются у 14,2% беременных с бронхиальной астмой, угроза прерывания беременности — у 26%, ЗРП — у 27%, гипотрофия — у 28%, гипоксии и асфиксии при рождении — у 33%, гестозы — у 48%. Частота оперативного родоразрешения при данной патологии составляет 28%. В отличие от других иммунологических заболеваний (аутоиммунные заболевания соединительной ткани, гломерулонефриты и др.) не отмечают более легкого течения болезни во время беременности.

Во время беременности происходит расширение просвета бронхов и увеличение их проходимости, уменьшение интенсивности иммунного ответа, увеличение уровня эндогенного кортизола, преднизолона, гистаминазы в плазме крови. Эти факторы способствуют улучшению течения бронхиальной астмы. Однако физиологическая гипервентиляция, гиперэстрогения (как следствие — гиперреактивность бронхиального дерева), угнетение клеточного иммунитета, появление антигенов плода могут провоцировать приступы бронхиальной астмы у беременных. Таким образом, являясь гетерогенным заболеванием, бронхиальная астма во время беременности может протекать по-разному.

Планируя беременность, пациентки с бронхиальной астмой должны пройти обучение в «Школе для больных бронхиальной астмой». Беременная должна придерживаться гипоаллергенной диеты, санировать очаги инфекции, максимально уменьшить контакт с аллергенами, прекратить активное и исключить пассивное

курение. При среднетяжелой и тяжелой бронхиальной астме для уменьшения количества ЛС следует использовать эфферентные методы лечения (плазмаферез).

Медикаментозная терапия.

В настоящее время принят ступенчатый подход к терапии бронхиальной астмы (частота приема ЛС обратно пропорциональна течению заболевания).

ЛС, назначаемые при бронхиальной астме, разделяют на две группы.

• Базисные препараты (принимают ежедневно, длительно с целью достижения эффекта лечения персистирующей бронхиальной астмы):

— ингаляционные глюкокортикоиды (наиболее эффективные препараты);

— системные глюкокортикоиды;

— натрия кромокликат;

— недокромил натрия;

— теофиллины замедленного высвобождения;

— ингаляционные Р2-адреномиметики длительного действия.

• Симптоматические препараты (средства скорой или неотложной помощи, препараты быстрого облегчения; устраняют бронхоспазм и облегчают сопутствующие симптомы):

— быстродействующие ингаляционные Р2-адреномиметики;

— системные глюкокортикоиды;

— ингаляционные антихолинергические препараты;

— теофиллины короткого действия;

— пероральные β_2-адреномиметики короткого действия. Беременным предпочтительнее назначать ингаляционные формы,

так как они создают высокие концентрации препарата вдыхательных путях при минимуме системных эффектов.

Показанием к прерыванию беременности на ранних сроках или досрочному родоразрешению являются тяжелые приступы бронхиальной астмы с развитием выраженной дыхательной недостаточности. Для прерывания беременности и стимуляции родов не рекомендуется использовать простагландин F2, так как он усиливает бронхоспазм.

Роды предпочтительнее вести через естественные родовые пути. Приступы удушья в родах бывают редко и купируются ингаляцией бронходилататоров или внутривенным введением аминофиллина. Если ранее пациентка принимала перорально глюкокортикоиды, то в день родоразрешения необходимо ввести дополнительные парэнтеральные дозы глюкокортикоидов (60—120 мг преднизолона внутривенно со снижением дозировки в 2 раза в последующие 2 суток). В качестве метода обезболивания выбирают двухуровневую перидуральную анестезию; промедол и седативные препараты противопоказаны в связи с угнетением дыхательного центра и подавлением кашлевого рефлекса.

Показанием к оперативному родоразрешению служит тяжелая дыхательная и легочно-сердечная недостаточность.

При среднетяжелой и тяжелой бронхиальной астме лактация противопоказана.

ГРУППА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ АНЕМИЗИРУЮЩЕГО СИНДРОМА И АНЕМИИ

К анемиям беременных относится ряд анемических состояний, возникающих во время беременности, осложняющих ее течение и обычно прекращающихся при завершении или прерывании беременности. Анемии, обусловленные беременностью, как правило, лечат акушеры.

Анемия у беременных, особенно существовавшая до беременности, значительно увеличивает перинатальные потери и заболеваемость новорожденных: повышение

перинатальной смертности (140—150‰); повышение перинатальной заболеваемости до 1000‰, ЗРП (32%); гипоксия (63%); гипоксическая травма мозга (40%); инфекционно-воспалительные заболевания (37%).

Следствием общих гемодинамических нарушений в организме беременной с анемией является изменение маточного кровообращения. В ранние сроки беременности анемия является причиной развития фетоплацентарной недостаточности. Это связано с негативным влиянием анемии на гестационные сосудистые изменения (в частности, в спиральных артериях).

У женщин с анемией в конце беременности наблюдается низкое кровенаполнение сосудов матки при быстром притоке и затруднении оттока крови. Образуется порочный круг плацентарного кровообращения с развитием плацентарной недостаточности и исходом ее в гипоксию и/или гипотрофию плода.

Развитие беременности у женщин с анемией сопряжено с высокой частотой угрозы прерывания беременности. Часто наблюдается преждевременное излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности, а также кровотечение в раннем послеродовом периоде.

Так, если в норме несвоевременное излитие вод наблюдается в 8-15% случаев, то при анемии до 37% беременных сталкиваются с данным осложнением, а аномалии родовой деятельности — в 24 %.

Особенно выражено влияние анемии на перинатальную заболеваемость: при анемии матери гипотрофия плода встречается достоверно чаще, чем у здоровых беременных, — до 6-8%. Но в случае, если течение беременности осложнено не только анемией, но и гестозом, эта цифра возрастает ровно в 4 раза.

Влияние анемии на кровотечение в родах оказалось неожиданным, хотя и предсказуемым: частота кровотечений у женщин с анемией, по сравнению с аналогичной когортой без нее, увеличивается недостоверно, а вот величина кровопотери обратно пропорциональна содержанию гемоглобина.

По сегодняшний день нет единого критерия уровня гемоглобина, при котором следует диагностировать анемию: 110 или 115 г/л. Более того, абсолютное содержание гемоглобина не отражает наличия или отсутствия анемии. Большее значение имеет насыщение железом трансферрина. Необходимо обратить внимание на то, что структура гемоглобина характеризуется наличием железа, встроенного в белковый носитель.

Как недостаток железа, так и недостаток белка у беременной в равной степени могут быть причиной анемии.

Кроме того, никакое железо не встраивается в молекулу гемоглобина без участия транспортного белка. Весьма часто при низких показателях гемоглобина имеет место нормальное содержание железа и трансферрина в крови, а в происхождении анемии существенная роль принадлежит дефициту белка в рационе.

Формирование анемии алиментарного генеза сопряжено с нарушением молекулярных механизмов биосинтеза белка в плаценте, что позволило отнести недостаточное и несбалансированное по нутриентам питание женщин во время беременности к важным факторам развития плацентарной недостаточности при анемии беременных.

Классификация анемии:

- ✓ гиперплазмия беременных (физиологическая анемия, псевдоанемия), обусловленная увеличением количества плазмы крови;
- ✓ олигемия беременных (постгеморрагическая анемия), вызываемая патологической кровопотерей при различных видах акушерской и экстрагенитальной патологии;
- ✓ железодефицитная анемия;

✓ миелопатия беременных, представляющая собой особую форму позднего токсикоза с преимущественным поражением костного мозга и гемопоэза в целом (гемогестоз).

У большинства женщин к 28—30 неделе беременности развивается полицитемическая гемодилюция, которая связана с неравномерным увеличением объема циркулирующей плазмы крови и количества эритроцитов. За время беременности масса крови увеличивается на 23%, при этом количество эритроцитов — на 20%, а плазмы — на 25%, объем крови — на 50%, причем во всех тканях количество интерстициальной жидкости увеличивается на 25%, а в крови — на 40%, но не за счет разжижения, а в связи с истинным увеличением количества плазмы, т.е. имеет место и физиологическая гиперплазмия. Преимущественное увеличение количества плазмы приводит к снижению основных показателей красной крови и гематокрита.

Анемии беременных являются следствием многих причин, в том числе и вызванных беременностью: высокий уровень эстрогенов, ранние токсикозы, препятствующие всасыванию в ЖКТ элементов железа, магния, фосфора, необходимых для кроветворения. К развитию анемии в равной степени приводят дефицит железа и дефицит белка. Отмечены железодефицитные анемии у многорожавших, у которых и до беременности имел место дефицит железа из-за недостаточной компенсации его в организме в перерыве между беременностями.

Специально выделен термин «инфект-анемия», которая составляет около 4% всех анемий у беременных. Раннее начало половой жизни, низкий социальный уровень, отсутствие информации о планировании семьи, безопасном сексе способствует широкому распространению инфекционно-воспалительных заболеваний женской половой сферы. Анемия приводит к дефициту гликогена по влагалищном эпителии, следствием чего являются влагалищные дисбиозы — бактериальный вагиноз и кольпит, роль которых хорошо известна в возникновении перинатальной инфекции. Лечение этих дисбиотических процессов во многом определяется еще одним порочным кругом, в котором отсутствие гликогена препятствует нормальному содержанию лактобактерий, выработке молочной кислоты и увеличению pH.

В легких случаях общие симптомы могут отсутствовать за счет развития компенсаторных механизмов (усиление эритропоэза, активация функций сердечно-сосудистой и дыхательной систем). При длительном течении возможны нарушения функций различных паренхиматозных органов вследствие дистрофических процессов в них.

Выделяют два периода в течение железодефицитной анемии: период скрытого дефицита железа и период явной анемии, вызванной дефицитом железа. В начальном периоде возникают многие субъективные жалобы и клинические признаки.

Ежедневная потребность в железе — 800 мг (300 мг из них необходимо плоду).

Клинические проявления железодефицитной анемии:

общая слабость, одышка, обмороки, головокружение, головная боль, шум в ушах, темные круги под глазами, повышенная ломкость ногтей, выпадение волос. При объективном исследовании отмечаются бледность кожи и слизистых оболочек, мягкий учащенный пульс.

Железо входит в состав многих ферментов (цитохромы, пероксида-зы, сукцинатдегидрогеназа и др.). Дефицит этих ферментов, возникающий при анемии, способствует развитию многочисленных симптомов.

1. Изменение кожи и ее придатков (сухость, шелушение, легкое образование трещин, восковая бледность). Волосы тусклые, ломкие, «секутся», усиленно выпадают. У 20—25% больных отмечаются изменения ногтей: истончение, ломкость, поперечная исчерченность, иногда ложкообразная вогнутость (койлонихия) — как признак тяжелого длительного дефицита железа.

2. Изменения слизистых оболочек (глоссит с атрофией сосочков, трещины в

углах рта, ангулярный стоматит, повышена склонность к парадонтозу и кариесу).

3. ЖКТ (атрофический гастрит, атрофия слизистой пищевода, дисфагия).

4. Мышечная система (при тяжелой анемии вследствие ослабления сфинктеров появляются императивные позывы на мочеиспускание, невозможность удерживать мочу при смехе, кашле).

5. Пристрастие к необычным запахам (бензин, керосин, газетная бумага, мазут, ацетон, лаки, гуталин, нафталин, запах сырой земли, резины).

6. Извращение вкуса. Выражается в желании есть что-либо малосъедобное: мел, зубной порошок, уголь, глину, песок, лед (ногофагия), крахмал (амилофагия), сырое тесто, фарш, крупу, семечки. Нередко появляется стремление к острой, соленой, кислой пище.

7. Сидеропеническая миокардиодистрофия (при тяжелой анемии), склонность к тахикардии, гипотонии.

8. Нарушения в иммунной системе (снижается уровень лизоцима, В-лизинов, комплемента, некоторых иммуноглобулинов, снижение уровня Т- и В-лимфоцитов, что способствует высокой инфекционной заболеваемости при анемии).

9. Функциональная недостаточность печени (при длительном и тяжелом течении анемии). На фоне гипоксии возникает гипоальбуминемия, гипопротромбинемия, гипогликемия.

Профилактика материнских и перинатальных осложнений при анемии — сбалансированное по количеству и качеству питание беременной. Беременная должна получать полноценную, богатую белком пищу, которая будет способна обеспечивать нормальный синтез транспортного белка трансферрина. Кроме того, рекомендуются пищевые продукты, содержащие легкоусвояемое железо: мясо, печень (не обязательно в полусыром виде, так как термическая обработка не сказывается на количестве и усвоении железа), яичный желток. Кроме того, в рацион беременной необходимо включать бобовые (фасоль, горох, какао), землянику (в любом виде), сушеные фрукты (курага), овощи (шпинат, картофель). Однако следует помнить, что из растительных продуктов железо всасывается в несколько раз хуже, чем из продуктов животного происхождения. При полноценном питании в организм ежедневно поступает до 50 мг железа, из которого ионизируется приблизительно 10 мг и всасывается от 1 до 3,5 мг, что вполне обеспечивает потребности организма здоровой беременной.

Известно, что понижение уровня железа и витамина В6, дефицит белка приводят к нарушению синтеза гемоглобина, недостаток витаминов С, В2, фолиевой кислоты — к нарушению синтеза нуклеопротеидов. Кобальт и гемопоэтины необходимы для нормальной функции костного мозга. Гемопоэтины являются гормоноподобными веществами со специфическим стимулирующим действием на гемопоэз.

Также рекомендуют использовать лечебное питание для восполнения дефицита белка. Большая часть железа при традиционном питании находится в не связанной с белком форме, и его усвоение зависит от ряда факторов: потребности в железе организма в данный момент, состава съеденной пищи, способности ЖКТ к всасыванию железа.

При гипохромной анемии, вызванной дефицитом железа, диетотерапия должна сочетаться с назначением медикаментозных средств.

Этапы лечения: купирование анемии (восстановление нормального уровня гемоглобина), терапия насыщения (восстановление запасов железа в организме), поддерживающая терапия (сохранение нормального уровня всех фондов железа).

Применяют сульфат железа, глюконат железа, фумарат железа, хлорид железа, протеин сукцинилат железа.

Суточная доза для профилактики анемии и лечения легкой формы заболевания составляет 50—60 мг железа, а для лечения выраженнойанемии — 100—120 мг железа. Препараты железа принимают в сочетании с поливитаминами, аскорбиновой и

фолиевой кислотами.

В амбулаторных условиях целесообразно применять неорганические соединения двухвалентного железа: «Тотема» [20—40 мд/сут (100—200 мг)], «Сорбифер Дурулес» (по 1 таб 2 раза в сутки)].

Считается, что максимальная усвояемость свойственна препаратам, которые содержат железо в виде сульфата.

С точки зрения фармакоэкономики предпочтительным для лечения железодефицитной анемии оказался препарат «Сорбифер Дурулес» — 31 рубль за 1 грамм двухвалентного железа.

Кислоту аскорбиновую необходимо применять не только с указанными, но и со всеми препаратами двухвалентного железа (кроме препарата «Сорбифер», содержащего данный компонент), так как она является стабилизатором ионизированного и редуцированного железа, обусловливающим его промежуточный обмен.

Лечение должно длиться не менее 3 недель, при этом нормализация содержания гемоглобина не служит сигналом к прекращению лечения. У беременных, перенесших анемию, нужно проводить поддерживающую терапию до завершения беременности и в первые недели послеродового периода.

Противопоказаниями к назначению железосодержащих препаратов peros являются заболевания желудка и кишечника, токсикозы беременных. В этих случаях назначают парентерально жектофер, «ФеррумЛек», фербитол. Лечение этими препаратами, как уже отмечалось, следует проводить в стационарных условиях.

Анемия до наступления беременности является крайне неблагоприятным фоном. В ранние сроки беременности анемия является причиной развития фетоплацентарной недостаточности. Это связано с негативным влиянием анемии на гестационные сосудистые.

К сожалению, проводимая во время беременности терапия железосодержащими препаратами различных производителей в несопоставимых ценовых диапазонах дает практически одинаковый, неудовлетворительный, с позиций перинатологии, эффект.

Возможными причинами этого могут быть:

- запаздывание лечебных мероприятий — начало лечения после 20 недель;
- нарушение формирования плацентарного ложа и ранней плаценты вследствие анемической ангиопатии;
- иммунная недостаточность у женщин с циркуляторным гипоксическим синдромом;
- дефицит аминокислот и белков-предшественников для синтеза белковой субъединицы гемоглобина.

У тех женщин, которым начали проводить противоанемическую терапию в сроке 4—12 недель, в 2 раза реже отмечаются повторные прерывания беременности, чем у тех, кого стали лечить только в 13-17 недель беременности. Перинатальная заболеваемость, в свою очередь, в тех же условиях снижается в 1,6 раза, а перинатальная смертность, что важнее всех остальных показателей, может быть снижена в 3 раза при лечении анемии на самых ранних сроках.

Лечение:

- препараты железа, содержащие фолиевую кислоту, аскорбиновую кислоту (Сорбифер Дурулес);
- белковую диету, пищевые продукты для лечебного питания: фемилак (по 45 г в сутки), симилак с железом (30 г в сутки);
- коррекция сопутствующей плацентарной недостаточности медикаментами: эссециале 2 кап. 3 раза в день (5 мл в/в капельно в 200 мл физ. р-ра), зиксорин 0,4 г однократно, пентоксифиллин 0,1 г 3 раза в день (5мл в/в капельно в 400 мл физ. раствора или 5% глюкозы), эуфиллин 0,15 г 3раза в день (2,4% 10 мл в/в струйно), Актовегин 0,2 г 3 раза в день (5 мл в/в капельно в 200 мл физ. раствора).

Медикаменты подбирают для каждой беременной с учетом индивидуальной чувствительности, степени тяжести анемии и выраженности плацентарной недостаточности.

ЭПИЛЕПСИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Эпилепсия является хроническим заболеванием головного мозга и характеризуется повторными неспровоцированными припадками, в основе которых лежит гиперсинхронный электрический разряд нейронов коры головного мозга. Клиническая картина характеризуется внезапными и преходящими патологическими стереотипными феноменами (изменения сознания, двигательные, чувствительные, вегетативные, психические симптомы). Следует отметить, что существуют синдромы рефлекторных эпилепсий, при которых все эпилептические припадки провоцируются сенсорными стимулами.

Около 1 % беременных женщин страдают эпилепсией; среди них у 13% манифестация заболевания приходится на период беременности, а приблизительно в 14 % припадки у женщин наблюдаются исключительно во время беременности — так называемая гестационная эпилепсия.

Около 0,3-0,4 % новорожденных из всего количества детей рождаются от матерей, больных эпилепсией. Высок риск во время беременности такого жизнеугрожающего состояния как эпилептический статус, частота которого может достигать 3 %.

Ввиду многофакторности влияний друг на друга беременности и эпилепсии, прогноз течения настоящей беременности и тяжесть эпилепсии предугадать очень трудно. Одним из главных факторов благоприятного течения и прогноза исхода беременности является адекватная противоэпилептическая терапия, позволяющая добиться медикаментозной ремиссии, либо исключить генерализованные судорожные припадки.

Причинами изменения частоты и тяжести эпилептических припадков у женщин во время беременности являются многообразные физиологические изменения в организме, характерные для данного состояния: изменение водно-солевого обмена, гормонального баланса, белкового обмена и пр. Значимо меняется фармакокинетика противоэпилептических препаратов: за счет кишечной абсорбции, связывания с транспортными протеинами и перераспределения в организме; повышение массы тела пациентки и увеличения общего объема жидкости, что приводит к падению концентрации препарата в крови; изменение скорости и путей биотрансформации АЭП, а также их клиренса.

Общепризнанным считается, что наиболее неблагоприятное влияние на течение беременности оказывают генерализованные тонико-клонические припадки. Они опасны прежде всего потенциальными травмами и аноксией — ишемическими изменениями, сопутствующими припадкам (связанными с апноэ во время тонической фазы припадка), плацентарно-плодовыми, обусловленными ухудшением кровообращения в связи с сокращением матки, дисфорическими состояниями и другими нежелательными психоэмоциональными ситуационно - обусловленными реакциями матери (постприпадочная спутанность сознания, возбуждение, сумеречное сознание и пр.).

Прогнозировать течение эпилепсии во время беременности, опираясь на специфику характеристик заболевания (длительность, тип припадков, форма эпилепсии), а также течение предыдущих беременностей можно с определенными оговорками.

Таким образом, врачу важно помнить, что ввиду многофакторности влияний друг на друга беременности и эпилепсии, прогноз течения настоящей

беременности и тяжесть эпилепсии предугадать очень трудно. Одним из главных факторов благоприятного течения и прогноза исхода беременности является адекватная противоэпилептическая терапия, позволяющая добиться медикаментозной ремиссии, либо исключить генерализованные судорожные припадки.

У больных эпилепсией женщин частота раннего токсикоза беременных, самопроизвольных абортов, аномальных положений плода и плаценты, гестоза, а также вероятность рождения близнецов практически не отличаются от популяционных показателей, но при этом повышен процент преждевременных родов, эклампсии и прерывания беременности по медицинским показаниям, кесарева сечения.

Перинатальная смертность (один из наиболее важных показателей) в 1,2-2 раза превышает среднестатистический уровень, при этом ее причины многообразны, и выделить ведущую достаточно сложно.

Лабораторные исследования.

С позиций акушер-гинеколога специальных лабораторныйх исследований не требуется.

Инструментальные исследования.

ЭЭГ исследование и определение концентрации АЭП проводится при компенсированном течении эпилепсии — 1 раз в 2 мес и при необходимости может быть более частым, в частности при появляющихся и учащающихся припадках.

При компенсированном течении эпилепсии с ремиссией эпилептических припадков регулярность наблюдения неврологом составляет 1 раз в 2 мес, акушером гинекологом — согласно нормативам. При наблюдающихся парциальных припадках регулярность наблюдения неврологом — 1 раз в месяц; акушером-гинекологом — 1 раз в 2 нед. Следует объяснить беременной с эпилепсией необходимость обращения к эпилептологу при любом учащении эпилептических припадков.

Причинами учащения либо утяжеления припадков могут быть недосыпание, соматическая патология, в том числе положительный водный баланс, нарушение медикаментозного режима и др. Эпилепсия сама по себе не является показанием к стационарному лечению беременной в специализированном неврологическом отделении.

Учитывая тератогенное действие АЭП, все беременные подлежат консультированию генетиком, начиная с I триместра беременности.

Начиная с 26-й нед беременности, показано проведение кардиотокографического исследования с объективной оценкой показателей моторики матки и состояния плода.

В настоящее время эффективных методов профилактики не существует. Профилактика симптоматических форм эпилепсии заключается в минимизации риска перинатальной патологии, адекватном и своевременном лечении заболевания и его осложнений.

Эпилепсия относится к группе хронических заболеваний (наряду с сахарным диабетом, бронхиальной астмой, гипертонической болезнью, тромбоцитопенической пурпурой, системной красной волчанкой и др.), при которых постоянный прием медикаментов жизненно необходим, в том числе и во время беременности.

Собственно терапия эпилепсии у женщин детородного возраста должна проводиться с учетом возможного наступления беременности и начинается практически с детского возраста, когда данные вопросы обсуждаются с родственниками больной девочки. Начиная с пубертатного периода, врачом озвучиваются вопросы контрацепции, планирования беременности, необходимости регулярного приема АЭП, обсуждается вероятность наследования ребенком эпилепсии и развития врожденных дефектов на фоне приема АЭП.

В вопросах планирования семьи использование гормональных контрацептивов

является одним из важных факторов предотвращения нежелательной беременности. Считается, что применение гормональных контрацептивов не оказывает влияния на частоту и тяжесть эпилептических припадков. Вместе с тем совместное назначение АЭП, обладающих энзим-индуцирующими свойствами (на систему цитохрома Р450), и гормональных контрацептивов в 8 % способствует возникновению нежелательной беременности за счет ускоренного метаболизма гормональных составляющих. Для предотвращения этого эффекта рекомендуется в комбинированных эстроген-гестагенных препаратах увеличивать суточную дозу эстрогенов до 0,05-0,08 мг по сравнению со стандартной 0,035 мг.

Монокомпонентные прогестерон-содержащие гормональные контрацептивы считаются неприемлемыми в плане предотвращения беременности при совместном применении с фермент-индуцирующими АЭП.

Использование гормональных контрацептивов длительного действия — медроксипрогестерона ацетат (депо-провера) совместно с энзим-индуцирующими АЭП возможно, но если укорачивается интервал до последующей инъекции с 12 до 10 нед, а применение импланта левоноргестрела у больных, принимающих фермент-индуцирующие АЭП, неэффективно.

Прием гормональных контрацептивов после незащищенного полового контакта требует удвоенной дозы гормонов на фоне фермент-индуцирующих АЭП.

При любых сомнениях относительно эффективности гормональных контрацептивов у больных эпилепсией женщин следует рекомендовать барьерные методы контрацепции.

Прегравидарная подготовка осуществляется в тесном сотрудничестве больной и ее родственников, невролога, акушера-гинеколога и генетика. Беременность у больных эпилепсией женщин должна планироваться. Основная цель, стоящая перед неврологом, заключается в достижении медикаментозной ремиссии заболевания. Оптимальная терапия эпилепсии до зачатия подразумевает использование монотерапии препаратом, обладающим наилучшим соотношением эффективность/тератогенез при данном эпилептическом синдроме (типах припадков).

Должны применяться минимальные дозировки АЭП с целью предотвращения всех видов приступов, либо, если не удается элиминировать все припадки — попытаться исключить генерализованные судорожные, как наиболее неблагоприятно влияющие на здоровье матери и плода. Для исключения значительных колебаний концентрации препарата в крови рекомендуется более частый дробный прием либо применение форм препаратов с контролируемым высвобождением активного вещества, а также применение терапевтического лекарственного мониторинга.

Исходя из принципов партнерства врач—больной, все больные эпилепсией женщины информируются врачом о возможных осложнениях беременности, риске врожденной патологии и вероятности наследования ребенком эпилепсии.

С целью предотвращения врожденных аномалий показано назначение фолиевой к-ты (по 3-5мг/сутки в 3 приема) до зачатия и на протяжении I триместра беременности (до 13 нед).

При приеме препаратов, обладающих энзиминдуцирующими свойствами (карбамазепин, фенобарбитал, фенитоин, окскарбазепин), возможно повышение уровня ферментов печени — ЛДГ, АСТ, АЛТ, ГГТ и ЩФ, поэтому целесообразно провести комплекс мероприятий, направленных на компенсацию функции печени. С этой целью можно использовать гепатопротектор — эссенциале (по 2 кап. 3 раза в сутки, курсами по 4 нед) или препарат комплексного действия хофитол (по 2 таблетки 3 раза в сутки, курсами по 4 нед).

Акушер-гинеколог проводит лечение с целью нормализации менструальной функции (до 40 % пациенток имеют различные нарушения менструального цикла); при необходимости им также (совместно с терапевтом) проводится терапия анемии (по

нашим данным, анемия наблюдается у больных с эпилепсией в 37,2 %). Предпочтительно использование Ферро-Фольгамма (по 1-2 кап. 3 раза в сутки, курсами по 6 нед). Препарат помимо 37 мг железа содержит 5 мг фолиевой кислоты и 10 мкг витамина B_{12}.

Желательно консультирование беременной генетиком с целью исключения наследственной патологии. Риск развития эпилепсии у детей, матери которых страдают данным заболеванием, в среднем выше в 3 раза при сравнении с общей популяцией. Если же эпилепсией страдает отец, то вероятность развития эпилепсии у ребенка минимальна. Вместе с тем, частота наследования эпилептических припадков в структуре различных эпилептических синдромов существенно отличается, достигая 10% среди сиблингов (родные братья и сестры, но не близнецы) при роландической эпилепсии и 3-4 % при парциальной симптоматической или криптогенной. При ювенильной абсансной и ювенильной миоклонической эпилепсиях риск ее наследования достигает 10 % для сиблингов и приблизительно 7% для новорожденных. Частота наследования фебрильных судорог требует специального рассмотрения, но в среднем приводятся цифры порядка 10 %.

Согласно приказу № 736 МЗ РФиСР от 5 декабря 2007 года показаниями к прерыванию беременности у больных с эпилепсией является тяжелое ее течение при наличии частых приступов, резистентных к противоэпилептической терапии, и эпилептических психозов.

Идеальным условием для наступления беременности у пациенток с эпилепсией является стойкая медикаментозная ремиссия заболевания, однако и достижение субкомпенсации заболевания с редкими эпилептическими припадками является достаточно благоприятным фоном для зачатия.

При адекватном взаимодействии врача эпилептолога, акушера, генетика, специалиста УЗИ, самой больной и ее родственников, наличии оснащенной клинической лаборатории прогноз рождения соматически здорового ребенка приблизительно 100 %.

МИОПИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Алгоритм диспансерного наблюдения беременных с миопией

Тактика ведения беременных с миопией принципиально не отличается от общепринятой. Диспансерное наблюдение осуществляется с момента установления факта беременности (I скрининг). Проводится общее обследование беременной, консультации смежных специалистов.

При взятии на учет в женской консультации необходимо выяснить причину возникновения миопии, ее характер (прогрессирующая или стационарная миопия), данные об офтальмоукрепляющих и офтальмокорригирующих операциях. Необходимы сведения о течении предыдущих беременностей и родов, об осложнениях, приводящих к ухудшению зрения. При первой консультации офтальмологом необходимо проведение исследований: офтальмоскопия с подробным описанием глазного дна. В случае осложненной миопии высокой степени, ее прогрессировании или выявлении дегенеративных изменений требуется направление в специализированные офтальмологические учреждения для обследования и получения рекомендаций о тактике родоразрешения.

При неосложненной миопии высокой и средней степени, начальных и умеренных изменениях глазного дна, отсутствии экстрагенитальной патологии и осложнений беременности дальнейшее наблюдение офтальмологом проводится в 28-30 нед для выявления очаговых изменений на глазном дне (II скрининг) и в 37-38 нед для решения вопроса о методе родоразрешения (III скрининг).

Осложнения беременности

Физиологически протекающая беременность при наличии миопии отрицательного влияния на зрительные функции практически не оказывает.

Группу высокого риска по развитию офтальмологических осложнений составляют беременные с артериальной гипо- и гипертензией, анемией и гестозом, у которых выявлен выраженный дефицит кровообращения глазного региона.

***Изменения глазного дна при артериальной гипертензии следующие*:**

Сужение и неравномерность калибра артерий, расширение вен. Артериальное дерево — бледное из-за тонического сокращения артерий, а венозное — полнокровное, за счет венозного застоя крови. При гипертонической ретинопатии поражаются не только сосуды, но и ткань сетчатки, а нередко и ДЗН (нейроретинопатия).

Ретинопатия при гестозах беременных возникает остро, чаще во второй половине беременности. При ретинопатии беременных наблюдаются те же морфологические изменения, что и при гипертонической болезни, но сужение артерий при гестозах изменчиво, склероз сосудов нетипичен, редко возникает острая непроходимость сосудов сетчатки, и все изменения обычно исчезают после родов. Прогноз для зрения обычно благоприятный, но становится более серьезным, если гестоз развивается на фоне почечной патологии или гипертонической болезни.

В случае неэффективности симптоматического лечения гестоза или фонового заболевания, особенно в тех случаях, когда патологические изменения глазного дна прогрессируют (кровоизлияние в сетчатку, отек ДЗН, отслойка сетчатки), а АД не снижается, показано прерывание беременности.

Решение о прерывании беременности или досрочном родоразрешении зависит от общего состояния больной, срока гестации, характера и динамики изменений глазного дна и решается индивидуально.

При декомпенсации экстрагенитального заболевания или возникновении акушерских осложнений дополнительное обследование и терапия проводятся в условиях стационара. В амбулаторных условиях возможно лечение раннего токсикоза легкой степени, умеренной анемии, водянки.

Если во время беременности произошла отслойка сетчатки, не связанная с осложнениями беременности, или выявлены новые очаги ПВХРД, предпочтительно проведение отграничивающей лазерокоагуляции сетчатки, которая считается наиболее эффективным и наименее травматичным способом профилактики прогрессирования отслойки сетчатки.

В этих случаях пациентки наблюдаются до родов ежемесячно, и при последнем осмотре (за 4 нед до родов) при надежной блокаде разрывов им дается заключение о возможности родоразрешения через естественные родовые пути.

Оптимальные сроки проведения лазерохирургической операции — 20-32 нед беременности, что позволяет подготовить женщину к родам и избежать хирургического вмешательства — кесарева сечения по офтальмологическим показаниям.

Всем беременным с миопией с целью предупреждения осложнений целесообразно назначение ряда препаратов.

- Глюконат кальция 0,5 г в день перед едой в течение 10 дней (II-III триместр).
- Рутин 0,02 г 2-3 раза в день в течение 3 недель (I—II- III триместр).
- Аскорбиновая кислота 0,1 г 2-3 раза в день в течение 3 недель (II-III триместр).
- Сосудорасширяющие препараты: но-шпа 1 таблетка (40 мг) 3 раза в день или галидор 1 таблетка (100 мг) 3 раза в день (III триместр)
- С 20 нед гестации: ксантинола никотинат по 1 таблетке (150 мг) 3 раза в день в течение 2-3 недель.
- Препараты комплексного действия: актовегин по 1 таблетке (200 мг) 2 раза в день (21 день) или 400 мг в/в (не менее 5 дней) для улучшения обменных процессов.

Наиболее эффективно применение препарата в случае проведения лазерокоагуляции сетчатки. Данные препараты широко применяются как в офтальмологии, так и в акушерской практике.

Родоразрешение беременных с миопией

Абсолютными показаниями к операции кесарева сечения со стороны глаз являются:

- ✓ сочетание осложненной миопии высокой степени с другой экстрагенитальной или акушерской патологией;
- ✓ отслойка сетчатки, диагностированная и прооперированная при доношенном сроке гестации;
- ✓ осложненная миопия высокой степени или отслойка сетчатки на единственном зрячем глазу.

Относительные показания к кесареву сечению:

- ✓ наличие новых очагов ПВХРД;
- ✓ отслойка сетчатки в анамнезе.

Родоразрешение беременных с миопией через естественные родовые пути связано с возможным возникновением отслойки сетчатки и резким ухудшением зрительных функций. Причину возможной отслойки сетчатки связывают с повышенной нагрузкой и значительными изменениями общей гемодинамики в процессе родового акта и, особенно, во время потуг.

Критерии, которые являются основными при отборе беременных на самопроизвольные роды, следующие:

- ➢ удовлетворительное состояние беременной (отсутствие тяжелых экстрагенитальных заболеваний, патологии гениталий и тяжелых осложнений беременности);
- ➢ удовлетворительное состояние плода.
- ➢ готовность организма беременной к родам в 38- 40 недель гестации;
- ➢ заключение офтальмолога о возможности проведения родов *per vias naturales;*
- ➢ согласие пациентки о ведении родов через естественные родовые пути, а также в случае необходимости на применение акушерских щипцов (АЩ) или вакуум-экстрактора (ВЭ).

Особенности течения родов у женщин с миопией в основном определяются акушерскими осложнениями и не имеют специфических отличий.

Возникающие во время родов показания к кесареву сечению не отличаются от традиционных: это аномалии родовой деятельности, не поддающиеся медикаментозной коррекции, острая гипоксия плода, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и др.

Изменения в системе кровообращения, в том числе глазного, зависят от таких факторов, как реакция на боль, эмоциональное и физическое напряжение. Поэтому подготовка беременных к родам, направленная на снятие эмоционального напряжения, адекватное обезболивание и рациональное их ведение позволяют предупредить осложнения со стороны органа зрения. Наиболее благоприятное влияние на гемодинамику оказывает ЭА, которая обеспечивает ее стабильность, создавая возможность ведения родов через естественные родовые пути путем ограничения потуг у рожениц с осложненной миопией высокой степени.

В тех случаях, когда имеются противопоказания для проведения ЭА (деформация позвоночника, воспалительные поражения кожи спины, неврологические заболевания: менингит, полиомиелит, сосудистые заболевания мозга, проведение

роженице антикоагулянтной терапии, нежелание пациентки подвергаться процедуре), возможен альтернативный метод ограничения потуг у пациенток с осложненной миопией высокой и средней степени — АЩ или ВЭ.

Показания к различным видам анестезиологического пособия в родах при миопии следующие:

- при неосложненной миопии средней и высокой степени возможно медикаментозное обезболивание наркотическими анальгетиками;
- при осложненной миопии средней и высокой степени ограничение физического напряжения в родах может быть достигнуто с помощью проведения ЭА;
- при осложненной миопии средней или высокой степени (при отсутствии новых грубых дегенеративных изменений на глазном дне) или если во время беременности (36-40 нед) производилась лазерная коагуляция сетчатки ограничение потуг возможно с помощью ВЭ;
- при повторных родах или быстром их течении (осложненная миопия) возможно применение пудендальной анестезии.

Эпидуральная аналгезия (ЭА) проводится по общепринятой методике: введение анестетика начинается в конце латентной фазы родов (при открытии шейки матки на 3-4 см) и продолжается и во втором периоде родов, но в половинной дозировке по сравнению с первым периодом родов, чтобы избежать расслабления мышц брюшного пресса. В процессе родоразрешения необходимо применение препаратов, улучшающих глазное кровообращение, вазодилататоров (но-шпа, галидор и др.). Применение утеротонических препаратов не противопоказано.

В послеродовом периоде у родильниц с близорукостью происходит улучшение кровенаполнения глаза. Ухудшение зрения наблюдается редко, только при сочетании близорукости с артериальной гипертензией, и поэтому лечение гестоза после родов необходимо продолжить

В послеродовом периоде родильницам с миопией необходима консультация офтальмолога, а также динамическое наблюдение специалистом в течение одного года после родов.

Риск отслойки сетчатки с каждой следующей беременностью не возрастает, так как повторные роды обычно проходят легче первых, но регулярный осмотр офтальмологом необходим во время каждой беременности.

Необходимо отметить, что проведение офтальмологических операций (склеропластика, ПСУ, лазерокоагуляция сетчатки, РФК, LASIK) у пациенток с миопией, как и все офтальмологические проблемы, следует решить на этапе планирования беременности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. В. Н. Серова, Г. Т. Сухих. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. М.- ГЭОТАР-Медиа, 2013г.;
2. В.Н. Серов. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии. Руководство. М.- ГЭОТАР-Медиа, 2011г.;
3. Дистлер В., Рин А. Перевод с нем. / Под ред. В.Е. Радзинского. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии. М.- ГЭОТАР-Медиа, 2010г.;
4. Бекманн Ч., Ф. Линг, Б. Баржански. Акушерство и гинекология. М-Медицинская литература, 2004г.;
5. Под ред. проф. О.В. Макарова. Акушерство. Клинические лекции. М.- ГЭОТАР-Медиа,2007г.;
6. Под ред. Э. К. Айламазяна, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. Акушерство. Национальное руководство. М. -ГЭОТАР-Медиа, 2013г.;
7. ДеЧерни А. Х., Натан Л.. Акушерство и гинекология. М.-МЕДпресс-информ, 2009г.;
8. Под ред. В.И. Кулакова. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. М.- ГЭОТАР-Медиа, 2008г.;
9. Под ред. Ю.Э. Доброхотовой. Клинические лекции по акушерству и гинекологии. Руководство. М.- ГЭОТАР-Медиа, 2009г.
10. А.И. Давыдова. Клинические лекции по акушерству и гинекологии. Том 1. Акушерство. М.- Медицина, 2009г.;
11. Е.И. Баранова. Артериальная гипертензия у беременных//Артериальная гипертензия. 2006.Т.12.№ 1.;
12. Л.Ф. Бартош, И.В. Дорогова, В.Д. Усанов, К.Ю. Ермаков. Оценка суточного профиля артериального давления у беременных. Пенза: Из-во Пенз. Гос. Ун-та, 2003г;
13. В.И. Краснопольский, Л.С. Логутова, В.А. Петрухин, В. М. Гурьева, С.Р. Мравян, М. В. Капустина, Ф.Ф. Бурумкулова, Т.В. Реброва, Е.Б. Цивцивадзе, Ю. Б. Котов. Суточное мониторирование артериального давления у беременных/ /Пособие для врачей МЗ МО. М., 2008г.;
14. В.И. Краснопольский, Л.С. Логутова, В.А. Петрухин, Ю.Б.Котов, В.М.Гурьева, М.В.Капустина, С.В.Новикова, Т.В.Реброва. Диагностика тяжелых форм гестоза у беременных//Медицинская технология. М., 2006г.;
15. В.С. Орлова , О.С. Борзенкова, С. А. Логунова, С. А. Струкова. Исходы беременности, осложненной гестозом / Материалы VI Российского форума «Мать и дитя». 12-15 октября 2004г.
16. Г.М. Савельева, В.П. Кулаков, В.Н. Серов, А.Н. Стрижаков, Р.И. Шалина, Л.Е. Мурашко, А.Н. Дюгеев. Современные походы к диагностике, профилактике и лечению гестоза / Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов . №3 (5). 2001г.;
17. А.Н. Стрижаков, И.В. Игнатко, В. Д. Дуболазов. Фето- плацентарная недостаточность у беременных с тестовом / Материалы VI Российского форума «Мать и дитя». М. 12-15 октября 2004г.;
18. М.И. Балаболкин, Е.М. Клебанова, В.М. Креминская. Дифференциальная диагностика и лечение эндокринных заболеваний. М., 2002г;
19. А. Г. Чучалин, А. И. Синопальников, Л. С. Стручунский и др. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Клин, микроб, антимикроб, химиотер. №8. 2006г.;
20. П. В.Глыбочко, И. В.Михайлов, М. И. Чехонацкая, Т. Ю. Храбров. К вопросу о предикторах течения острого гестационного пиелонефрита /Вестник ВолГМУ. № 1., 2006г.;

21. Б. Л. Гуртовой, А. И. Емельянова, О. А. Пустотина. Инфекции мочевыводящих путей у беременных и родильниц. Трудный пациент. № 9. 2005г.;
22. Н. А. Данкович. Беременность и пиелонефрит / Репродуктивное здоровье женщины. №3. 2005г.;
23. В. А. Каптильный Современные подходы к диагностике и лечению инфекции мочевыводящих путей во время беременности//Врач. — №11 .2007г.;
24. Н. К. Дзеранов. Лечение мочекаменной болезни — комплексная медицинская проблема. Качество жизни. М.: Медицина, №2. 2005г.;
25. А. А. Довлатян. Острый пиелонефрит беременных. М.: Медицина, 2004г.;
26. Захарова Е. В. Нефрологические аспекты беременности (диагностика, тактика, прогноз) / Гинекология. №6(10). 2008г.;
27. О. В. Козинова, М. М. Шехтман. Мочекаменная болезнь и беременность//Гинекология. Т. 8 (4).2006г.;
28. Н. Л. Козловская. Почки и беременность/В кн.: Нефрология. Под редакцией Е.М. Шилова. — М.: ГЭОТАР- Медиа, 2007г.;
29. Н. В. Орджоникидзе, А. П.Емельянова, В. О. Панов, М. И. Кесова, С. Ю. Потапова. Беременность и роды при заболеваниях мочевыводящих органов/Под ред. акад. РАМН Г. Т. Сухих. М., 2009г.;
30. В. А. Рогов, Н. Б. Гордовская. Почки и беременность: Нефрология/Под ред. И.Е. Тареевой. М.: Медицина, 2000г.;
31. М. М. Шехтман. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных, IV издание. М.: Издательство «Триада-Х», 2008г.;
32. Н. Л. Козловская. Почки и беременность в кн.: Нефрология/ Под ред. Е. М. Шилова. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2007г.;
33. П.Н.Власов, В.А.,Петрухин, Г.И.Наумова. Сопутствующая патология со стороны женской половой сферы и беременность при эпилепсии/ Качественная клиническая практика , № 3.2005г.;
34. В.А. Карлов. Эпилепсия у женщин / Журнал невропатологии и психиатрии. Эпилепсия. Приложение к журналу, № 1.2006г.;
35. В.А.Карлов, П.Н. Власов, В.А. Петрухин, В.И. Краснопольский. Особенности терапии эпилепсии во время беременности. Мет.указания МЗ РФ № 130/2001г.;
36. Лекарственные средства, применяемые в акушерстве и гинекологии/ Под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Серова, Ю.И. Барашнева. — М: ГЭОТАРМЕД, 2004г.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»
Медицинский институт
Кафедра акушерства и гинекологии

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «Акушерство»

Код направления подготовки (специальности)	31.05.03
Направление подготовки (специальности)	Стоматология
Квалификация выпускника	Врач- стоматолог
Форма обучения	Очная

Грозный

СОДЕРЖАНИЕ

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся.
2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий.
3. Методические рекомендации по выполнению рефератов.
4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций.
5. Организация самостоятельной работы обучающихся при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям.
6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной практики

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся

Самостоятельная работа по дисциплинам является обязательным элементом федеральных государственных образовательных стандартов по программам высшего образования.

Самостоятельная работа обучающегося – организационная форма обучения - система педагогических условий, обеспечивающих управление учебной деятельностью обучающихся по освоению знаний и умений в учебной и научной деятельности без посторонней помощи.

Самостоятельная работа обучающихся является специфическим педагогическим средством организации и сопровождения самостоятельной деятельности обучающихся в учебном процессе.

Цели

К целям самостоятельной работы относится:

— формирование способностей у обучающегося к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;

— развитие исследовательских умений.

— фиксирование и систематизирование полученных теоретических познаний и практического опыта; формирование умений использовать научную, правовую, справочную и специальную литературу;

— развитие познавательных способностей и инициативности обучающихся, ответственность, организованность, стремление к саморазвитию; формирование умения правильно пользоваться полученным ранее материалом, собранным в процессе самостоятельного наблюдения, выполнения заданий различного характера.

Формы самостоятельной работы

При обучении используются следующие виды и формы самостоятельной работы:

— подготовка к практическим занятиям;

— подготовка и написание рефератов; - подготовка докладов на заданные темы рефератов, либо выбранные по заданному направлению;

— изучение и систематизация нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность в сфере обращения лекарственных средств в части организационно-управленческих вопросов с использованием информационно-справочных систем «Консультант Плюс», «Консультант врача», компьютерной сети «Интернет»;

— изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодической литературы с использованием электронных библиотечных систем, официальных статистических данных, научной периодики; - создание презентации;

— подготовка к устному опросу, к дискуссии;

— тестирование;

— решение ситуационных задач;

— подготовка к текущей, промежуточной аттестации и т.д.

Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет в начале каждого семинарского/практического занятия.

Контроль результатов аудиторной самостоятельной работы осуществляется в пределах времени, отведенного на практические занятия по дисциплине. В зависимости от сложности познавательной деятельности при изучении дисциплин используется три уровня самостоятельной работы:

— репродуктивная самостоятельная работа, которая включает изучение основной и дополнительной рекомендованной литературы, изучение методических рекомендаций к занятию, решение типовых задач, ситуаций;

— реконструктивная самостоятельная работа включает в себя подготовку к презентациям, сообщениям по заданной теме, решение профессиональных задач, моделирование профессиональной деятельности;

— творческая самостоятельная работа включает анализ, обобщение и систематизацию научных и нормативно-правовых документов, самостоятельное составление ситуаций, задач, проектов, составление выступлений по проблемам профессиональной деятельности. Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет на семинарском/практическом занятии.

Самостоятельная работа начинается с изучения рабочей программы дисциплины, отражена в рабочих программах дисциплин.

Для конспектирования лекционного материала, а также выполнения семинарских/практических работ требуются рабочие тетради.

Самостоятельная работа обучающегося подразделяется на аудиторную и внеаудиторную самостоятельную работу

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплинам выполняется на учебных занятиях (семинарские или практические) под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Основными видами аудиторной самостоятельной работы являются:

— выполнение практических работ;

— работа с нормативно-правовыми документами в области обращения лекарственных средств;

— решение ситуационных/симуляционных задач;

— презентация результатов научно-исследовательской работы по заданным темам

Выполнение практических работ осуществляется на семинарских/практических занятиях в соответствии с графиком учебного процесса и расписанием занятий.

Работа с основной, дополнительной литературой, эмпирическими и статистическими данными, как правило, основана на изучении документов и данных, их обобщении и представлении.

Решение ситуационных задач используется на семинарских/практических занятиях. Проблемная/ситуационная задача должна иметь четкую формулировку, к ней должны быть поставлены вопросы, ответы на которые необходимо найти и обосновать.

Критерии для оценки каждого вида аудиторной самостоятельной работы обучающегося разрабатываются преподавателем для конкретной дисциплины /цикла из предложенного перечня критериев оценки результатов аудиторной самостоятельной работы:

— уровень освоения учебного материала;

— умение использовать теоретические знания при выполнении лабораторных, практических, ситуационных, симуляционных задач;

— сформированность заявленных умений по теме аудиторного занятия;

— обоснованность и четкость изложения ответов;

— оформление материала в соответствии с требованиями, заявленными в задании;

— уровень самостоятельности обучающегося при выполнении аудиторной самостоятельной работы.

Внеаудиторная самостоятельная работа является элементом каждой темы дисциплин.

Планирование времени, необходимого на внеаудиторное самостоятельное изучение дисциплин, обучающие должны осуществлять весь семестр, предусматривая при этом регулярное повторение материала.

Материал, законспектированный на лекциях, необходимо регулярно прорабатывать и дополнять сведениями из других источников литературы, представленных не только в программах дисциплин, но и в периодических профильных научных изданиях, материалах конференций.

При изучении дисциплин сначала необходимо по каждой теме прочитать рекомендованную литературу и составить краткий конспект основных положений, терминов, сведений, требующих запоминания и являющихся основополагающими в этой теме для освоения последующих тем курса. Для расширения знания по дисциплине

рекомендуется использовать Интернет-ресурсы; проводить поиски в различных системах и использовать материалы сайтов, рекомендованных преподавателем.
При выполнении самостоятельной работы по написанию реферата необходимо: прочитать теоретический материал в рекомендованной литературе, периодических изданиях, на Интернет-сайтах; творчески переработать изученный материал и представить его для отчета в форме реферата, проиллюстрировав схемами, диаграммами, фотографиями и рисунками.
Тексты докладов и рефератов должны быть изложены внятно, простым и ясным языком.
Для обеспечения внеаудиторной самостоятельной работы по каждой теме дисциплин/блоку разработаны:
а) перечень основной и дополнительной литературы;
б) вопросы для самоконтроля.
При выполнении внеаудиторной самостоятельной работы обучающийся имеет право обращаться к преподавателю за консультацией с целью уточнения задания, формы контроля выполненного задания.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы отражается в индивидуальном плане после выполнения внеаудиторной самостоятельной работы.
Критерии оценки внеаудиторной работы формируются преподавателем самостоятельно для каждого вида работы. Основными критериями оценки внеаудиторной работы обучающегося выступают:
- уровень освоения материала;
- уровень умения использовать теоретические знания при выполнении заданий, решении ситуационных задач;
- обоснованность и четкость изложения ответов,
- результаты тестирования по шкале оценок;
- уровень умения использовать электронные образовательные ресурсы;
- умение четко формулировать проблему, предложив ее решение, критическая оценка последствий решения;
- уровень умения сформулировать собственную позицию и аргументировать ее.

Качество выполнения внеаудиторной самостоятельной работы оценивается посредством текущего контроля самостоятельной работы обучающегося. Текущий контроль представляет собой форму планомерного контроля качества и объема осваиваемых компетенций в процессе изучения конкретной дисциплины, проводится на семинарских/практических занятиях и во время индивидуальной работы преподавателя с обучающимися.

Шкала оценивания внеаудиторной самостоятельной работы:
Зачтено – задание выполнено полно и правильно, изложено в правильных нормативных формулировках с использованием точного понятийного аппарата, с использованием рекомендованных источников литературы, продемонстрировано умение формулировать проблему, предложены пути ее решения, проведена критическая оценка последствий такого решения, а также умение формулировать собственную позицию и аргументировать ее.
Не зачтено – обучающийся не выполнил задание либо выполнил не в полном объеме, демонстрирует несформированность понятийного аппарата по теме, отсутствие умения формулировать проблему, обобщать материал, не может аргументировать свой ответ.

2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий

Практическое занятие - вид учебных занятий, при котором в результате предварительной работы над учебным материалом преподавателя и студента, в обстановке их контактной работы в аудитории решаются задачи познавательного и воспитательного характера.
Цель такой формы обучения – углубленное изучение дисциплины, закрепление полученного теоретического материала в форме внеаудиторной самостоятельной работы, овладение методологией научного познания и формирования базовых умений. Немаловажным преимуществом практических занятий является и формирование навыков профессиональной дискуссии.
Задачи практических занятий:

- мотивация к регулярному изучению теоретического учебного материала, основной, дополнительной литературы;
- закрепление теоретических знаний, полученных при прослушивании лекций и во время внеаудиторной самостоятельной работы;
- получение навыков устного и публичного выступления по теоретическим вопросам, включая навыки по свободному оперированию организационными и управленческими понятиями и категориями;
- формирование навыков по универсальным и профессиональным компетенциям;
- возможность преподавателю систематически контролировать как самостоятельную работу студента, так и свою работу.

Практические занятия проводятся по плану.
Каждая тема практического занятия, как правило, включает: цель занятия, перечень основных и дополнительных источников литературы, вопросы к устному обсуждению на занятии, ситуационные задачи и перечень заданий, которые обучающиеся самостоятельно должны решить на практическом занятии.
Каждое практическое занятие посвящено, как правило, изучению нескольких компетенций и включает три основных этапа.
Первый этап - устный опрос по заранее сформулированным вопросам либо представление докладов/презентаций, подготовленных в рамках внеаудиторной самостоятельной работы по заранее сформулированным требованиям. Важнейшей частью этапа, является обсуждение представленных докладов/презентаций. Цель преподавателя – организовать обмен мнениями, дискуссию в группе, скорректировать уровень подготовленности студентов.
Одним из возможных элементов первого этапа является решение ситуационных задач, которые максимально приближены к профессиональной деятельности.
Требования к ответам обучающихся – самостоятельность в подборе фактического материала и аналитическом отношении к нему, умение рассматривать примеры и факты во взаимосвязи и взаимообусловленности, отбирать наиболее существенные из них.
Для оценивания первого (теоретического) этапа занятия используются знания, умения, владения, которые заявлены на каждое занятие:
1) знание учебного материала и владение понятийным аппаратом по теме занятия;
2) умение связывать теорию с практикой;
3) умение иллюстрировать ответ примерами, фактами, данными научных исследований;
4) умение применять теоретические знания при решении ситуационных задач.
Второй этап – аудиторное самостоятельное выполнение семинарских /практических заданий, которые обучающийся выполняет индивидуально либо в группе, если такое предусмотрено заданием.
В процессе выполнения самостоятельной аудиторной работы обучающийся имеет право на получение индивидуальных консультаций у преподавателя.
По окончании выполнения аудиторной самостоятельной работы обучающийся сдает отчет о выполнении самостоятельных лабораторных заданий преподавателю, который оценивается по шкале «зачет/незачет».
Критерии оценивания практического занятия осуществляются по следующим критериям:

1. своевременное выполнение внеаудиторной самостоятельной работы по изучаемой теме;
2. демонстрируемый обучающимся уровень усвоения заявленной к освоению компетенции (знания, умения, навыки);
— хорошее знание и уверенное владение на занятии теоретическим содержанием учебного материала;
— адекватное применение теоретического материала к решению ситуационных задач, заданий для аудиторной самостоятельной работы;
— умение аргументировать свои решения, развернуто отвечать на дополнительные вопросы преподавателя.
3. Соблюдение организационных и дисциплинарных требований, предъявляемых к обучающемуся на семинарских/практических занятиях: аккуратный внешний вид, соблюдение дисциплины на занятиях, полнота и своевременность представления выполненных заданий в полном объеме (не позднее даты окончания занятия и в полном соответствии с предъявляемыми к их содержанию и качеству оформления).
Третий этап – заключительный. Преподаватель дает общую оценку уровня подготовленности обучаемых к практическим занятиям, характеризует активность каждого обучающегося на занятии и озвучивает оценки каждому обучающемуся с их обоснованием.

Шкала оценивания осуществляется по четырехбалльной шкале (таблица 2)

Критерии оценивания лабораторного/практического занятия	Шкала оценок
Полное соответствие работы обучающегося требованиям. Обучающийся демонстрирует уверенные знания, способен творчески решать поставленные задачи, самостоятельно демонстрирует умения, обладает некоторыми навыками. Обучающийся успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, демонстрирует глубокое теоретическое знание по изучаемой теме, умение его применять на практике (в установленный срок сдал протоколы занятия/представил и защитил доклады/презентации и др.).	Отлично
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует хорошее знание материала, способен творчески решать поставленные задачи, демонстрирует базовые умения. Обучающийся выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, содержатся отдельные пробелы в умении применить полученные теоретические знании к решению ситуационных задач .	Хорошо
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует знание базового материала, способен решать поставленные задачи под руководством преподавателя, освоил базовые умения. Успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, но затрудняется интерпретировать его практически.	Удовлетвори тельно
Работа не соответствует требованиям.	Неудовлетво рительно

3. Методические рекомендации по организации и выполнению рефератов
Реферат предусматривает углубленное изучение дисциплины, способствует развитию навыков самостоятельной работы с литературными источниками.
Реферат – краткое изложение в письменном виде содержания научного труда по предоставленной теме. Это самостоятельная научноисследовательская работа, где

обучающийся раскрывает суть исследуемой проблемы с элементами анализа по теме реферата. Приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на проблемы темы реферата.
Содержание реферата должно быть логичным, изложение материала носить проблемно-тематический характер.
Объем реферата может колебаться в пределах 15-20 печатных страниц.
Основные разделы: оглавление (план), введение, основное содержание, заключение, список литературы.
Текст реферата должен содержать следующие разделы:
— титульный лист реферата (приложение 2);
— ведение, актуальность темы.
— основной раздел.
— заключение
— список литературных источников
Список литературных источников- библиографическое описание используемых источников литературы, в том числе и интернет-источников, оформленное по ГОСТ 7.1 – 2003; 7.80 – 2000; должен иметь не менее 10 библиографических названий, включая сетевые ресурсы.
Текстовая часть реферата оформляется на листе следующего формата:
— отступ сверху – 2 см;
— отступ слева – 3 см;
— отступ справа – 1,5 см;
— отступ снизу – 2,5 см;
— шрифт текста: Times New Roman, высота шрифта – 14, пробел – 1,5;
— нумерация страниц – снизу листа. На первой странице номер не ставится.
Реферат должен быть выполнен грамотно с соблюдением культуры изложения. Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу, включая периодическую литературу за последние 5 лет.
Критерии оценки реферата:
— актуальность темы исследования;
— соответствие содержания теме;
— глубина проработки материала;
— правильность и полнота разработки темы;
— значимость выводов для дальнейшей практической деятельности;
— правильность и полнота использования литературы;
— соответствие оформления реферата стандарту;
— качество сообщения и ответов на вопросы при защите реферата.
Практическое занятие по защите рефератов может проводиться в качестве «круглого стола» в форме представления докладов, посвященных теме занятия, по следующим этапам:
Этап 1. Каждый обучающийся представляет собственный доклад (обязательно использование презентации) по выбранной теме. Доклад 5-7 минут. Обсуждение доклада, вопросы – 2-3 минуты.
Этап 2. Оценка докладов и презентаций, представленных в группе (таблица 3).

Таблица 3 - Шкала оценки докладов на практическом занятии

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Доклад четко выстроен, сопровождается презентацией, отражающей проблематику доклада, имеет четкие выводы, полностью характеризующие работу. Автор отлично ориентируется в материале и	Отлично

отвечает на все вопросы, владеет специальной терминологией. 2. Обучающийся активно участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	
1. Доклад структурирован, презентация не отражает в полной мере содержание доклада, допущены неточности, выводы нечеткие. Автор затрудняется ответить на вопросы, слабо использует специальную терминологию. 2. Обучающийся участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	Хорошо
1. Доклад структурирован, содержание не полностью раскрывает цель доклада, отсутствует презентация. 2. Обучающийся пассивен при обсуждении докладов других обучающихся из группы	Удовлетвори тельно
1. Доклад не структурирован/отсутствует, презентация отсутствует. Автор не владеет материалом. 2. Обучающийся не участвует в обсуждении докладов.	Неудовлетво рительно

4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций

Создание материалов-презентаций — это вид самостоятельной работы обучающихся по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint.

Этот вид работы требует координации навыков обучающегося по сбору, систематизации, переработке информации, оформления ее в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. Создание презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у обучающихся навыки работы на компьютере.

Презентации готовятся обучающимся в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Обучающийся при подготовке презентации должен выполнить следующий комплекс взаимосвязанных видов самостоятельной работы:

— изучить материалы темы, выделяя главное и второстепенное;

— установить логическую связь между элементами темы;

— представить характеристику элементов в краткой форме;

— выбрать опорные сигналы для акцентирования главной информации и отобразить в структуре работы;

— оформить презентацию в соответствии с рекомендациями (таблица 4), разместить ее в электронной образованной среде университета, к установленному сроку либо представить на практическое/лабораторное занятие.

Таблица 4 - Методические рекомендации по оформлению презентации

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Стиль	1.1 Соблюдайте единый стиль оформления. 1.2 Избегайте стилей, которые будут отвлекать от самой презентации. 1.3 Вспомогательная информация не должны преобладать над основной информацией (текст, рисунки).
2. Фон	Для фона предпочтительнее использовать более холодные тона (синий или зеленый).
3. Использование цвета	3.1 На одном слайде рекомендуется использовать не более трех цветов: один для фона, один для заголовков, один для текста. для фона и текста используйте контрастные цвета. 3.2. Обратите особое внимание на цвет гиперссылок (до и после

	использования).
4 Текст/ представление информации	4.1 Используйте короткие слова и предложения. 4.2. Минимизируйте количество предлогов, наречий, прилагательных. 4.3.Заголовки должны привлекать внимание аудитории. 4.4 Предпочтительно горизонтальное расположение информации. 4.5 Наиболее важная информация должна располагаться в центре экрана. Если на слайде располагается картинка, надпись должна располагаться под ней. 4.6 Наибольшая эффективность достигается тогда, когда ключевые пункты отображаются по одному на каждом отдельном слайде.
5.Шрифты	5.1 Для заголовков не менее 24 5.2 Для информации- не менее 18. 5.3Шрифты без засечек легче читать с большого расстояния. 5.4.Нельзя смешивать разные типы шрифтов в одном тексте 5.5.Для выделения информации следует использовать жирный шрифт, курсив или подчеркивание. 5.6 Нельзя злоупотреблять прописными буквами (они читаются хуже строчных букв).
6.Анимационные эффекты	Возможности компьютерной анимации для оформления презентации необходимо использовать умерено, они не должны отвлекать внимание от содержания информации на слайде.

Критерии оценивания презентаций:

— соответствие содержания теме;

— правильная структурированность информации;

— наличие логической связи изложенной информации;

— эстетичность оформления, его соответствие требованиям;

— презентация выполнена и представлена в срок.

Шкала оценивания презентаций разрабатывается преподавателем и доводится до сведения обучающихся вместе с заданием.

Оценка «Отлично»:

презентация отличается целостностью, логичностью и оригинальностью. Оформление логично, эстетично, не противоречит содержанию доклада. Информация структурирована. Иллюстрации презентации соответствуют содержанию, дополняют информацию о раскрываемой проблеме. Текст доклада, сопровождающего презентацию, излагается обучающимся самостоятельно, с незначительной опорой на печатный текст. Ответы на вопросы преподавателя и аудитории четкие, аргументированные, сопровождаются ссылкой на факты и примеры.

Оценка «Хорошо»:

презентация характеризуется целостностью, логической завершенностью, с незначительными недочетами в логике изложения материала. Оформление эстетично, логично, структурировано. Текст доклада излагается с преимущественной опорой на текст. Ответы на дополнительные и уточняющие вопросы не вносят ясности, преимущественно повторяют содержание презентации.

Оценка «Удовлетворительно»:

презентация характеризуется отсутствием единого стиля в оформлении, ввиду чего информация тяжело воспринимается аудиторией. Сведения, излагаемые обучающимся разрозненные, плохо структурированы и аргументированы. Текст доклада

преимущественно зачитывается, обучающимся допускаются неточности и ошибки в изложении материала. Ответы на дополнительные вопросы затруднительны.
Оценка «Неудовлетворительно»:
оформление презентации не соответствует заявленным требованиям. Работа характеризуется отсутствием единого стиля. Обучающийся представляет разрозненные сведения, которые слабо коррелируют с заявленной темой исследования, текст доклада зачитывается, обучающимся часто допускаются ошибки в изложении материала, допускаются ошибки в использовании научной и профессиональной терминологии. Ответы на дополнительные вопросы обучающийся не дает.

5. Организация самостоятельной работы обучающего при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям

Текущий контроль осуществляется систематически с целью установления уровня овладения заявленными в рабочей программе дисциплины/практики компетенциями при изучении. В течение года в соответствии с программой дисциплины проводятся текущие аттестации. Форма проведения текущей аттестации (письменное / устное собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, защита реферата) определяется руководителем курса и доводится до обучающихся. Вопросы по текущей аттестации доводятся до сведения обучающихся не позднее 3 дней до проведения аттестации.
Подготовка к промежуточной аттестации предполагает систематизацию обучающимся усвоенных в ходе обучения по дисциплинам профессиональных знаний и умений. Программа промежуточной аттестации экзамена имеет обобщающий характер и ориентирует обучающегося в процессе подготовки к нему на актуализацию знаний, умений и навыков, отражающих наиболее существенные компоненты содержания дисциплин, закрепление в профессиональном сознании комплексного и целостного знания.
Подготовка к промежуточной аттестации является формой самостоятельной работы обучающегося. Ее эффективной организации будут способствовать рекомендованные перечни основной и дополнительной литературы, информационных и электронно-образовательных ресурсов, а также список вопросов, которые составляют основу для итогового анализа профессиональной компетентности обучающегося и оценки ее соответствия требованиям ФГОС по компетенциям, закрепленным за дисциплинами. Ориентируясь в перечнях основной и дополнительной литературы, обучающийся может выбрать из них как основополагающие источники, так и те, которые позволят углубить и расширить знания по актуальным проблемам специальностей, систематизировать их и отразить в комплексе.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации рекомендуется составлять развернутый план ответа на вопрос программы экзамена, что обеспечит логическую последовательность изложения материала. Продумывая структуру ответа, необходимо: во-первых, уделить внимание раскрытию теоретической сущности явления или понятий, обозначенных в контрольно-измерительном материале, во-вторых, осветить содержание и закономерности рассматриваемых явлений, отразить состояние их изученности в современной медицине. Обучающийся должен продемонстрировать на промежуточной аттестации владение категориальным аппаратом дисциплин, показать умение использовать знания, полученные при изучении дисциплин для анализа современных тенденций в медицине, применять их для решения профессиональных задач врачей по специальностям.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации обучающемуся рекомендуется использовать весь набор методов и средств современных информационных технологий для изучения содержания отечественной и зарубежной литературы по дисциплине, анализа и оценки ее текущего состояния и перспектив развития.

При подготовке к промежуточной аттестации рекомендуется активно применять следующие образовательные и профессионально-ориентированные технологии:
– информационные технологии – компьютерные технологии, в том числе доступ в Интернет (для получения учебной и учебно-методической информации, представленной в научных электронных журналах и на сайтах библиотек);
– информационно-коммуникационные технологии.
Оценка знаний, умений и навыков, характеризующая этапы формирования компетенций в рамках изучения дисциплины осуществляется в ходе текущей и промежуточной аттестаций.
Форма проведения текущей/ промежуточной аттестации определяется рабочей программой дисциплины. Оценивание компетенций, вынесенных на промежуточную аттестацию в форме экзамена, осуществляется по четырехбалльной шкале:
оценка «отлично» - 5 баллов
оценка «хорошо» - 4 балла
оценка «удовлетворительно» - 3 балла
оценка «неудовлетворительно» - 2 балла.
При сдаче промежуточной аттестации в форме зачета:
«зачтено» - 3-5 баллов или «не зачтено» - 2 балла.

6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной(клинической) практики

Производственная (клиническая) практика составлена по модулям – дисциплинам и проводится в форме контактной и самостоятельной работы обучающегося.
Контактная работа предусматривает работу руководителя практики с обучающимся в форме индивидуальных/групповых консультаций.
К самостоятельной работе по практикам относятся следующие виды работ обучающегося:
- ознакомление с нормативно-правовым обеспечением практик, включая программы практик;
- изучение законодательной и нормативно-правовой обеспеченности профессиональной деятельности в сфере обращения лекарственных средств в предметной области практики;
- выполнение заданий, заполнение отчета о прохождении практики;
- подготовка к промежуточной аттестации по итогам практики.
По окончании практики обучающийся оформляет отчёт. Материал для составления отчета собирается и накапливается с первого дня практики. Отчет должен содержать самоанализ выполненной работы обучающимся.
Во время прохождения практики необходимо выполнение следующих условий:
- Явиться на установочное собрание, проводимое руководителем практики и получить пакет документов в учебно-методическом отделе.
- В первый день практики прийти на базу к 8 часам утра, и представиться общему руководителю.
- Быть одетым строго по форме и следить за ее чистотой. Иметь сменную обувь.
- Работать строго по графику. Пропущенные дни, даже по уважительной причине, отрабатываются в дополнительное время.
- Ознакомиться с документацией структурных подразделений (поликлиника, стационар, приемный покой, в отделениях - процедурные кабинеты, пост и т.д.).
- Активно участвовать в общественной жизни структурных подразделений, а также в санитарно-просветительной работе.
- Бережно относиться к имуществу лечебно-профилактических учреждений.
- Быть дисциплинированными, спокойными и вежливыми в обращении с товарищами по работе, с больными и их родственниками, в отделениях соблюдать тишину и порядок.

- Ежедневно и аккуратно вести отчет, заполнять листы обязательных манипуляций. Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной (клинической) практике представлены в Таблице 6.

Таблица 6 – Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной практике

Критерии оценки	Шкала оценок
Обучающийся предоставил оформленный соответствующим образом, отчет и отзыв с положительной характеристикой руководителя практики; продемонстрировал систематические знания по контролируемым компетенциям; владеет способностью и готовностью применять знания, умения и навыки для решения профессиональных задач на практике; в ответе присутствует четкая структура, логическая последовательность, современная профессиональная терминология; ответ обоснован нормативной документацией и конкретными примерами из производственной практики.	Зачтено
Обучающийся предоставил неполный перечень отчетной документации; демонстрирует полное отсутствие или фрагментарные знания, умения и навыки по контролируемой компетенции и неспособность применять их на практике для решения профессиональных задач; не в состоянии обосновать свой ответ нормативной документацией и примерами из производственной практики; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа	Не зачтено

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»
Медицинский институт
Кафедра безопасности жизнедеятельности и медицина катастроф

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «Медицина катастроф, безопасность жизнедеятельности»

Код направления подготовки (специальности)	31.05.03
Направление подготовки (специальности)	Стоматология
Квалификация выпускника	Врач- стоматолог
Форма обучения	Очная

Грозный

СОДЕРЖАНИЕ

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся.
2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий.
3. Методические рекомендации по выполнению рефератов.
4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций.
5. Организация самостоятельной работы обучающихся при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям.
6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной практики

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся

Самостоятельная работа по дисциплинам является обязательным элементом федеральных государственных образовательных стандартов по программам высшего образования.

Самостоятельная работа обучающегося – организационная форма обучения - система педагогических условий, обеспечивающих управление учебной деятельностью обучающихся по освоению знаний и умений в учебной и научной деятельности без посторонней помощи.

Самостоятельная работа обучающихся является специфическим педагогическим средством организации и сопровождения самостоятельной деятельности обучающихся в учебном процессе.

Цели

К целям самостоятельной работы относится:

— формирование способностей у обучающегося к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;

— развитие исследовательских умений.

— фиксирование и систематизирование полученных теоретических познаний и практического опыта; формирование умений использовать научную, правовую, справочную и специальную литературу;

— развитие познавательных способностей и инициативности обучающихся, ответственность, организованность, стремление к саморазвитию; формирование умения правильно пользоваться полученным ранее материалом, собранным в процессе самостоятельного наблюдения, выполнения заданий различного характера.

Формы самостоятельной работы

При обучении используются следующие виды и формы самостоятельной работы:

— подготовка к практическим занятиям;

— подготовка и написание рефератов; - подготовка докладов на заданные темы рефератов, либо выбранные по заданному направлению;

— изучение и систематизация нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность в сфере обращения лекарственных средств в части организационно-управленческих вопросов с использованием информационно-справочных систем «Консультант Плюс», «Консультант врача», компьютерной сети «Интернет»;

— изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодической литературы с использованием электронных библиотечных систем, официальных статистических данных, научной периодики; - создание презентации;

— подготовка к устному опросу, к дискуссии;

— тестирование;

— решение ситуационных задач;

— подготовка к текущей, промежуточной аттестации и т.д.

Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет в начале каждого семинарского/практического занятия.

Контроль результатов аудиторной самостоятельной работы осуществляется в пределах времени, отведенного на практические занятия по дисциплине. В зависимости от сложности познавательной деятельности при изучении дисциплин используется три уровня самостоятельной работы:

— репродуктивная самостоятельная работа, которая включает изучение основной и дополнительной рекомендованной литературы, изучение методических рекомендаций к занятию, решение типовых задач, ситуаций;

— реконструктивная самостоятельная работа включает в себя подготовку к презентациям, сообщениям по заданной теме, решение профессиональных задач, моделирование профессиональной деятельности;

— творческая самостоятельная работа включает анализ, обобщение и систематизацию научных и нормативно-правовых документов, самостоятельное составление ситуаций, задач, проектов, составление выступлений по проблемам профессиональной деятельности.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет на семинарском/практическом занятии.
Самостоятельная работа начинается с изучения рабочей программы дисциплины, отражена в рабочих программах дисциплин.
Для конспектирования лекционного материала, а также выполнения семинарских/практических работ требуются рабочие тетради.
Самостоятельная работа обучающегося подразделяется на аудиторную и внеаудиторную самостоятельную работу
Аудиторная самостоятельная работа по дисциплинам выполняется на учебных занятиях (семинарские или практические) под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.
Основными видами аудиторной самостоятельной работы являются:
— выполнение практических работ;
— работа с нормативно-правовыми документами в области обращения лекарственных средств;
— решение ситуационных/симуляционных задач;
— презентация результатов научно-исследовательской работы по заданным темам
Выполнение практических работ осуществляется на семинарских/практических занятиях в соответствии с графиком учебного процесса и расписанием занятий.
Работа с основной, дополнительной литературой, эмпирическими и статистическими данными, как правило, основана на изучении документов и данных, их обобщении и представлении.
Решение ситуационных задач используется на семинарских/практических занятиях. Проблемная/ситуационная задача должна иметь четкую формулировку, к ней должны быть поставлены вопросы, ответы на которые необходимо найти и обосновать.
Критерии для оценки каждого вида аудиторной самостоятельной работы обучающегося разрабатываются преподавателем для конкретной дисциплины /цикла из предложенного перечня критериев оценки результатов аудиторной самостоятельной работы:
— уровень освоения учебного материала;
— умение использовать теоретические знания при выполнении лабораторных, практических, ситуационных, симуляционных задач;
— сформированность заявленных умений по теме аудиторного занятия;
— обоснованность и четкость изложения ответов;
— оформление материала в соответствии с требованиями, заявленными в задании;
— уровень самостоятельности обучающегося при выполнении аудиторной самостоятельной работы.
Внеаудиторная самостоятельная работа является элементом каждой темы дисциплин.
Планирование времени, необходимого на внеаудиторное самостоятельное изучение дисциплин, обучающие должны осуществлять весь семестр, предусматривая при этом регулярное повторение материала.
Материал, законспектированный на лекциях, необходимо регулярно прорабатывать и дополнять сведениями из других источников литературы, представленных не только в программах дисциплин, но и в периодических профильных научных изданиях, материалах конференций.
При изучении дисциплин сначала необходимо по каждой теме прочитать рекомендованную литературу и составить краткий конспект основных положений, терминов, сведений, требующих запоминания и являющихся основополагающими в этой теме для освоения последующих тем курса. Для расширения знания по дисциплине

рекомендуется использовать Интернет-ресурсы; проводить поиски в различных системах и использовать материалы сайтов, рекомендованных преподавателем.
При выполнении самостоятельной работы по написанию реферата необходимо: прочитать теоретический материал в рекомендованной литературе, периодических изданиях, на Интернет-сайтах; творчески переработать изученный материал и представить его для отчета в форме реферата, проиллюстрировав схемами, диаграммами, фотографиями и рисунками.
Тексты докладов и рефератов должны быть изложены внятно, простым и ясным языком.
Для обеспечения внеаудиторной самостоятельной работы по каждой теме дисциплин/блоку разработаны:
а) перечень основной и дополнительной литературы;
б) вопросы для самоконтроля.
При выполнении внеаудиторной самостоятельной работы обучающийся имеет право обращаться к преподавателю за консультацией с целью уточнения задания, формы контроля выполненного задания.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы отражается в индивидуальном плане после выполнения внеаудиторной самостоятельной работы.
Критерии оценки внеаудиторной работы формируются преподавателем самостоятельно для каждого вида работы. Основными критериями оценки внеаудиторной работы обучающегося выступают:
- уровень освоения материала;
- уровень умения использовать теоретические знания при выполнении заданий, решении ситуационных задач;
- обоснованность и четкость изложения ответов,
- результаты тестирования по шкале оценок;
- уровень умения использовать электронные образовательные ресурсы;
- умение четко формулировать проблему, предложив ее решение, критическая оценка последствий решения;
- уровень умения сформулировать собственную позицию и аргументировать ее.

Качество выполнения внеаудиторной самостоятельной работы оценивается посредством текущего контроля самостоятельной работы обучающегося. Текущий контроль представляет собой форму планомерного контроля качества и объема осваиваемых компетенций в процессе изучения конкретной дисциплины, проводится на семинарских/практических занятиях и во время индивидуальной работы преподавателя с обучающимися.

Шкала оценивания внеаудиторной самостоятельной работы:
Зачтено – задание выполнено полно и правильно, изложено в правильных нормативных формулировках с использованием точного понятийного аппарата, с использованием рекомендованных источников литературы, продемонстрировано умение формулировать проблему, предложены пути ее решения, проведена критическая оценка последствий такого решения, а также умение формулировать собственную позицию и аргументировать ее.
Не зачтено – обучающийся не выполнил задание либо выполнил не в полном объеме, демонстрирует несформированность понятийного аппарата по теме, отсутствие умения формулировать проблему, обобщать материал, не может аргументировать свой ответ.

2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий

Практическое занятие - вид учебных занятий, при котором в результате предварительной работы над учебным материалом преподавателя и студента, в обстановке их контактной работы в аудитории решаются задачи познавательного и воспитательного характера.
Цель такой формы обучения – углубленное изучение дисциплины, закрепление полученного теоретического материала в форме внеаудиторной самостоятельной работы, овладение методологией научного познания и формирования базовых умений. Немаловажным преимуществом практических занятий является и формирование навыков профессиональной дискуссии.
Задачи практических занятий:

- мотивация к регулярному изучению теоретического учебного материала, основной, дополнительной литературы;
- закрепление теоретических знаний, полученных при прослушивании лекций и во время внеаудиторной самостоятельной работы;
- получение навыков устного и публичного выступления по теоретическим вопросам, включая навыки по свободному оперированию организационными и управленческими понятиями и категориями;
- формирование навыков по универсальным и профессиональным компетенциям;
- возможность преподавателю систематически контролировать как самостоятельную работу студента, так и свою работу.

Практические занятия проводятся по плану.
Каждая тема практического занятия, как правило, включает: цель занятия, перечень основных и дополнительных источников литературы, вопросы к устному обсуждению на занятии, ситуационные задачи и перечень заданий, которые обучающиеся самостоятельно должны решить на практическом занятии.
Каждое практическое занятие посвящено, как правило, изучению нескольких компетенций и включает три основных этапа.
Первый этап - устный опрос по заранее сформулированным вопросам либо представление докладов/презентаций, подготовленных в рамках внеаудиторной самостоятельной работы по заранее сформулированным требованиям. Важнейшей частью этапа, является обсуждение представленных докладов/презентаций. Цель преподавателя – организовать обмен мнениями, дискуссию в группе, скорректировать уровень подготовленности студентов.
Одним из возможных элементов первого этапа является решение ситуационных задач, которые максимально приближены к профессиональной деятельности.
Требования к ответам обучающихся – самостоятельность в подборе фактического материала и аналитическом отношении к нему, умение рассматривать примеры и факты во взаимосвязи и взаимообусловленности, отбирать наиболее существенные из них.
Для оценивания первого (теоретического) этапа занятия используются знания, умения, владения, которые заявлены на каждое занятие:
1) знание учебного материала и владение понятийным аппаратом по теме занятия;
2) умение связывать теорию с практикой;
3) умение иллюстрировать ответ примерами, фактами, данными научных исследований;
4) умение применять теоретические знания при решении ситуационных задач.
Второй этап – аудиторное самостоятельное выполнение семинарских /практических заданий, которые обучающийся выполняет индивидуально либо в группе, если такое предусмотрено заданием.
В процессе выполнения самостоятельной аудиторной работы обучающийся имеет право на получение индивидуальных консультаций у преподавателя.
По окончании выполнения аудиторной самостоятельной работы обучающийся сдает отчет о выполнении самостоятельных лабораторных заданий преподавателю, который оценивается по шкале «зачет/незачет».
Критерии оценивания практического занятия осуществляются по следующим критериям:

1. своевременное выполнение внеаудиторной самостоятельной работы по изучаемой теме;
2. демонстрируемый обучающимся уровень усвоения заявленной к освоению компетенции (знания, умения, навыки);
— хорошее знание и уверенное владение на занятии теоретическим содержанием учебного материала;
— адекватное применение теоретического материала к решению ситуационных задач, заданий для аудиторной самостоятельной работы;
— умение аргументировать свои решения, развернуто отвечать на дополнительные вопросы преподавателя.
3. Соблюдение организационных и дисциплинарных требований, предъявляемых к обучающемуся на семинарских/практических занятиях: аккуратный внешний вид, соблюдение дисциплины на занятиях, полнота и своевременность представления выполненных заданий в полном объеме (не позднее даты окончания занятия и в полном соответствии с предъявляемыми к их содержанию и качеству оформления).
Третий этап – заключительный. Преподаватель дает общую оценку уровня подготовленности обучаемых к практическим занятиям, характеризует активность каждого обучающегося на занятии и озвучивает оценки каждому обучающемуся с их обоснованием.

Шкала оценивания осуществляется по четырехбалльной шкале (таблица 2)

Критерии оценивания лабораторного/практического занятия	Шкала оценок
Полное соответствие работы обучающегося требованиям. Обучающийся демонстрирует уверенные знания, способен творчески решать поставленные задачи, самостоятельно демонстрирует умения, обладает некоторыми навыками. Обучающийся успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, демонстрирует глубокое теоретическое знание по изучаемой теме, умение его применять на практике (в установленный срок сдал протоколы занятия/представил и защитил доклады/презентации и др.).	Отлично
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует хорошее знание материала, способен творчески решать поставленные задачи, демонстрирует базовые умения. Обучающийся выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, содержатся отдельные пробелы в умении применить полученные теоретические знании к решению ситуационных задач .	Хорошо
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует знание базового материала, способен решать поставленные задачи под руководством преподавателя, освоил базовые умения. Успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, но затрудняется интерпретировать его практически.	Удовлетвори тельно
Работа не соответствует требованиям.	Неудовлетво рительно

3. Методические рекомендации по организации и выполнению рефератов
Реферат предусматривает углубленное изучение дисциплины, способствует развитию навыков самостоятельной работы с литературными источниками.
Реферат – краткое изложение в письменном виде содержания научного труда по предоставленной теме. Это самостоятельная научноисследовательская работа, где

обучающийся раскрывает суть исследуемой проблемы с элементами анализа по теме реферата. Приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на проблемы темы реферата.
Содержание реферата должно быть логичным, изложение материала носить проблемно-тематический характер.
Объем реферата может колебаться в пределах 15-20 печатных страниц.
Основные разделы: оглавление (план), введение, основное содержание, заключение, список литературы.
Текст реферата должен содержать следующие разделы:
— титульный лист реферата (приложение 2);
— ведение, актуальность темы.
— основной раздел.
— заключение
— список литературных источников
Список литературных источников- библиографическое описание используемых источников литературы, в том числе и интернет-источников, оформленное по ГОСТ 7.1 – 2003; 7.80 – 2000; должен иметь не менее 10 библиографических названий, включая сетевые ресурсы.
Текстовая часть реферата оформляется на листе следующего формата:
— отступ сверху – 2 см;
— отступ слева – 3 см;
— отступ справа – 1,5 см;
— отступ снизу – 2,5 см;
— шрифт текста: Times New Roman, высота шрифта – 14, пробел – 1,5;
— нумерация страниц – снизу листа. На первой странице номер не ставится.
Реферат должен быть выполнен грамотно с соблюдением культуры изложения. Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу, включая периодическую литературу за последние 5 лет.
Критерии оценки реферата:
— актуальность темы исследования;
— соответствие содержания теме;
— глубина проработки материала;
— правильность и полнота разработки темы;
— значимость выводов для дальнейшей практической деятельности;
— правильность и полнота использования литературы;
— соответствие оформления реферата стандарту;
— качество сообщения и ответов на вопросы при защите реферата.
Практическое занятие по защите рефератов может проводиться в качестве «круглого стола» в форме представления докладов, посвященных теме занятия, по следующим этапам:
Этап 1. Каждый обучающийся представляет собственный доклад (обязательно использование презентации) по выбранной теме. Доклад 5-7 минут. Обсуждение доклада, вопросы – 2-3 минуты.
Этап 2. Оценка докладов и презентаций, представленных в группе (таблица 3).

Таблица 3 - Шкала оценки докладов на практическом занятии

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Доклад четко выстроен, сопровождается презентацией, отражающей проблематику доклада, имеет четкие выводы, полностью характеризующие работу. Автор отлично ориентируется в материале и	Отлично

отвечает на все вопросы, владеет специальной терминологией. 2. Обучающийся активно участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	
1. Доклад структурирован, презентация не отражает в полной мере содержание доклада, допущены неточности, выводы нечеткие. Автор затрудняется ответить на вопросы, слабо использует специальную терминологию. 2. Обучающийся участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	Хорошо
1. Доклад структурирован, содержание не полностью раскрывает цель доклада, отсутствует презентация. 2. Обучающийся пассивен при обсуждении докладов других обучающихся из группы	Удовлетвори тельно
1. Доклад не структурирован/отсутствует, презентация отсутствует. Автор не владеет материалом. 2. Обучающийся не участвует в обсуждении докладов.	Неудовлетво рительно

4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций

Создание материалов-презентаций — это вид самостоятельной работы обучающихся по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint.

Этот вид работы требует координации навыков обучающегося по сбору, систематизации, переработке информации, оформления ее в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. Создание презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у обучающихся навыки работы на компьютере.

Презентации готовятся обучающимся в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Обучающийся при подготовке презентации должен выполнить следующий комплекс взаимосвязанных видов самостоятельной работы:

— изучить материалы темы, выделяя главное и второстепенное;

— установить логическую связь между элементами темы;

— представить характеристику элементов в краткой форме;

— выбрать опорные сигналы для акцентирования главной информации и отобразить в структуре работы;

— оформить презентацию в соответствии с рекомендациями (таблица 4), разместить ее в электронной образованной среде университета, к установленному сроку либо представить на практическое/лабораторное занятие.

Таблица 4 - Методические рекомендации по оформлению презентации

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Стиль	1.1 Соблюдайте единый стиль оформления. 1.2 Избегайте стилей, которые будут отвлекать от самой презентации. 1.3 Вспомогательная информация не должны преобладать над основной информацией (текст, рисунки).
2. Фон	Для фона предпочтительнее использовать более холодные тона (синий или зеленый).
3. Использование цвета	3.1 На одном слайде рекомендуется использовать не более трех цветов: один для фона, один для заголовков, один для текста. для фона и текста используйте контрастные цвета. 3.2. Обратите особое внимание на цвет гиперссылок (до и после

	использования).
4 Текст/ представление информации	4.1 Используйте короткие слова и предложения. 4.2. Минимизируйте количество предлогов, наречий, прилагательных. 4.3.Заголовки должны привлекать внимание аудитории. 4.4 Предпочтительно горизонтальное расположение информации. 4.5 Наиболее важная информация должна располагаться в центре экрана. Если на слайде располагается картинка, надпись должна располагаться под ней. 4.6 Наибольшая эффективность достигается тогда, когда ключевые пункты отображаются по одному на каждом отдельном слайде.
5.Шрифты	5.1 Для заголовков не менее 24 5.2 Для информации- не менее 18. 5.3Шрифты без засечек легче читать с большого расстояния. 5.4.Нельзя смешивать разные типы шрифтов в одном тексте 5.5.Для выделения информации следует использовать жирный шрифт, курсив или подчеркивание. 5.6 Нельзя злоупотреблять прописными буквами (они читаются хуже строчных букв).
6.Анимационные эффекты	Возможности компьютерной анимации для оформления презентации необходимо использовать умерено, они не должны отвлекать внимание от содержания информации на слайде.

Критерии оценивания презентаций:

— соответствие содержания теме;

— правильная структурированность информации;

— наличие логической связи изложенной информации;

— эстетичность оформления, его соответствие требованиям;

— презентация выполнена и представлена в срок.

Шкала оценивания презентаций разрабатывается преподавателем и доводится до сведения обучающихся вместе с заданием.

Оценка «Отлично»:

презентация отличается целостностью, логичностью и оригинальностью. Оформление логично, эстетично, не противоречит содержанию доклада. Информация структурирована. Иллюстрации презентации соответствуют содержанию, дополняют информацию о раскрываемой проблеме. Текст доклада, сопровождающего презентацию, излагается обучающимся самостоятельно, с незначительной опорой на печатный текст. Ответы на вопросы преподавателя и аудитории четкие, аргументированные, сопровождаются ссылкой на факты и примеры.

Оценка «Хорошо»:

презентация характеризуется целостностью, логической завершенностью, с незначительными недочетами в логике изложения материала. Оформление эстетично, логично, структурировано. Текст доклада излагается с преимущественной опорой на текст. Ответы на дополнительные и уточняющие вопросы не вносят ясности, преимущественно повторяют содержание презентации.

Оценка «Удовлетворительно»:

презентация характеризуется отсутствием единого стиля в оформлении, ввиду чего информация тяжело воспринимается аудиторией. Сведения, излагаемые обучающимся разрозненные, плохо структурированы и аргументированы. Текст доклада

преимущественно зачитывается, обучающимся допускаются неточности и ошибки в изложении материала. Ответы на дополнительные вопросы затруднительны.
Оценка «Неудовлетворительно»:
оформление презентации не соответствует заявленным требованиям. Работа характеризуется отсутствием единого стиля. Обучающийся представляет разрозненные сведения, которые слабо коррелируют с заявленной темой исследования, текст доклада зачитывается, обучающимся часто допускаются ошибки в изложении материала, допускаются ошибки в использовании научной и профессиональной терминологии. Ответы на дополнительные вопросы обучающийся не дает.

5. Организация самостоятельной работы обучающего при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям

Текущий контроль осуществляется систематически с целью установления уровня овладения заявленными в рабочей программе дисциплины/практики компетенциями при изучении. В течение года в соответствии с программой дисциплины проводятся текущие аттестации. Форма проведения текущей аттестации (письменное / устное собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, защита реферата) определяется руководителем курса и доводится до обучающихся. Вопросы по текущей аттестации доводятся до сведения обучающихся не позднее 3 дней до проведения аттестации.
Подготовка к промежуточной аттестации предполагает систематизацию обучающимся усвоенных в ходе обучения по дисциплинам профессиональных знаний и умений. Программа промежуточной аттестации экзамена имеет обобщающий характер и ориентирует обучающегося в процессе подготовки к нему на актуализацию знаний, умений и навыков, отражающих наиболее существенные компоненты содержания дисциплин, закрепление в профессиональном сознании комплексного и целостного знания.
Подготовка к промежуточной аттестации является формой самостоятельной работы обучающегося. Ее эффективной организации будут способствовать рекомендованные перечни основной и дополнительной литературы, информационных и электронно-образовательных ресурсов, а также список вопросов, которые составляют основу для итогового анализа профессиональной компетентности обучающегося и оценки ее соответствия требованиям ФГОС по компетенциям, закрепленным за дисциплинами. Ориентируясь в перечнях основной и дополнительной литературы, обучающийся может выбрать из них как основополагающие источники, так и те, которые позволят углубить и расширить знания по актуальным проблемам специальностей, систематизировать их и отразить в комплексе.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации рекомендуется составлять развернутый план ответа на вопрос программы экзамена, что обеспечит логическую последовательность изложения материала. Продумывая структуру ответа, необходимо: во-первых, уделить внимание раскрытию теоретической сущности явления или понятий, обозначенных в контрольно-измерительном материале, во-вторых, осветить содержание и закономерности рассматриваемых явлений, отразить состояние их изученности в современной медицине. Обучающийся должен продемонстрировать на промежуточной аттестации владение категориальным аппаратом дисциплин, показать умение использовать знания, полученные при изучении дисциплин для анализа современных тенденций в медицине, применять их для решения профессиональных задач врачей по специальностям.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации обучающемуся рекомендуется использовать весь набор методов и средств современных информационных технологий для изучения содержания отечественной и зарубежной литературы по дисциплине, анализа и оценки ее текущего состояния и перспектив развития.

При подготовке к промежуточной аттестации рекомендуется активно применять следующие образовательные и профессионально-ориентированные технологии:
– информационные технологии – компьютерные технологии, в том числе доступ в Интернет (для получения учебной и учебно-методической информации, представленной в научных электронных журналах и на сайтах библиотек);
– информационно-коммуникационные технологии.
Оценка знаний, умений и навыков, характеризующая этапы формирования компетенций в рамках изучения дисциплины осуществляется в ходе текущей и промежуточной аттестаций.
Форма проведения текущей/ промежуточной аттестации определяется рабочей программой дисциплины. Оценивание компетенций, вынесенных на промежуточную аттестацию в форме экзамена, осуществляется по четырехбалльной шкале:
оценка «отлично» - 5 баллов
оценка «хорошо» - 4 балла
оценка «удовлетворительно» - 3 балла
оценка «неудовлетворительно» - 2 балла.
При сдаче промежуточной аттестации в форме зачета:
«зачтено» - 3-5 баллов или «не зачтено» - 2 балла.

6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной(клинической) практики

Производственная (клиническая) практика составлена по модулям – дисциплинам и проводится в форме контактной и самостоятельной работы обучающегося.
Контактная работа предусматривает работу руководителя практики с обучающимся в форме индивидуальных/групповых консультаций.
К самостоятельной работе по практикам относятся следующие виды работ обучающегося:
- ознакомление с нормативно-правовым обеспечением практик, включая программы практик;
- изучение законодательной и нормативно-правовой обеспеченности профессиональной деятельности в сфере обращения лекарственных средств в предметной области практики;
- выполнение заданий, заполнение отчета о прохождении практики;
- подготовка к промежуточной аттестации по итогам практики.
По окончании практики обучающийся оформляет отчёт. Материал для составления отчета собирается и накапливается с первого дня практики. Отчет должен содержать самоанализ выполненной работы обучающимся.
Во время прохождения практики необходимо выполнение следующих условий:
- Явиться на установочное собрание, проводимое руководителем практики и получить пакет документов в учебно-методическом отделе.
- В первый день практики прийти на базу к 8 часам утра, и представиться общему руководителю.
- Быть одетым строго по форме и следить за ее чистотой. Иметь сменную обувь.
- Работать строго по графику. Пропущенные дни, даже по уважительной причине, отрабатываются в дополнительное время.
- Ознакомиться с документацией структурных подразделений (поликлиника, стационар, приемный покой, в отделениях - процедурные кабинеты, пост и т.д.).
- Активно участвовать в общественной жизни структурных подразделений, а также в санитарно-просветительной работе.
- Бережно относиться к имуществу лечебно-профилактических учреждений.
- Быть дисциплинированными, спокойными и вежливыми в обращении с товарищами по работе, с больными и их родственниками, в отделениях соблюдать тишину и порядок.

- Ежедневно и аккуратно вести отчет, заполнять листы обязательных манипуляций. Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной (клинической) практике представлены в Таблице 6.

Таблица 6 – Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной практике

Критерии оценки	Шкала оценок
Обучающийся предоставил оформленный соответствующим образом, отчет и отзыв с положительной характеристикой руководителя практики; продемонстрировал систематические знания по контролируемым компетенциям; владеет способностью и готовностью применять знания, умения и навыки для решения профессиональных задач на практике; в ответе присутствует четкая структура, логическая последовательность, современная профессиональная терминология; ответ обоснован нормативной документацией и конкретными примерами из производственной практики.	Зачтено
Обучающийся предоставил неполный перечень отчетной документации; демонстрирует полное отсутствие или фрагментарные знания, умения и навыки по контролируемой компетенции и неспособность применять их на практике для решения профессиональных задач; не в состоянии обосновать свой ответ нормативной документацией и примерами из производственной практики; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа	Не зачтено

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Чеченский государственный университет имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра акушерства и гинекологии

АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Методическая разработка для студентов

Грозный

СОДЕРЖАНИЕ

Введение
Методы определения величины кровопотери
Кровотечения при беременности и в родах
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- *Предлежание плаценты*
- *Разрыв матки при беременности и в родах*
- *Брюшная беременность*

Кровотечение в послеродовом и раннем послеродовом периоде
Коагулопатические кровотечения в родах
- *Кровотечения, обусловленные наследственными нарушениями системы гемостаза*
- *Кровотечения, обусловленные приобретенными нарушениями системы гемостаза*

Геморрагический шок
Инфузионно-трансфузионная терапия акушерских кровотечений
ДВС-синдром
Аутодонорство
Профилактика кровотечений при беременности и в родах
Список литературы

ВВЕДЕНИЕ

Одним из самых тяжелых и, безусловно, самым драматичным осложнением в акушерской практике является осложнение беременности и/или родов кровотечением: патология развивается стремительно, в счете времени важны минуты. Не случайно даже в развитых странах мира, располагающих самыми современными медицинскими технологиями, акушерские кровотечения относятся к одной из ведущих причин материнской смертности и инвалидизации женщин, связанной с акушерскими осложнениями.

Кровотечения при беременности и во время родов являются также причиной последующей стойкой инвалидизации женщин, развития у них астеновегетативных, нейроэндокринных синдромов и других заболеваний. В настоящее время акушерство располагает достаточным арсеналом средств для профилактики и лечения кровотечений при беременности, во время и после родов. Разработаны представления о группах высокого риска развития кровотечений среди беременных, совершенствуются методы ведения родов, широко применяются утетонические средства в третьем периоде родов для профилактики кровотечений.

За последние годы улучшились организационные мероприятия — этапность и последовательность оказания экстренной помощи в родовспомогательных учреждениях. Все перечисленные меры позволили снизить частоту кровотечений в родах, однако полностью предотвратить неблагоприятные исходы беременности и родов пока не удалось.

В последнее десятилетие частота и структура акушерских кровотечений существенно изменилась. Отмечается тенденция к снижению частоты гипотонических кровотечений в третьем периоде родов и раннем послеродовом периоде на фоне увеличения процента кровотечений, связанных с преждевременной отслойкой плаценты и развитием синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС). Эта группа кровотечений характеризуется значительной интенсивностью, требует большого объема помощи и отмечается худшим прогнозом. В настоящее время ультразвуковой скрининг позволяет своевременно выявить предлежание плаценты, своевременно госпитализировать беременную и в большинстве случаев избежать массивной кровопотери.

Одним из основных факторов, повышающих процент акушерских кровотечений, в настоящее время является увеличение числа абдоминального родоразрешения. Частота кесарева сечения колеблется в широких пределах от 2 до 40% от общего числа родов. Этот показатель в среднем за последнее десятилетие по России составляет 18 %. Частота кесарева сечения обусловлена увеличением числа первородящих старшего возраста, экстрагенитальной патологией, показаниями со стороны плода, широким внедрением в клиническую практику высоких репродуктивных технологий при осложненном акушерско-гинекологическом анамнезе. С увеличением числа кесарева сечения возрастает и частота повторного абдоминального родоразрешения. Его наиболее частыми осложнениями являются кровотечения, частота которых в 4 раз выше, чем при самопроизвольных родах.

Анализ материнской смертности показывает, что отрицательное влияние на исход борьбы с кровотечением нередко оказывают ятрогенные факторы:

- недооценка объема кровопотери и тяжести больной;
- запоздалая и неадекватная инфузионно-трансфузионная терапия;
- неправильный или запоздалый выбор метода окончательной остановки кровотечения;
- акушерская агрессия (травматизм, неоправданная стимуляция родовой деятельности и другие).

Резервы снижения неблагоприятных исходов беременности и родов при

акушерских кровотечениях далеко не исчерпаны. В настоящее время для профилактики кровотечений и посттрансфузионных осложнений при плановом абдоминальном родоразрешении у беременных высокого риска (рубец на матке, миома матки, анатомически узкий таз, крупный плод, многоплодие) применяются различные методы аутодонорства.

МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЕЛИЧИНЫ КРОВОПОТЕРИ

Объем физиологической кровопотери в родах, как правило, составляет не более 0,5% от массы тела женщины. Частота кровопотерь более 0,5% от массы тела колеблется от 3 до 5%. При потере > 30% объема циркулирующей крови (ОЦК) в течение короткого времени (менее 2-х часов) кровопотеря называется массивной.

В любом случае требуется проведение расчета объема кровопотери по отношению к ОЦК.

Существует несколько методов определения объема кровопотери.

Гравиметрический метод предусматривает взвешивание операционного материала. Интраоперационную кровопотерю определяют по разности массы пропитанных кровью и сухих салфеток, тампонов, шариков, простыней. Полученную величину увеличивают на 50% и суммируют с объемом крови, находящейся в банке электроотсоса. Погрешность метода составляет 10-12%.

Ориентировочно степень дефицита ОЦК можно определить, используя индекс Альговера—Брубера: отношение частоты сердечных сокращений (ЧСС) к величине систолического артериального давления (АД), который в норме составляет 0,5 усл. ед. (табл. 1).

Таблица 1

Определение величины кровопотери по индексу Альговера

Индекс Альговера	**Обьем кровопотери (л)**	**Дефицит ОЦК (%)**
0.8	0,5	10
0,9-1,2	1,0	25
1,3-1,5	1,5	30
2,0	2,0	40

Определение объема кровопотери с использованием гематокрита:

Ht должн. - Ht факт.

$$\text{Объем кровопотери (л)} = \text{ОЦК должн.} \times \frac{\text{Ht должн. - Ht факт.}}{\text{Ht должн.}}$$

Величина должного ОЦК определяется по данным, представленным в таблице 2.

Таблица 2

Определение должного ОЦК
в зависимости от конституции больной

Тип конституции	Женщины (мл/кг)
Тучный	60
Астеничный	65
Средний	70
Атлетический	75

К факторам, определяющим индивидуальную реакцию на крово- потерю, относятся гестоз, анемия, гиповолемия, хроническое дис-семинированное внутрисосудистое свертывание крови, врожденные нарушения системы гемостаза, дефицит массы тела, экстрагенитальные заболевания (пороки сердца, сердечная недостаточность), осложненное течение родового акта, многоводие, многоплодие.

Основной задачей акушера при кровотечении является своевременное использование наиболее эффективных и надежных методов его остановки, адекватная инфузионно-трансфузионная терапия, правильный выбор анестезиологического пособия

до возникновения геморрагического шока, так как нарушения макро- и микроциркуляции вовлекают в патологический процесс важнейшие системы организма, нарушают гомеостаз.

КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И В РОДАХ

Наиболее частыми причинами акушерской кровопотери при беременности являются преждевременная отслойка нормально рас-положенной плаценты (ПОНРП), кровотечение при предлежании плаценты, гипотоническое кровотечение в послеродовом периоде, эктопическая беременность с разрывом плодовместилища, разрыв матки.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

Несмотря на то, что это осложнение беременности и родов встречается с частотой до 0,5-1,2%, оно всегда рассматривается как состояние витальной угрозы, поскольку в 30 % случаев является причиной массивной акушерской кровопотери. Перинатальная смертность при ПОНРП может достигать 25 %. Частота ПОНРП имеет тенденцию к повышению и в настоящее время составляет 03-0,4 % родов.

Этиология и патогенез

К факторам риска преждевременной отслойки плаценты относят заболевания, сопровождающиеся ангиопатией: гипертоническую болезнь, сахарный диабет, заболевания почек и другие. Многолетний клинический опыт показал безусловную взаимосвязь между ПОНРП и гипертензией, степенью выраженности отслойки плаценты и тяжестью гестоза, предшествующей экстрагенитальной патологии. Нарушения системной или местной гемодинамики, наблюдающиеся при гестозе, фоновой экстрагенитальной патологии, угрозе прерывания беременности, являются пусковым механизмом для образования ретрохориальной гематомы.

Вместе с тем, по данным различных исследователей, от 18% до 30% случаев ПОНРП происходит у беременных без симптомов гестоза. Современные иммуногистохимические и морфологические методы исследования показывают, что в основе ПОНРП лежит нарушение инвазии трофобласта и неполная децидуальная перестройка маточно-плацентарных сосудов, в результате чего маточно-плацентарные сосуды имеют узкий просвет и мышечную оболочку, реагирующую на вазоактивные стимулы. Таким образом, фоном для развития ПОНРП служит длительно существующая плацентарная недостаточность. Кроме того, к известным факторам риска прибавились врожденная и приобретенная тромбофилия. Нарушение динамического равновесия коагуляционного и антикоагулянтного потенциала у беременных с тромбофилией способствует образованию тромбов в межворсинчатом пространстве, что приводит к дистрофическим, некробиотическим процессам и нарушению функции синцитиотрофобласта. У беременных из групп риска по ПОНРП наблюдаются изменения со стороны гемостаза: повышение индуцированной и внутрисосудистой агрегации тромбоцитов, относительная или абсолютная тромбоцитопения, состояние гиперкоагуляции: укорочение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), тромбинового времени, увеличение концентрации фибриногена, активация внутрисосудистого свертывания крови и системы фибринолиза. Об этом свидетельствует повышение концентрации комплексов тромбин-антитромбин, концентрации Д-димеров, продуктов деградации фибрина, комплекса плазмин-антиплазмин. В случаях приобретенной тромбофилии выявляют антифосфилипидные антитела и антитела к кофакторам фосфолипидов: Р-2- гликопротеину и аннексину. Нарушения в свертывающей системе крови подтверждаются обнаружением депозитов фибриногена на синцитиотрофобласте. Клинико-диагностическим маркером нарушения маточно-

плацентарного кровотока является увеличение сосудистой резистентности в маточных и радиальных артериях, выявляемое при допплерометрическом исследовании.

Классификация

В 80% случаев ПОНРП наблюдается при беременности, в 20% случаев в родах, причем в первом периоде в 5 раз чаще, чем во втором.

Тяжесть ПОНРП зависит от предшествующего экстрагенитального и акушерского фона, площади отслойки плаценты, объема наружного и внутреннего кровотечения. В 50-55% случаев наблюдается легкая степень тяжести отслойки плаценты. При этом площадь отслойки составляет менее 1/6 площади плаценты. Кровотечение, как правило, наружное. В 80% случаев состояние плода не страдает, в 20% плод рождается в состоянии легкой асфиксии. Кровопотеря составляет от 850 до 1000 мл.

Средняя степень тяжести отслойки плаценты наблюдается в 35 % случаев. При отслойке плаценты от 1/6 до 2/3 площади кровотечение, как правило, комбинированное наружно-внутреннее. Асфиксия плода наблюдается в 100% случаев, антенатальная гибель плода-в 10%. Общая кровопотеря превышает 1 литр.

При тяжелой степени отслойки плаценты — свыше 2/3 площади- кровотечение внутреннее. Плод погибает в 83 % случаев. Маточно¬ плацентарная апоплексия развивается у каждой второй женщины. Общая кровопотеря превышает 1500 мл.

Диагностика

Диагностика ПОНРП преимущественно основана на клинических данных. Ведущим симптомом является боль в животе, локализованная в области прикрепления плаценты при ее расположении по передней стенке матки и разлитая при расположении плаценты по задней стенке матки. Болевой синдром сопровождается повышением тонуса матки, клиникой внутреннего и наружного кровотечения, гипоксией плода. Из дополнительных диагностических методов на первом месте стоит ультразвуковое исследование. Оно может быть информативно как в диагностике больших гематом, так и тех, которые кальцифицированы, но не значимы в клиническом течении данной патологии.

Акушерская тактика

При установленном диагнозе прогрессирующей отслойки нормально расположенной плаценты и отсутствии условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути показано родоразрешение операцией кесарева сечения.

Быстрота и способ родоразрешения при отслойке плаценты имеют особое значение. При родоразрешении через естественные родовые пути задерживаются мероприятия по борьбе с гипотонией матки и коагулопатией, теряется время на консервативные методы остановки кровотечения. Это приводит к массивной кровопотере и запоздалому чревосечению. Поэтому единственно правильным методом родоразрешения, предупреждающим развитие острого массивного кровотечения, является кесарево сечение с последующим удалением матки в случае маточно-плацентарной апоплексии и гипотонии. Основным лечением также является быстрое возмещение кровопотери и коррекция нарушений в системе гемостаза.

Если ПОНРП произошла во II периоде родов и имеются условия для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути необходимо применить вакуум-экстракцию, акушерские щипцы или извлечение плода за тазовый конец. В III периоде с целью быстрого опорожнения матки показано ручное отделение плаценты и выделение последа. Развившееся в послеродовом периоде кровотечение, как правило, носит коагулопатический характер, в связи с чем показана экстирпация матки.

ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

Предлежание плаценты встречается с частотой 0,5 % от общего количества родов.

Этиология и патогенез

У повторнобеременных предлежание плаценты встречается в 3 раза чаще, чем у первобеременных. Факторами риска являются внутриматочные вмешательства, выскабливания полости матки, высокий паритет. Предлежание плаценты часто формируется у беременных с наличием угрозы прерывания беременности в I триместре беременности, сопровождающейся частичной отслойкой плодного яйца. Расположение плаценты в нижнем сегменте матки приводит к формированию хронической плацентарной недостаточности в 50% случаев.

Классификация

Различают:

- полное предлежание плаценты, сопровождающееся полным перекрытием внутреннего маточного зева
- неполное предлежание плаценты, когда край плаценты перекрывает внутренний зев частично или плацента находится у края внутреннего зева.

Низкое расположение плаценты выявляется тогда, когда нижний край плаценты находится ближе 5 см от края внутреннего зева.

Клиническая картина

В подавляющем большинстве случаев беременность удается сохранить до доношенного срока. С прогрессированием срока беременности риск кровотечения возрастает. У одной трети пациенток предлежание плаценты манифестируется кровотечением до доношенного срока, у двух третей — при доношенном сроке беременности.

Диагностика

Заподозрить предлежание плаценты следует при неправильном положении плода (поперечное или косое), высоко стоящей над входом в малый таз и подвижной предлежащей части, выслушивании шума сосудов плаценты по передней стенке матки ниже пупка. Подтверждается диагноз предлежания и низкого расположения плаценты при ультразвуковом исследовании, которое проводится с наполненным мочевым пузырем. Влагалищное исследование для уточнения диагноза проводят только в случае невозможности проведения ультразвуковой диагностики в условиях развернутой операционной в связи с возможностью развития профузного кровотечения.

Формулировка диагноза «предлежание плаценты» должна осуществляться с 22-й недели беременности, поскольку именно с этого срока имеются признаки жизнеспособности плода. Вместе с тем, если плацента располагается по передней стенке матки, возможна ее миграция. В этом случае полное предлежание плаценты может перейти в неполное, а неполное предлежание плаценты — в ее низкое расположение.

Акушерская тактика при предлежаиии плаценты без кровотечения

Беременные с предлежанием плаценты входят в группу высокого риска по невынашиванию беременности, кровотечению при беременности и в родах, развитию плацентарной недостаточности, гнойно¬септическим и тромботическим осложнениям. В критические сроки по невынашиванию (24, 28, 32 недели) показана профилактическая госпитализация для проведения терапии, направленной на сохранение беременности. Показано назаначение препаратов, расслабляющих миометрий: препаратов магния в виде инъекций, таблетирован- ном виде, путем электрофореза и ингаляций, бета-адреномиметиков, блокаторов кальциевых каналов. Бета-адреномиметики комбинируют с антагонистами кальция для достижения максимального эффек¬та: гинипрал /4—1 таблетка 4-6 раз в день в сочетании с верапамилом по 20 мг — 4 раза в день. С 30-й недели беременности обязательно динамическое допплерометрическое исследование,

ультразвуковая фетометрия, кардиотокография. Проводят профилактику плацентарной недостаточности, гипотрофии плода. С этой целью назначают антиоксиданты, ангиопротекторы (омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты, в таблетированном виде курсы эссенциале, актовегина, милдроната). Обязательно обследование на инфекции мочевыводящих путей и половых органов: посевы из влагалища на патогенную микрофлору, посевы мочи. При выявлении во влагалище кишечной микрофлоры и гемолитического стрептококка показаны курсы антибактериальной терапии. Обязательно проведение исследования свертывающей системы крови с определением числа и функции тромбоцитов, показателей активации внутрисосудистого свертывания крови, обследование на антифосфолипидные антитела, содержание гомоцистеина. При активации гемостатического потенциала показано назначение антикоагулянтов — препаратов низкомолекулярного гепарина, ацетилсалициловой кислоты (Тромбо АСС), дезагрегантов (курантил) под контролем содержания Д-димеров и числа тромбоцитов. При достижении срока доношенной беременности, но не позже 38 недель, показано плановое родоразрешение путем кесарева сечения. При отсутствии противопоказаний и наличии необходимого оборудования перед оперативным родоразрешением (в 26-36 недель беременности) целесообразно провести заготовку препаратов аутологичной крови — плазмы и эритроцитов.

Во время операции особое внимание уделяют сократительной способности матки и особенностям прикрепления плаценты. При выявлении приращения плаценты незамедлительно приступают к гистерэктомии. При повышенной кровоточивости показано введение свежезамороженной плазмы и срочное исследование состояния гемостаза.

При кровопотере, не превышающей I литр, стабильных гемодинамических показателях и исходном благоприятном фоне (гемоглобин выше 110 г/л) гемотрансфузия не показана.

Предлежание плаценты с кровотечением

Если величина кровопотери не превышает 250-300 мл, кровотечение не рецидивирует, отсутствуют признаки нарушения функционального состояния плода, возможно пролонгирование беременности. Назначают строгий постельный режим, лечение анемии, профилактику дистресс-синдрома (до 34 недельного срока) и гипоксии плода. При развитии кровотечения свыше 300 мл вне зависимости от срока беременности проводится родоразрешение путем кесарева сечения в экстренном порядке.

Низкое расположение плаценты при неотягощенном акушерском и соматическом анамнезе, особенно у повторнородящих, не является противопоказанием для ведения родов через естественные родовые пути. В родах предусматривают раннюю амниотомию, постоянное кардиомониторное наблюдение за состоянием плода. Кровотечение свыше 250-300 мл во время родов или начавшаяся гипоксия плода являются показанием для экстренного родоразрешения путем кесарева сечения.

РАЗРЫВ МАТКИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И В РОДАХ

Частота разрыва матки при беременности составляет 3-4% среди женщин *с* рубцом на матке и в 2 раза превышает частоту разрывов матки в родах.

Этиология и патогенез

Группу риска составляют женщины с гистопатическими изменениями миометрия. Это пациентки с рубцом на матке после лапароскопической миомэктомии или удаления узла со вскрытием полости матки при лапаротомическом доступе, перенесшие операцию кесарева сечения, тем более — выполненного на малых сроках беременности или с корпоральным разрезом, а также — после осложненных воспалительным процессом и

повторных операций. Крайне неблагоприятным фактом является расположение плаценты в области рубца, особенно сопровождающееся аномалиями ее прикрепления. Часто несостоятельным оказывается миометрий после иссечения трубного угла в связи с интерстициальной трубной беременностью. Перерастяжение матки в результате наличия крупного плода, многоводия, многоплодной беременности является дополнительным фактором риска.

Клиническая картина

Как правило, беспокоит острая боль в животе, наблюдаются признаки внутреннего и наружного кровотечения, острой гипоксии плода. В связи с тем, что несостоятельный рубец на матке представлен соединительной тканью с большим количеством коллагеновых волокон и малым количеством сосудов, общирного кровотечения из краев раны, как правило, не наблюдается. Поэтому следует обращать внимание на боли внизу живота без родовой деятельности, болезненность при пальпации области рубца на матке, признаки нарушения функционального состояния плода. Ультразвуковыми признаками несостоятельности рубца на матке являются неравномерность и истончение области рубца (толщина менее 3 мм), сопровождающиеся повышением сосудистого сопротивления в радиальных артериях (определяют при цветном доплеровском картировании). Иногда дефект стенки матки в области рубца является ультразвуковой, или интраопреационной, находкой.

Акушерская тактика

Акушерская тактика при разрыве матки заключается в экстренном родоразрешении путем кесарева сечения. При угрожающем разрыве матки производят кесарево сечение после предварительного предоперационного токолиза (болюсная форма β-адреномиметиков — 25 мкг гинипрала в 20 мл изотонического раствора хлорида натрия). При совершившемся разрыве выбор оптимального варианта колеблется между зашиванием разрыва и удалением матки. При отсутствии инфекции в родах, наличии линейного разрыва (особенно по старому рубцу) допустимо зашивание разрыва. При разрыве рубца в нижнем сегменте матки края раны необходимо иссечь и наложить швы, используя современный рассасывающийся шовный материал (викрил) и применив противоспаечный барьер (Interseed).

При обширных ранах с рваными и размозженными краями, грубых повреждениях, захватывающих нижний сегмент, переходящих на шейку матки, следует производить экстирпацию матки. Расширение объема показано при разрыве корпорального рубца на матке, разрыве матки на фоне предлежания к рубцу плаценты с ее приращением.

БРЮШНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Частота брюшной беременности очень невелика и ограничена эксквизитными наблюдениями. Как правило, брюшная беременность прерывается в сроки 28-32 недели беременности.

Этиология и патогенез

Различают первичную и вторичную брюшную беременность. В первом случае плодное яйцо имплантируется на органах брюшной полости. Во втором случае в результате прерывания трубной беременности плодное яйцо не погибает и имплантируется в брюшной полости.

Клиническая картина

Патогномоничным симтомом являются резко болезненные шевеления плода.

Отсутствие полноценного плодовместилища должно быть заподозрено при объективном акушерском исследовании и подтверждено при ультразвуковой диагностике.

Акушерская тактика

Оперативное вмешательство имеет крайне высокий риск из-за расположения плодовместилища на органах брюшной полости и мочевыделительной системы, в связи с чем в операционную бригаду должны входить хирург и уролог. Необходимо извлечь плод и удалить плацентарную ткань. Важнейшее место при нарушенной брюшной беременности занимают реанимационные мероприятия и замещение кровопотери.

КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕРОДОВОМ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДАХ

Причинами кровотечений в III и раннем послеродовом периодах являются задержка частей последа, аномалии прикрепления плаценты, травмы мягких родовых путей, дефекты гемостаза, гипотония матки (2,5-8% от общего количества родов).

Акушерская тактика

Важное значение имеет ведение III периода родов. Ручное отделение и выделение последа производят:

- при отсутствии признаков отделения плаценты и кровотечения в течение 20 минут после рождения ребенка;
- при кровопотере >250 мл на фоне продолжающегося кровотечения при отсутствии признаков отделения плаценты;

Дифференциальный диагноз плотного прикрепления и приращения плаценты устанавливается во время операции ручного отделения. При истинном приращении плаценты ручное отделение оказывается безуспешным. В этом случае необходимо отказаться от форсированных ручных манипуляций и произвести ампутацию или экстирпацию матки.

Лечение гипотонических кровотечений должно быть ранним и комплексным. Оно заключается в остановке кровотечения, нормализации гемодинамики, коррекции нарушений гемостаза. Лечение начинают с консервативных методов: опорожнение мочевого пузыря, наружный массаж матки, введение утеротонических средств (окситоцин, метилэргометрин, препараты простагландина F2a, мизопростол).

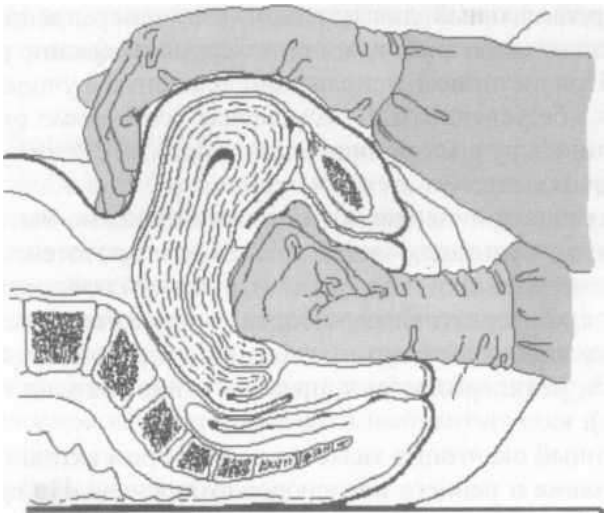
Эндогенный окситоцин является регулятором активной фазы периода изгнания и раннего послеродового периода. По сравнению с началом родов в периоде изгнания его концентрация в плазме повышается более чем в 3 раза. Короткий период полураспада окситоцина (4-5 минут) делает его практически неэффективным при одномоментном внутримышечном или внутривенном введении. Поэтому для лечения гипотонического кровотечения целесообразно внутривенное капельное введение окситоцина (5-10 ЕД на 250-500 мл изотонического раствора хлорида натрия или 5% раствора глюкозы). Метилэргометрин оказывает более медленный утеротонический эффект, но действует продолжительней окситоцина. Поэтому его внутримышечное введение целесообразно сочетать с внутривенным капельным назначением окситоцина.

Ручное обследование полости матки проводят однократно при качественном обезболивании, что позволяет устранить болевой компонент. Чем раньше осуществлена эта манипуляция, тем выше ее эффективность. Ручное обследование полости матки имеет следующие задачи:

- исключить наличие задержавшихся частей последа;
- исключить нарушения целости матки;
- обеспечить рефлекторное воздействие на сократительную функцию миометрия с помощью наружно-внутреннего массажа.

При ручном обследовании полости матки необходимо произвести бимануальное ее сдавление, при котором одна рука располагается в области переднего свода влагалища, другая — через брюшную стенку сдавливает заднюю стенку матки, создавая положение «гиперантефлексио», что способствует пережатию маточных сосудов (рис. 1).

Ручное обследование стенок полости матки (рис.1)



После ручного обследования полости матки необходима тщательная ревизия мягких родовых путей и зашивание имеющихся разрывов. Это не только останавливает кровотечение, но и способствует рефлекторному сокращению матки.

Хороший кровоостанавливающий эффект достигается при введении nrF2a 5 мг или метилэргометрина 0,2% р-ра 1,0 в шейку матки, мизопростола 600-1000 мкг ректально. Отсутствие эффекта от ручного обследования полости матки на фоне введения утеротонических средств свидетельствует о коагулопатическом характере кровотечения и необходимости перехода к оперативным методам лечения и срочной коррекции в системе коагуляции.

К хирургическим методам остановки кровотечения относят ком-прессионные сшивные технологии.

• шов Перейра — наложение нескольких отдельных циркулярных швов в поперечной матке плоскости, которые последовательно накладывают и завязывают, продвигаясь от дна к шейке матки;

• шов В-Линча — прошивание передней и задней стенок матки от нижнего сегмента до дна матки. Обязательным условием является разрез в нижнем сегменте матки. Преимуществом данной методики, по мнению автора, является возможность избежать перевязки магистральных сосудов матки и сохранить репродуктивную функцию. В обоих случаях используется синтетический рассасывающийся шовный материал;

• перевязка маточных сосудов;

Для остановки кровотечения принято использовать не более 3-5 надежных методов, никогда не повторяя их.

При неэффективности консервативного лечения и хирургических методов остановки кровотечения крайне важно выбрать момент для радикального вмешательства.

Наиболее частой ошибкой является запаздывание с операцией, что ухудшает условия ее выполнения. Вопрос об операции удаления матки следует поставить при продолжающемся кровотечении и кровопотере более 30% ОЦК. Ампутация матки показана лишь тогда, когда основную роль играет гипотонический компонент, при наличии коагулопатии следует произвести экстирпацию матки.

Если при массивной кровопотере (30% ОЦК), несмотря на проводимую терапию, имеется падение АД ниже критического уровня, то это не является противопоказанием к

оперативному лечению. Операцию проводят в III этапа: на I этапе выполняют срочное чревосечение на фоне инфузионно-трансфузионной терапии, временный гемостаз (наложение зажимов на магистральные сосуды матки); на II этапе прекращают хирургические вмешательства, продолжают интенсивную терапию до повышения АД, уменьшения степени гиповолемии, улучшения коагуляционного потенциала; на III этапе производят экстирпацию матки.

От тампонады матки при гипотоническом кровотечении фактически полностью отказались в середине прошлого века в связи с ее неэффективностью, сложностью диагностики продолжающегося кровотечения и высоким риском инфицирования. Применение вну- триматочного баллона для остановки гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде нецелесообразно. По своей сути оно является не физиологичным и разрушает весь предшествующий и последующий алгоритм остановки кровотечения, основанный на сокращении матки

<u>Методы остановки кровотечения</u>

Все мероприятия по остановке кровотечения проводят на фоне инфузионно-трансфузионной терапии.

1. Наружный массаж матки
2. Введение утеротонических средств:

а) 5-10 ЕД окситоцина в/в медленно

б) 1,0 мл 0,02% р-ра метилэргометрина в/м (противопоказания — гестоз, артерильная гипертензия)

в) Простагландин Е1 (миролют, сайтотек, мизопростол) 800-1000 мкг однократно ректально (побочное действие — лихорадка, озноб).

3. Ручное обследование полости матки (однократно!). При затруднении отделения плаценты следует иметь ввиду вероятность ее приращения и своевременно переходить на экстирпацию матки. При отсутствии эффекта от ручного обследования полости матки на фоне введения утеротонических средств — переход к оперативным методам лечения и срочной коррекции в системе коагуляции.

4. Ревизия мягких родовых путей, зашивание разрывов, при продолжающемся кровотечении — введение 1,0 мл 02% р-ра метилэргометрина или 5 мг (1,0 мл) энзапроста в шейку матки. При разрыве шейки матки III степени — обязательно ручное обследование полости матки, при разрыве матки — лапаротомия.

5. На фоне проводимых акушерских манипуляций — в/венное капельное введение окситоцина 5—10 ЕД в 400 мл физиологического раствора или 5 % раствора глюкозы.

При пограничной кровопотере (0,5-0,6% от массы тела) проводят перерасчет объема по отношению к массе тела для оценки ее тяжести.

Катетеризация мочевого пузыря, постоянный мониторинг функции витальных органов с целью своевременного изменения тактики лечения

6. При продолжающемся кровотечении (>1000-1200 мл, шоковый индекс > 0,85-1,0):

- развернуть операционную; катетеризация магистральных сосудов; предотвратить падение АД (допустимое среднее АД —- 60 мм. рт. ст.), вызванное острой массивной кровопотерей, при необходимости — симпатомиметики, глюкокортикоиды (преднизолон 90-120 мг в/в);
- приступить к переливанию свежезамороженной плазмы в/в струйно 10—15 мл/кг (достаточно быстро); кристаллоиды и коллоиды в соотношении 3:1; при лабораторных показателях (Нв < 80 г/л, Ht < 23С %) — после биологической пробы введение одногруппных эритроцитов в соотношении 3(свежезамороженная плазма): 1 (эр. масса); оксигенотерапия, контроль сатурации крови, контроль

коагуляционного потенциала;

- при продолжающемся кровотечении и кровопотере > 1500 мл — нижнесрединная лапаротомия с перевязкой маточных сосудов;
- при отсутствии эффекта — компрессионные гемостатические швы на матку (Б-Линча, Перейра, «матрасный шов»);
- при неэффективности указанных мероприятий, а также признаках коагулопатии — экстирпация матки.

Перевязку внутренних подвздошных артерий выполняет врач, владеющий данной техникой.

КОАГУЛОПАТИЧЕСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ В РОДАХ

Кровотечения, обусловленные наследственными нарушениями в системе гемостаза

Одной из причин массивных акушерских кровотечений являются врожденные нарушения системы гемостаза.

Геморрагические диатезы — это группа заболеваний, проявляющихся количественной либо качественной патологией сосудисто-тромбоцитарного или коагуляционного гемостаза, результатом которой является повышенная кровоточивость.

Для выявления данного вида патологии и оказания адекватной помощи пациентке акушер-гинеколог должен владеть полной информацией о коагулологических признаках врожденных дефектов гемостаза и принципиальных подходах к лечению, исходя из патогенеза того или иного нарушения. Не менёе важно уделять пристальное внимание семейному анамнезу больных, т. к. в большинстве случаев родственники имеют симптоматику геморрагического дефекта.

Наследственные заболевания системы гемостаза, приводящие к повышенной кровоточивости, являются достаточно распространенными в популяции. Чаще всего передаются по наследству БВ (болезнь Виллебранда), гемофилии А и В (частота в популяции 1 : 100, 1 : 10 000 и 1 : 100 000).

БВ — это наследственное заболевание системы гемостаза, характеризующееся количественными или качественными нарушениями синтеза фактора Виллебранда (ФВ) — гликопротеина, регулирующего адгезию тромбоцитов и участвующего в образовании первичного тромбоцитарного тромба. Чаще всего (в 75-80% случаев) встречается 1 тип БВ с частичным количественным снижением качественно нормального ФВ (фактора Виллебранда) и ФУШ, реже всего (менее 5 %) — 3 тип, характеризующийся значительным дефицитом как ФВ, так и Фуш в плазме, отсутствием ФВ в тромбоцитах и в эндотелии. В 5-15% наблюдаются качественные изменения ФВ (2 тип БВ), связанные с нарушением формирования его мультимеров.

Достаточно часто выявляются врожденные тромбоцитопатии и тромбоцитопении, составляющие около 65% всех наследственных геморрагических диатезов. Это группа заболеваний, при которых нарушена функция тромбоцитов в результате нарушения синтеза их структурных компонентов. К тромбоцитопатиям относятся тромбастения Гланцмана, сидром Бернара-Сулье, болезни пула накопления, синдром серых тромбоцитов и другие.

Коагулопатии, в основе развития которых лежит наследственный дефицит фибриногена, протромбина, факторов V, VII, X, XI и XIII, встречаются в популяции с частотой 1 :500000-1 :1 000000.

Клиническая картина

Для БВ характерны петехиальная сыпь, синяки, носовые, десневые, желудочно-кишечные кровотечения, гематурия, кровоизлияния в полость крупных суставов.

Возможны длительные кровотечения при травмах, удалении зубов, операциях. Около 65% женщин с БВ страдают меноррагиями. С конца II — начала III триместра беременности активность фактора VIII возрастает на 200-350%, наблюдается улучшение течения болезни, часто ремиссия. Накануне и после родов концентрация ФВ и фактора VIII быстро уменьшается и возвращается к исходному уровню, что сопровождается увеличением риска кровотечений.

Наследственные тромбоцитопении и тромбоцитопатии проявляются маточными и носовыми кровотечениями, кровоточивостью десен, подкожными кровоизлияниями. Роды сопряжены с высоким риском кровотечений. При развитии гестоза может возникнуть диагностическая дилемма, т. к. малое количество тромбоцитов может напоминать HELLP синдром, но и оба эти состояния могут присутствовать одновременно.

У женщин-носительниц генов гемофилии А и В, как правило, наблюдается повышенный риск кровотечений в родах и в послеродовом периоде, который может реализоваться при акушерских осложнениях и экстрагенитальной патологии. Для дефицита факторов X, V, II характерны гематурия, желудочно-кишечные кровотечения и гемартрозы. Тяжесть клинических проявлений зависит от степени выраженности наследственного дефекта.

Лабораторная диагностика является основополагающей для дифференцирования различных видов геморрагических диатезов, т. к. клиника имеет много общих черт.

У беременных с геморрагическими диатезами выявляются:

1. Снижение количества тромбоцитов ниже 150х10° в литре, выявление их аномальных форм.
2. Нарушение индуцированной агрегации тромбоцитов с использо-ванием различных индукторов: аденозиндифосфата, адреналина и ристоцетина.
3. Снижение содержания антигена и активности ФВ
4. Удлинение времени свертывания крови по Ли-Уайту и времени кровотечения.
5. Увеличение АЧТВ.
6. Удлинение протромбинового времени.
7. Снижение концентрации фибриногена.
8. Снижение содержания различных факторов свертывания крови.
9. Нарушение ретракции кровяного сгустка.

При подозрении на наличие врожденных нарушений системы гемостаза показана консультация гематолога, при подтверждении диагноза — диспансерное наблюдение в специализированном учреждении.

<u>Акушерская тактика</u>

Родоразрешение проводится только в специализированном родовспомогательном учреждении, имеющем врача-гематолога и собственное отделение переливания крови, куда беременная должна быть направлена не позже 38 недели беременности.

При наследственных дефектах системы гемостаза предпочтительно родоразрешение через естественные родовые пути при доношенном сроке беременности. При геморрагических диатезах досрочное родоразрешение, также, как и родоразрешение путем кесарева сечения, проводится только по акушерским показаниям.

Как правило, хирургический гемостаз неэффективен без адекватной заместительной терапии компонентами системы свертывания крови.

При развитии массивного акушерского кровотечения у женщины с геморрагическим диатезом инфузионно-трансфузионную терапию следует проводить совместно со специализированной гематологической бригадой.

Особенности трансфузионной терапии в родах и в послеродовом периоде

При БВ применяется заместительная терапия препаратами, со-держащими фактор VIII/ ФВ.

Для лечения БВ, согласно Национальному стандарту, необходимо использовать

препараты фактор VIII/ ФВ (Wilate, Octapharma, Гер¬мания, Швеция), фактор VIII (Immunate, Baxter, Австрия, Octanat Octapharma, Германия, Швеция и другие).

В настоящее время использование криопреципитата крайне огра-ничено вследствие незначительной концентрации фактора VIII в препарате, ненадежной вирусной инактивации препарата и возможных посттрансфузионных реакций.

В препарате Immunate (Baxter, Австрия) соотношение ФВ к фа- тору свертывания VIII составляет 0,6. Препарат Wilate (Octapharma) разработан специально для лечения БВ и содержит ФВ в соотношении с фактором VIII 1:1.

Разовая доза фактора свертывания крови X, МЕ, для БВ должна быть рассчитана по следующей формуле:

X = M x (L - P) x 0,5, где M — масса тела пациентки в кг, L — желаемый уровень фактора в плазме пациентки в %, P — исходный уровень фактора в плазме до введения препарата.

При наличии в крови ингибиторов к ФВ или фактору VIII необхо¬димо применить рекомбинантный фактор VIII — октоког альфа или эптаког альфа (активированный).

При БВ 1 типа (при уровне фактора VIII более 5 %) с гемоста-тической целью может быть использован десмопрессин, увеличивающий синтез ФВ. Препарат вводится внутривенно капельно в дозе 0,3 мкг/кг массы тела в 50 мл физиологического раствора в течение 30 минут. До начала лечения необходимо проведение тестовой инфузии для определения эффективности применения препарата.

Учитывая вариабельность показателей фактора VIII, в случае возникновения кровотечения женщинам с БВ вне зависимости от лабораторных данных назначается фактор VIII/ФВ в дозе 25 МЕ/кг. При хирургических малоинвазивных и стоматологических вмешательствах фактор VIII/ФВ вводится за час до операции и через 12 и 24 часа после нее. Возможно продолжение терапии в течение 3 суток каждые 24 часа до остановки кровотечения.

У всех больных заместительная терапия препаратами, содержащими фактор VIII/ФВ, должна быть начата в I периоде родов. При плановом родоразрешении путем кесарева сечения заместительную терапию начинают за 1—2 дня. Во время хирургических вмешательств и в первые двое суток после операции (родоразрешения) уровень фактора VIII должен находиться в пределах 80-100%, а в послеоперационный период — 50% до полного заживления раны. Агрегацию тромбоцитов, индуцированную ристоцетином, следует поддерживать на уровне 80-100%.

Наиболее опасны поздний послеродовый (6-10 сутки) и послеоперационный (6-13 сутки) периоды, когда уровень факторов VIII и ФВ падает, а полного заживления раневой поверхности еще не происходит, поэтому послеродовая заместительная терапия наряду с утеротоническими средствами должна продолжаться, по крайней мере, в течение 7 дней.

Беременным, роженицам и родильницам с БВ противопоказаны антикоагулянты, дезагреганты, низкомолекулярные декстраны, препараты гидроксиэтилкрахмала, нестероидные противовоспалительные средства и аналгетики.

Решение о применении эпидуральной анестезии должно приниматься индивидуально в зависимости от факторов риска. При БВ типа 1 увеличение синтеза ФВ и ФУШ во время беременности может привести к нормализации этих показателей, что позволяет произвести эпидуральную анестезию во время родов.

При врожденных тромбоцитопатиях и тромбоцитопениях переливание препаратов, содержащих нормальные тромбоциты, проводится при возникновении кровотечения, а также планово во II и III периоде родов и во время операции кесарева сечения. В ответ на трансфузию препаратов тромбоцитов могут образовываться антитромбоцитарные антитела, что сделает дальнейшую заместительную терапию тромбоцитами невозможной. Для удаления антитромбоцитарных антител и повышения гемостатического эффекта трансфузии применяется плазмоферез. У пациентов с антитромбоцитарными антителами при развитии кровотечения следует использовать рекомбинантный активированный

фактор VII (НовоСэвен).

Врожденные тромбоцитопатии и тромбоцитопении являются противопоказаниями для введения антикоагулянтов и дезагрегантов.

Патогенетической терапией врожденных коагулопатий является заместительная терапия факторами свертывания крови (плазменными и рекомбинантными), дефицит которых наблюдается. Женщины-носительницы гена гемофилии имеют более высокий риск акушерского кровотечения при родоразрешении.

Формула расчета разовой дозы фактора свертывания крови X, МЕ:

Для гемофилии А (дефицит фактора VIII) при тяжелой фор¬ме X = M x L x 0,5, при формах средней тяжести и легкой X = M x (L - P) x 0,5. Для гемофилии В (дефицит фактора IX) при тяжелой форме X = M x L x] ,2, при формах средней тяжести и легкой X = M x (L - P) x 1,2, где X — доза фактора свертывания для однократного введения, МЕ, M — масса тела женщины в кг, L — желаемый уровень фактора свертывания в плазме пациентки в %, P — исходный уровень фактора свертывания до введения препарата. Во время хирургических вмешательств и в первые 2 суток после операции поддержание гемостаза осуществляется путем обеспечения уровня фактора VIII или IX 100-120%, затем 60% до полного заживления раны.

Риск акушерских кровотечений при парагемофилии (врожденной недостаточности фактора V) очень высок в случае гомозиготного но- сительства врожденного дефекта. Для профилактики кровотечений в родах и при оперативном родоразрешении, а также в течение недели после родоразрешения применяют свежезамороженную плазму в дозе 20-25 мл/кг массы. Свежезамороженная плазма вводится с целью достичь адекватного для гемостаза уровня фУ — 25-30% от нормы.

При болезни Александера (врожденный дефицит фактора VII) показаны трансфузии свежезамороженной плазмы в родах и послеродовом периоде либо применение рекомбинантного фактора VII (препарат НовоСэевен). Для проведения оперативного вмешательства и родоразрешения через естественные родовые пути необходим уровень фУИ не менее 10-20% от нормы.

Много преимуществ отмечено при введении рекомбинантного фактора VII. Вначале лечения рекомендуется вводить НовоСэвен в/в (болюсная инъекция) из расчета 90 мкг на 1 кг массы тела. В зависимости от типа и тяжести кровотечения или оперативного вмештельства после начальной дозы нужно вводить препарат в диапазоне доз 60-120 мкг на 1 кг массы тела каждые 2-3 ч для достижения гемостаза и до улучшения клинического состояния. При обширных оперативных вмешательствах препарат продолжают вводить в течение нескольких суток с интервалом 6-8 ч.

При синдроме Стюарта—Прауэра (врожденная недостаточность фактора X) риск акушерских кровотечений также крайне высок. Для адекватного гемостаза необходимо восстановление уровня фX до 40-50% от нормы. Показано введение свежезамороженной плазмы в дозах 10-15 мл/кг в сутки в родах и ежедневно в течение недели после родов. Показано также профилактическое применение с первого периода родов заместительной терапии концентратом протромбинового комплекса, содержащим факторы II, VII, IX, X и протеин С. Данный препарат нужно использовать с осторожно¬стью и избегать достижения уровня фX более 50% от нормы, т. к. это может привести к тромбоэмболии. Доза препарата составляет 50-125 ЕД/кг, в первые 36-48 часов не назначается более 2-3 стандартных доз.

Для заместительной терапии кровотечения при дефиците фактора XIII используют концентрат фХШ, при этом 10-20 ед/кг концентрата фХШ каждые 4-6 недель обеспечивают адекватный уровень фактора в плазме у большинства больных, который составляет 3-5 %. Во избежание самопроизвольного выкидыша, частота которого при дан¬ной патологии достигает 80%, необходимо профилактическое введение препарата с ранних сроков беременности. В настоящее время испытания проходит рекомбинантный

фХШа.

При беременности для лечения и профилактики кровотечений у больных с дефицитом протромбина начальная доза свежезамороженной плазмы составляет 25 мл/кг, поддерживающая — 10 мл/кг. Лечение продолжается не менее 7 дней после родов. Альтернативой служит использование концентрата протромбинового комплекса. Гемостатический эффект достигается при уровне протромбина 40-50%.

При наследственном дефиците фибриногена показано применение концентрата фибриногена либо свежезамороженной плазмы. Требуемый уровень фибриногена для обеспечения гемостаза в родах через естественные родовые пути и при кесаревом сечении от 1,5 г/л до 2 г/л.

Оценка эффективности лечения проводится по нормализации параметров системы гемостаза. Кроме того, показателем эффективности лечения является отсутствие осложнений в течении беременности, родов и в послеродовом периоде, а также удовлетворительное состояние плода и новорожденного.

Кровотечения, обусловленные приобретенными нарушениями в системе гемостаза

Этиология и патогенез

Самой частой причиной приобретенной тромбоцитопении является идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа), имеющая аутоиммунную природу, которая составляет 90% от всех тромбоцитопений. У большинства женщин начало тромбоцитопении не связано с беременностью. Тромбоцитопения обусловена образованием в селезенке антител к тромбоцитам. Жизненный цикл тромбоцитов укорачивается до нескольких часов. Тромбоциты с фиксированными на поверхности антителами активно удаляются селезенкой.

Клиническая картина

При приобретенных нарушениях в системе гемостаза наблюдаются носовые, десневые кровотечения, «синячковый синдром», гипер- полименоррея. Примерно у 10% больных иммунной тромбоцитопе-нией манифестация происходит при беременности. Из осложнений в течении беременности характерными являются угрожающий выкидыш с частичной отслойкой плодного яйца, ПОНРП, коагулопатическое кровотечение в раннем послеродовом периоде.

Диагностика

Аутоиммунную природу тромбоцитопении доказать не всегда удается, поскольку существуют большие методические трудности при определении фиксированных на тромбоцитах антител. Для определения антител к тромбоцитам используют реакцию агглютинации, реакция связывания комплемента и другие тесты. К наиболее надежным методам относятся реакция связывания комплемента и тест потребления антиглобулина. Одним из дифференциально диагностических признаков аутоиммунной тромбоцитопении является положительный эффект от кортикостероидной терапии и усугубление тромбоцитопении при переливании донорских тромбоцитов.

Лечение

Сразу после постановки диагноза назначают преднизолон, 1-2 мг кг/сут внутрь. Улучшение обычно наступает через 1-2 нед. Если лечение кортикостероидами в течение 3-4 нед. неэффективно, показана спленэктомия. Она эффективна у 70-90% больных, у 70% из них после операции число тромбоцитов устойчиво превышает 50х 10ч в литре. При неэффективности спленэктомии продолжают применять кортикостероиды и назначают цитостатики. При неэффективности других методов лечения применяют также иммуносорбцию и реже — плазмаферез.

Акушерская тактика

Беременность противопоказана при отсутствии эффекта от лечения, тяжелом течении с необходимостью применения цитостатиков, рецидивирующих кровотечениях. При беременности показанием для назначения глюкокортикоидов служит геморрагический синдром и прогрессирующая тромбоцитопения. Преднизолон назначают в дозе 50 мг в сутки. После нормализации уровня тромбоцитов переходят на поддерживающую дозу преднизолона (10-20 мг в сутки). Беременная должна находиться под наблюдением гематолога.

Родоразрешение проводят в специализированном родовспомогательном учреждении. Кесарево сечение проводят только по акушерским показаниям. Перед родоразрешением за 2-3 недели назначаются глюкокортикоиды в дозе 10-20 мг в сутки. Выполняют регулярный контроль числа тромбоцитов и регулярные коагулограммы. При развитии кровотечения проводят трансфузию отмытых эритроцитов по индивидуальному подбору. Переливание тромбоцитарной массы малоэффективно, так как перелитые тромбоциты разрушаются так же, как и собственные.

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ШОК

Геморрагический шок — процесс, развивающийся вслед за массивным кровотечением во время беременности, родов или в послеродовом периоде и характеризующийся длительной гипотензией и гипоксией.

Причинами острой массивной кровопотери в акушерской практике являются:

- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- предлежание плаценты;
- повреждения мягких тканей родовых путей (разрывы тела и шейки матки, влагалища);
- повреждения сосудов параметральной клетчатки с формированием гематом;
- кровотечение в раннем послеродовом периоде.

Острая массивная кровопотеря в акушерской практике имеет ряд особенностей. Во-первых, общая кровопотеря, как правило, превышает наружную минимум в 1,5 раза. Кроме того, беременные с гестозом вследствие дефицита ОЦК чрезвычайно чувствительны к потере даже небольшого объема крови. При острой кровопотере тяжелые нарушения микроциркуляции способствуют развитию рефрактерности миометрия к стимуляторам. И еще один немаловажный факт — кровопотеря в акушерстве часто развивается на фоне исходной анемии беременных.

Геморрагический шок, являющийся основной и непосредственной причиной смерти рожениц и родильниц, продолжает оставаться наиболее опасным осложнением, определяющим летальный исход.

По скорости развития кровопотерю подразделяют на острую (более 7% ОЦК за час), подострую (5-7% ОЦК за час) и хроническую (менее 5% ОЦК за час), по объему кровопотеря может быть малой

0, 5-10% ОЦК (0,5 л), средней 10-20% ОЦК (0,5-1,0 л), большой 21-40 ОЦК (1,0-2,0 л), массивной 41-70% ОЦК (2,0-3,5 л) и смертельной — свыше 70% ОЦК (более 3,5 л).

Патофизиология геморрагического шока

У молодых соматически здоровых женщин кровопотеря 500-700 мл (10% ОЦК) не вызывает существенных клинических признаков.

Уменьшение давления крови в капиллярах и снижение гидростати-ческого давления приводят к поступлению межтканевой жидкости в венозное русло (аутогемодилюция) с начальной скоростью 100 мл/ч. В дальнейшем скорость поступления жидкости замедляется с восстановлением ОЦК до нормы в течение 18-48 часов. Этот процесс носит

двухфазный характер. В первую фазу (ограниченную временем крово-течения) в кровь поступает безбелковая жидкость, которая достаточно быстро вводится почками. Во второй фазе (через 2-24 часа) объем плазмы восстанавливается межклеточной жидкостью, содержащей белок. Путем аутогемодилюции организм способен самостоятельно восполнить до 30% ОЦК. Клинически аутогемодилюция проявляется клеточной гипогидратацией (снижение тургора кожи, западение глазных яблок).

Потеря до 20 % ОЦК почти полностью компенсируется за счет рефлекторного спазма вен. При большей кровопотере для поддержания нормального АД спазма вен становится недостаточно. Развивается ортостатический феномен, который проявляется в головокружении, усилении тахикардии, снижении АД при перемене положения тела, попытках подъема с постели. Феномен ортостатической гипотензии объясняют перераспределением крови с ее оттоком из верхней части тела (от мозговых структур) и снижением сердечного выброса.

Остро возникший дефицит ОЦК более 20-25 % ведет к уменьшению венозного возврата. Давление наполнения в полостях сердца уменьшается, вследствие чего компенсаторно снижаются ударный объем сердца (УО), минутный объем сердца (МОС) и артериальное давление (АД). В ответ на это включаются компенсаторно-приспособительные реакции. В первую очередь артериальная гипотензия в дуге аорты возбуждает барорецепторы высокого давления, что обусловливает активацию симпатико-адреналовой системы в виде повышенного выброса мозговым слоем надпочечников катехоламинов (адреналина и норадреналина). Концентрация адреналина может увеличиваться в 2 раза, норадреналина — в 6 раз. Развивается тахикардия, стимуляция а-адренорецепторов приводит к спазму артерий и вен. Спазм сосудов кожи, подкожной клетчатки, желудочно-кишечного тракта может обеспечить поступление в сосудистое русло до 500-600 мл крови. Повышение сократительной функции миокарда, вазоспазм, перераспределение крови обеспечивают сердечный выброс, необходимый для поддержания достаточного кровоснабжения головного мозга и сердца. Выброс катехоламинов при шоке обуславливает снижение емкости сосудистого русла, перераспределение внутрисосудистой жидкости из периферических сосудов в центральные, что способствует поддержанию АД. Одновременно активируется система гипоталамус – гипофиз - надпочечники, что проявляется массивным выбросом в кровь адренокортикотропного гормона, кортизола, альдостерона, антидиуретического гормона, следствием чего является увеличение осмотического давления плазмы крови, усиление реабсорбции натрия хлорида и воды, снижение диуреза и увеличение объема внутрисосудистой жидкости.

Таким образом, при геморрагическом шоке возникает феномен централизации кровообращения. Изначально централизация кровообращения является защитной реакцией, направленной на преимущественное поддержание кровотока в сердечной мышце, мозге, легких. Централизация кровообращения на некоторое время повышает системное АД и увеличивает венозный возврат. Однако длительное нарушение кровотока в жизненно важных органах способствует развитию дистрофических, некробиотических процессов и тяжелой недостаточности функции жизненно важных органов.

Наиболее характерными клиническими признаками централизации кровообращения являются снижение кровоснабжения кожи, ведущее к нарушению терморегуляции (гипотермия, мраморная холодная кожа) и резкое снижение клубочковой фильтрации вплоть до анурии. Недостаточность кровоснабжения головного мозга клинически проявляется изменениями психики и нарушением сознания больной.

Длительный спазм сосудов тканей всегда сопровождается гипоксией различной степени тяжести, которая приводит к смене аэробного окисления глюкозы на анаэробное, следствием чего является накопление в тканях значительного количества лактата и некоторых других кислых продуктов обмена. В результате развившегося ацидоза повышается проницаемость капилляров, и значительная часть циркулирующей плазмы

выходит за пределы сосудистого русла, способствуя уменьшению ОЦК и прогрессированию гиповолемии, что, в свою очередь, еще больше снижает венозный возврат. Гиповолемия приводит к нарушению функции миокарда, снижению ударного и минутного объема сердца, формируя порочный круг, когда гиповолемия и ишемия потенцируют развитие друг друга.

Замедление периферического кровотока в значительной степени повышает вязкость крови, нарушает ее стабильность и вызывает феномен агрегации эритроцитов, так называемые «монетные столбики», которые запускают процесс образования микросвертков. Агрегаты блокируют микроциркуляцию, вызывая тем самым ишемию соответствующих тканей.

Длительная ишемия способствует развитию феномена патологического депонирования («секвестрации»). Основу «секвестрированной» крови составляют агрегаты клеток, капли жира, активные полипептиды, кислые метаболиты и другие продукты клеточной деструкции. Образно говоря, такое «кровяное озеро» быстро превращается в «болото», так как стаз и ацидоз подготавливают почву для внутрисосудистой коагуляции — синдрома ДВС.

Резкое снижение тока крови при геморрагическом шоке вызывает острую местную ишемию слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Тяжелая и длительная ишемия, продолжающаяся более 30 мин, опустошает сосуды гастродуоденальной слизистой оболочки, вызывает некрозы и десквамацию клеток эпителия, выстилающих просвет желудка и двенадцатиперстной кишки, что приводит к образованию острых стрессовых язв.

Образующиеся в сосудах микроэмбольт, включающие тромбоциты и лейкоциты, с током крови попадают в малый круг кровообращения, вызывая микротромбоз спазмированных сосудов легких, нарушение вентиляционно-перфузионных соотношений, что является одним из факторов развития респираторного дистресс-синдрома.

Особенности развития геморрагического шока при различной акушерской патологии

Фоном для развития и быстрого углубления тяжести геморрагического шока могут быть факторы, сопутствующие осложненной беременности.

Предлежание плаценты

Характеризуется течением беременности на фоне сниженного АД и недостаточного прироста ОЦК. Нередко развивающиеся при беременности, осложненной предлежанием плаценты, повторные небольшие кровопотери, также способствуют развитию анемического синдрома.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты причиной которой, как правило, являются тяжелые формы гестоза, хронические заболевания почек, сердечно-сосудистой системы, происходит на фоне длительных предшествующих нарушений периферического кровообращения вплоть до хронической формы синдрома ДВС. По существу, эта патология сама по себе является следствием хронической недостаточности маточно-плацентарного кровотока. То есть, отслойке плаценты часто сопутствует дисфункция многих жизненно важных органов (печень, почки, нарушение мозгового кровообращения).

Фоновая патология как причина отслойки плаценты, например тяжелый гестоз, способствует снижению физиологического прироста ОЦК. При этом происходит преимущественная потеря объема плазмы (гиповолемия) при относительно сохранном объеме эритроцитов (гемоконцентрация).

В результате нарушается текучесть крови, повышается ее вязкость. Эти и другие изменения реологических свойств крови приводят к стазу и разрушению эритроцитов,

активации тромбоцитов, потреблению на локальном уровне прокоагулянтов плазмы. Развивается хроническая форма синдрома ДВС: образующиеся микросвертки затрудняют периферический кровоток, что способствует нарушению регионарного кровоснабжения с развитием недостаточности жизненно важных органов и систем. Нарушение функции органов и систем в сочетании со снижением необходимого для беременности прироста ОЦК и нарушениями микроциркуляции резко снижают защиту роженицы, родильницы от большой кровопотери, предрасполагают к развитию шока.

Кровотечение при отслойке плаценты характеризуют:

1) нарушение маточного компонента гемостаза (пережатие сосудов сокращенным миометрием), этот важнейший фактор остановки послеродового кровотечения полностью парализован за счет пропитывания миометрия кровью, вытекающей из ретроплацентарной гематомы (матка Кувелера);

2) быстрое развитие острой формы синдрома ДВС, в результате чего оказывается выключенным и коагуляционный потенциал гемостаза.

Гипотоническое кровотечение приводит к развитию геморрагического шока постепенно, когда объем кровопотери достигает 30 и более % ОЦК (1500 мл и более).

<u>Клиническая картина геморрагического шока</u>

В развитии геморрагического шока различают компенсированный (синдром малого выброса), декомпенсированный и необратимый шок.

Оценка адекватности гемодинамики является важнейшим диагностическим признаком геморрагического шока:

- ✓ характеристика цвета и температуры кожных покровов, особенно конечностей,
- ✓ оценка пульса,
- ✓ измерение АД,
- ✓ оценка шокового индекса,
- ✓ определение почасового диуреза,
- ✓ измерение центрального венозного давления,
- ✓ определение гематокрита, характеристика КОС крови.

При компенсированном геморрагическом шоке сознание сохранено, больная спокойна или несколько возбуждена, кожные покровы бледные, холодные. Пульс частый, слабого наполнения. Артериальное давление чаще нормальное, центральное венозное давление — близко к нулю. Темп диуреза снижен.

Декомпенсированный геморрагический шок (потеря более 30% ОЦК) характеризуется теми же симптомами, что и компенсированый шок (бледность, тахикардия, олигоурия) с присоединением ар термальной гипотензии и профузного потоотделения. При осмотре выявляются акроцианоз, холодные конечности, усиливается тахикардия и одышка, тоны сердца глухие. Иногда при глубоком вдохе сердечные тона исчезают. Острая массивная кровопотеря сопровождается триадой — низким АД, частым нитевидным пульсом и холодной влажной кожей.

Необратимый шок клинически проявляется неэффективностью лечения, проводимого в полном объеме. Коррекция дефицита ОЦК, инфузионная терапия и инотропная поддержка не стабилизируют показатели гемодинамики и не увеличивают сердечный выброс, искусственная вентиляция легких в оптимальном режиме не увеличивает РаОг, отсутствует положительная динамика уровня сознания больной в процессе терапии, сохраняется гиперосмолярный синдром, несмотря на использование методов эфферентной терапии.

Традиционно кровопотерю разделяют на 4 степени (табл. 3).

Таблица 3

Классификация кровопотери

Показатели	Степени кровопотери			
	I	II	III	IV
Кровопотеря (мл)	<750	750-1500	1500-2000	>2000
Дефицит ОЦК (%)	<15%	15-30%	30-40%	>40%
ЧСС в мин	<100	>100	>120	>140
АД	Норма	Снижено	Снижено	Снижено
ЧД в мин	14-20	20-30	30-40	>35
Диурез (мл/ч)	>30	20-30	5-15	0
Сознание	Норма	Возбуждение	Спутанное	Утрачено

Интенсивная терапия геморрагического шока

Лечебно-диагностические мероприятия при кровотечении следует начинать как можно раньше, то есть с началом кровотечения, стремясь к максимальному ограничению кровопотери и, следовательно, предупреждая развитие шока.

Организационные мероприятия:

1. Совместный осмотр больной акушером и анестезиологом- реаниматологом.
2. Разработка плана обследования и лечения больной.
3. Информирование о тяжести состояния администрации акушерского стационара.
4. Транспортировка больной в операционную или отделение реанимации и интенсивной терапии.

Лечебно-диагностические мероприятия:

1. Ингаляция кислорода через маску или назальный катетер.
2. Мониторинг основных показателей гемодинамики и газообмена (АД, ЧСС, Sp02).
3. Катетеризация центральной вены и/или двух периферических вен катетером большого диаметра.
4. Инфузионно-трансфузионная терапия.
5. Катетеризация мочевого пузыря.
6. Лабораторное обследование при угрожающем состоянии:

• динамическое определение концентрации гемоглобина, эритроцитов, оценка гематокрита, времени свертывания крови по Ли-Уайту, числа тромбоцитов;

• биохимическое исследование крови (общий белок, билирубин, мочевина, глюкоза, электролиты);

• динамический мониторинг состояния коагуляционного гемостаза.

7. Оперативное вмешательство проводят с анестезиологическим обеспечением в виде многокомпонентной общей анестезии в условиях искусственной вентиляции легких.
8. Консультация смежных специалистов (гематолог, терапевт, невролог, окулист) по показаниям.

ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Инфузионно-трансфузионная терапия акушерских кровотечений должна учитывать:

1) изменение гомеостаза беременных;
2) степень участия компенсаторно-приспособительных реакций на кровопотерю;
3) наличие нарушений гемостаза;
4) влияние инфузионно-трансфузионных сред на волемические, реологические и

гемостатические свойства крови и кислотно¬основное состояние.

Изменения показателей гомеостаза при доношенном сроке беременности к моменту родов предъявляют к гемодинамическим кровезаменителям при лечении гиповолемии ряд требований .

При не осложненном течении беременности, этим требованиям максимально отвечает 6 % сбалансированный раствор гидроксиэтилированного крахмала (ГЭК) 130/0,42 — Тетраспан.

При осложненном течении беременности и кровотечениях, обусловленных нарушениями гемостаза, этим требованиям максимально отвечает раствор модифицированного желатина — Гелофузин.

Изменения показателей гомеостаза при доношенном сроке беременности к моменту родов так же предъявляют ряд требований к электролитам при лечении гиповолемии. Этим требованиям максимально отвечает электролитный раствор — Стерофундин изотонический Объем и структура инфузионно-трансфузионных сред в лечении акушерских кровотечений зависит как от объема кровопотери, так и причин кровотечений.

Акушерские кровотечения без нарушения гемостаза

Объем и структура кровезаменителей (инфузионных сред) рекомендованных при лечении кровотечений без нарушений гемостаза, вызванных акушерской патологией, представлены в таблице 10.

Инфузионная терапия кровопотери, превышающей 30% ОЦК, может сопровождаться развитием гемодилюционной коагулопатии (Ht < 28%). Для ее профилактики следует предусмотреть переливание свежезамороженной плазмы, количество которой должно составлять не менее 25-30% всего объема инфузионно-трансфузионных сред, назначаемых для восполнения кровопотери, превышающей 30% ОЦК. Если в качестве искусственного коллоидного раствора применялся ЕЭК и/или декстран можно ожидать их прямого отрицательного воздействия на первичный и вторичный гемостаз. Может присоединяться коагулопатическое кровотечение, требующее гемостатической терапии (свежезамороженная плазма). В качестве коллоида далее следует применять только производные желатины (гелофузин, желатиноль) или полиэтиленгликоля (полиоксидин).

Выбор эритроцитсодержащих компонентов для замещения кро-вопотери зависит от ее состава и свойств.

Массивная кровопотеря 25-30% ОЦК, сопровождающаяся снижением уровня гемоглобина ниже 70-80 г/л, гематокрита ниже 25 % и возникновением циркуляторных нарушений является показанием к трансфузии эритроцитсодержащих компонентов (ЭК) (приказ № 363). Есть мнение, что при нормальном газообмене в легких критический уровень доставки кислорода тканям (Са02) 10 мл/дл осуществляется при гемоглобине 65-70 г/л.

Одна доза перелитого донорского ЭК повышает содержание гемоглобина у реципиента в среднем на 10 г/л, а гематокрита на 4-6%.

Следует применять нативные ЭК до 3 дней хранения в консерванте CPD или глюгицир, до 5 дней в консерванте CPDA-1 и до 7 дней в ресуспендирующем растворе SAGM.

У больных с патологией сердца гемоглобин рекомендуется под-держивать на уровне не менее 100 г/л.

Соотношение между растворами необходимо учитывать в общей оценке объема потерянной крови и всех замещающих компонентов, включая препараты крови.

При кровопотере до 20% ОЦК (до 1000 мл):

- ✓ Объем переливаемой жидкости должен превышать кровопотерю в 1,5 раза.
- ✓ Коллоиды: кристаллоиды 1:1 (800 мл солевых растворов, 800 мл препаратов

гидроксиэтилкрахмала).

При кровопотере 20-40% ОЦК (1000-2000мл):

- ✓ Объем переливаемой жидкости должен превышать кровопотерю в 2 раза.
- ✓ Эритроцитарная масса 500-1000 мл, коллоиды: кристаллоиды 2:1. При кровопотере свыше 2000 мл:
- ✓ Объем переливаемой жидкости должен превышать кровопотерю в 2,5 раза.

Более 0,5 объема кровопотери должно быть замещено эритро цитарной массой.

ДВС-СИНДРОМ

Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (синдром ДВС) представляет собой нарушение гемостатического баланса, развивающееся в ответ на патологическую активацию системы свертывания крови.

В патогенезе синдрома участвуют сосудистый эндотелий, тромбоцитарное звено, все факторы гемостаза и фибринолиза. Как следует из названия синдрома, процесс образования внутрисосудистых свертков распространен на всю систему микроциркуляции.

В результате:

1) нарушается кровоснабжение органов и тканей с развитием органной недостаточности,

2) резко снижается концентрация прокоагулянтов или факторов свертывания крови, что приводит к массивному, часто неконтролируемому, кровотечению. Учитывая патогенез синдрома ДВС, нередко эту патологию называют «коагулопатией потребления», то есть состоянием недостаточности коагуляционного потенциала за счет потребления, расхода факторов системы гемостаза на формирование внутрисосудистых свертков.

Синдром ДВС может протекать в хронической форме (новообра-зования, цирроз печени, в акушерстве — осложнение беременности гестозом), может принимать подострое течение, что наблюдается при гнойно-воспалительных процессах, сепсисе, но чаще наблюдают его острое течение.

В акушерской практике острая форма ДВС-синдрома встречается при следующих состояниях:

- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- эмболия околоплодными водами;
- разрыв матки;
- септический шок;
- тяжелые формы гестоза (HELLP-синдром);
- геморрагический шок как следствие патологической кровопотери при беременности, в родах, в раннем послеродовом периоде;
- острый жировой гепатоз беременных;

В течении ДВС-синдрома условно можно выделить три стадии.

1 стадия: активация системы гемостаза, инициируемая трансмембранным гликопротеином (тканевым фактором). Тканевой фактор содержится в клетках эндотелия, моноцитах, макрофагах и в норме не контактирует с компонентами гемостаза. Его поступление в кровоток происходит при травме (нарушение целостности сосуда), при воздействии эндотоксинов, некоторых компонентов системы иммунитета (фактор некроза опухоли) и др. Стадия активации системы гемостаза может быть очень кратковременной и в большинстве случаев остается недиагностированной.

2 стадия — коагулопатия потребления без активации фибринолиза характеризуется снижением концентрации и активности прокоагулянтов за счет их повышенного потребления в процессе свертывания крови. Клинически проявляется резким удлинением времени свертывания крови, образованием больших подкожных гематом и кровотечением из мест инъекций, родовых путей, операционной раны с

замедленным образованием рыхлых сгустков;

3 стадия — коагулопатия потребления с активацией системы фибринолиза.

Избыток циркулирующего тромбина, возникающий в процессе коагуляционного каскада, способствует активации фибринолитической системы. В результате воздействия плазмина происходит растворение внутрисосудистых свертков с образованием продуктов деградации фибриногена/фибрина. Обладая мощной антикоагулянтной потенцией, эти продукты вносят свой вклад в темп и характер кровотечения: усиленный фибринолиз совместно с дефицитом прокоагулянтов, как правило, способствует профузному кровотечению несвертывающейся кровью из всех раневых поверхностей.

Если кровотечение удается прекратить, в восстановительном периоде пациентка может встретиться с новыми осложнениями. Они, как правило, связаны с компенсаторной активацией системы гемостаза в первые дни после кровотечения, что проявляется в виде развития венозных тромбозов и тромбоэмболических эпизодов, но чаще всего в виде нарушений микроциркуляции с полиорганной недостаточностью (острая почечная недостаточность, острая недостаточность печени, надпочечников, нарушения мозгового кровообращения, инфаркты органов и др.).

Клиническая картина острой формы ДВС-синдрома

Наиболее частыми клиническими проявлениями острой формы ДВС-синдрома являются кровотечение, коллапс и шок, тромбозы и тромбоэмболии, нарушение функции жизненно важных органов (печени, почек, легких, головного мозга, надпочечников), что связано с нарушением гемостаза по типу коагулопатии и ишемическим повреждением тканей. Острая форма ДВС-синдрома проявляется массивным генерализованным кровотечением жидкой кровью и шоком. Быстро прогрессирует артериальная гипотензия, нарушается сознание, развиваются острая дыхательная и сердечная недостаточность, олиго- и анурия. Геморрагический синдром проявляется кровотечением из матки, операционной раны, симптомами общей кровоточивости: гематурия, кровохаркание, появление экстравазатов на коже, кровотечение из желудочно-кишечного тракта, признаки микроангиопатии (гемолиз, петехиальная сыпь, мраморный оттенок кожи).

Лабораторная диагностика ДВС-синдрома

Диагноз подтверждают следующие лабораторные тесты: удлинение времени свертывания крови (тест Ли-Уайта), удлинение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), удлинение показателя международного нормализованного отношения (МНО), удлинение протромбинового и тромбинового времени, снижение концентрации фибриногена, повышение концентрации Д-димеров.

Время свертывания крови по Ли-Уайту характеризует количество и активность прокоагулянтов и в норме составляет 5-7 минут.

Протромбиновое время отражает суммарное состояние активности и концентрации факторов II, V, VII, X и фибриногена. В настоящее время этот показатель пересчитывают в МНО с целью сравнения результатов, получаемых в разных лабораториях и с использованием разных тест-систем. В норме МНО считают равным единице (1,0).

АЧТВ — это общий коагуляционный тест. В отличие от протромбинового времени, АЧТВ отражает суммарное состояние всех факторов внутреннего пути гемостаза и все ступени его активации. Поэтому удлинение АЧТВ — это свидетельство дефицита факторов свертывания крови и тенденции к кровоточивости. Исключение — определение АЧТВ в присутствии волчаночного антикоагулянта, когда удлинение показателя является свидетельством риска развития тромбозов (антифосфолипидный синдром). Тромбиновое время характеризует состояние дефицита фибриногена как главного субстрата для тромбина. Также отражает активность ингибиторов тромбина (комплекс антитромбин-гепарин). Иными словами, удлинение тромбинового времени свидетельствует как о снижении концентрации фибриногена, так и о повышении ак-

тивности компонентов плазмы, блокирующих функцию тромбина.

Д-димеры — продукты распада фибрина. Так как в деградации фибриновых свертков основная роль принадлежит фибринолитической системе, концентрация Д-димеров отражает степень активации системы фибринолиза и, следовательно, степень активации системы гемостаза в целом. Д-димеры являются информативным показателем процесса диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови.

Два лечебных фактора влияют на состояние гемостаза при массивном кровотечении и могут потенцировать синдром ДВС: Это трансфузии холодных препаратов, снижающих температуру тела, например, больших количеств эритроцитной массы, и разведение плазмы крови в результате введения больших объемов инфузионных сред (гемодилюционная коагулопатия).

<u>Принципы лечения острого ДВС-синдрома</u>

Интенсивная терапия острого ДВС-синдрома направлена на устранение клинической картины шока и восстановление коагуляционного потенциала. Лечение шока включает адекватную оксигенацию, в том числе интубацию и перевод больной на искусственную вентиляцию легких, коррекцию гипотензии.

Инфузионно-трансфузионная терапия кровопотери, обусловленной сочетанием акушерской патологии с острым ДВС-синдромом, должна исключать применение кровезаменителей оказывающих прямое отрицательное воздействие на биологический гемостаз: мафусола, гидроксиэтилкрахмалов, декстранов, полиоксифумарина и перфторана. Из коллоидов для восполнения кровопотери предпочтение отдается гелофузину, в крайнем случае, желатинолю или полиоксидину. Гемостатическая терапия кровотечений, обусловленных острым ДВС-синдромом, проводится согласно фазе процесса.

Параллельно с указанными мероприятиями проводят коррекцию нарушений гемостаза. В фазе гиперкоагуляции ДВС-синдрома свежезамороженная плазма переливается с целью возмещения основных антикоагулянтов: антитромбина III, протеина С и S; трансфузия должна проводиться с высокой объемной скоростью в количестве 10-15 мл/кг.

Во II стадии ДВС-синдрома при проведении инфузионной терапии следует исключить растворы на основе декстрана и гидроксиэтилкрахмала, снижающие первичный и вторичный гемостаз, что может привести к усилению кровотечения; ингибиторы протеаз применяют в следующих дозах — контрикал 20000-60000 АТрЕ, гордокс 200000-600000 Е, трасилол 50000-100000 КИЕ внутривенно струйно. На этом этапе возможно применение гемостатического препарата транексамовой кислоты в дозе 500 мг внутривенно. Транексамовая кислота тормозит превращение плазминогена в плазмин и предотвращает фибринолиз, стимулирует агрегацию и адгезию тромбоцитов, обладает ангйопротекторным и противовоспалительным эффектами. У пациенток с нарушенной функцией почек доза транексамовой кислоты должна быть снижена, повторное введение (по показаниям) должно быть отсрочено. Препарат нельзя использовать в случаях макрогематурии из-за риска образования тромбов в мочевыделительной системе.

В III и IV стадиях ДВС-синдрома гепарин противопоказан, свежезамороженную плазму переливают с высокой объемной скоростью в дозе 15-20 и 20-30 мл/кг соответственно, увеличивают дозу ингибиторов протеаз: при III стадии ДВС-синдрома контрикал применяют в дозе 60000-100000 АТрЕ, гордокс — 600000-1 000000 Е, трасилол — 100000-300000 КИЕ, при IV стадии контрикал применяют в дозе более 100 000 АТрЕ, гордокс — более 1 000000 Е, трасилол — более 300000 КИЕ, также применяют транексамовую кислоту в дозе 500-750 мг внутривенно.

Одним из современных препаратов малообъемной реанимации для лечения острой гиповолемии и шока является ГиперХАЕС, содержащий гипертоничский раствор хлорида

натрия и гидроксо- этиловый крахмал. Одну дозу препарата вводят однократно. Волемический эффект составляет 450%. Плато эффекта сохраняется в течение 4—6 часов. Преимуществом данного плазмозамещающегося препарата является быстрая стабилизация гемодинамики.

Особого внимания в случаях ДВС-синдрома заслуживает заместительная терапия активированным рекомбинантным фактором VII (препарат NovoSeven). Введение препарата обеспечивает формирование достаточно прочного фибринового тромба, устойчивого к лизису при повышенной фибринолитической активности. Это приводит к надежному гемостазу. Препарат «НовоСэвен» отличается от других препаратов по механизму действия: активированный фактор VII включается в процесс внешнего пути коагуляционного каскада. В комплексе с тканевым фактором, выделяемым в местах повреждения сосудов, активированный фактор VII в конечном итоге обеспечивает превращение фибриногена в фибрин. Препарат достаточно надежен в критических ситуациях, когда больше неэффективен ни один из методов лечения кровотечения. Схема применения препарата: 40-60 мкг/кг внутривенно, затем те же дозы повторно 3—4 раза каждые 15-60 мин до остановки кровотечения.

Основные направления инфузионно-трансфузионной терапии:

- Замещение объема жидкости в циркуляции должно начинаться максимально быстро.
- Скорость замещения объема жидкости должна превышать темп кровопотери.
- В качестве плазмозамещающих растворов желательно использовать средства, не обладающие негативным влиянием на гемостаз и не вызывающие резкого притока интерстициальной жидкости в русло (препараты гидроксиэтилкрахмала, модифицированной желатины).
- Основное место в инфузионно-трансфузионной терапии отводят свежезамороженной плазме (20 мл/кг веса).
- Дефицит эритроцитов устраняют, используя эритроцитную массу. Эритроцитсодержащие компоненты применяют с учетом показателей гемоглобина (< 80 г/л) и, особенно, — гематокрита (< 0,25 л/л).
- В случае ДВС-синдрома трансфузионную терапию следует проводить на фоне раннего и системного применения ингибиторов протеаз (контрикал, гордокс, трасилол).
- Показано применение средств, стимулирующих активность сосудисто-тромбоцитарных компонентов гемостаза (этамзилат).
- При повышенном фибринолизе может быть использована транексамовая кислота.

Инфузионно-трансфузионную терапию проводят в комплексе с другими компонентами лечения массивной кровопотери, включая продленную искусственную вентиляцию легких (до стабилизации гемодинамических показателей).

АУТОДОНОРСТВО

Резервы снижения неблагоприятных исходов беременности и родов при акушерских кровотечениях далеко не исчерпаны. В настоящее время для профилактики кровотечений и посттрансфузионных осложнений при плановом абдоминальном родоразрешении у беременных высокого риска (рубец на матке, миома матки, анатомически узкий таз, крупный плод, многоплодие) применяют различные способы аутогемодонорства

В акушерстве предпочтение отдают дробной заготовке аутоплазмы методом плазмафереза в количестве 600 мл за 2 эксфузии с интервалом в одну неделю. Эксфузии проводят за 1-2 месяца до родоразрешения. Заготовка плазмы для замещения кровопотери более целесообразна, чем заготовка крови. Во-первых, при отсутствии фонового анемического синдрома и неосложненной операции кесарева сечения, сопровождающейся

кровопотерей не более 10-15% ОЦК, концентрация гемоглобина в послеоперационном периоде, как правило, остается не ниже 90-95 г/л.

Во-вторых, для замещения гемокоагуляционного потенциала в начальных стадиях ДВС-синдрома используют свежезамороженную плазму.

Показания к заготовке аутологичной плазмы у беременных женщин:

- ❖ планируемое кесарево сечение или высокий риск массивного кровотечения в родах;
- ❖ рубец на матке;
- ❖ гестоз;
- ❖ многоплодие;
- ❖ предлежание или низкое расположение плаценты;
- ❖ узкий таз;
- ❖ миома матки;
- ❖ рубцовые изменения шейки матки;
- ❖ переливание крови при предшествующей беременности или родах;
- ❖ отягощенный акушерский анамнез.

Заготовку аутологичной плазмы проводят в третьем триместре беременности, обычно в 26—36 недель. Количество процедур зависит от степени предполагаемой кровопотери в родах и составляет от одной до трех. Интервал между процедурами должен составлять не менее 7 дней.

Для эксфузии крови используют пластиковые контейнеры. Одномоментный объем крови для эксфузии в среднем составляет 350 мл (без учета консервирующего раствора). После центрифугирования плазму отделяют, замораживают и помещают для хранения. Аутологичные форменные элементы разводят физиологическим раствором и немедленно реинфузируют пациентке.

Объем эксфузированной плазмы возмещают в соотношении 1 : 2 изотоническими солевыми растворами. Во время всей процедуры контролируют состояние беременной, гемодинамические параметры, частоту дыхания.

Обследование до и после процедуры плазмафереза включает определение гемоконцентрационных показателей крови, исследование коагуляционного гемостаза, сосудисто-тромбоцитарного гемостаза, биохимический анализ крови, протеинограмму, оценку состояния центральной и периферической гемодинамики — проводят ЭКГ, измеряют ЧСС, АД, частоту дыхательных движений (ЧДД), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС), для оценки состояния плода — УЗИ с допплерометрией и кардиото кографию.

Противопоказания к заготовке аутологичной плазмы у беременных:

- ❖ геморрагические диатезы;
- ❖ анемия (уровень гемоглобина менее 100 г/л, Ht менее 0,3 л/л);
- ❖ гипопротеинемия (концентрация общего белка < 50 г/л, концентрация альбумина <35 г/л);
- ❖ трансмиссивные инфекции (гепатиты В и С, ВИЧ, сифилис, малярия и другие);
- ❖ заболевания печени и почек;
- ❖ заболевания сердечно-сосудистой системы с нарушением функционального состояния; злокачественные новообразования; наркомания, алкоголизм, психические заболевания

ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ
ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И В РОДАХ

✓ Коррекция нарушений в свертывающей системе крови с ранних сроков и до родоразрешения: препараты дезагрегантов и антикоагулянтов (курантил по 25—75 мг 3 раза в день, тромбо АСС по 50- 100 мг во II—III триместрах, препараты низкомолекулярного гепарина подкожно в профилактической или лечебной дозе: фраксипарин по 0,3-0,6 мл, клексан по 0,2-0,4 мл, фрагмин по 2500-5000 ЕД).

✓ Терапия, направленная на улучшение функции эндотелия:

- на протяжении всей беременности — препараты магния,
- с III триместра — донаторы оксида азота (изосорбида-5-мононитрат по 20 мг 2 раза в день), препараты низкомолекулярного гепарина (фраксипарин по 0,3-0,6 мл, клексан по 0,2-0,4 мл подкожно).

✓ Контроль концентрации гомоцистеина на протяжении всей беременности: витамины B_6, B,2, фолиевая кислота (ангиовит по 1 таблетке 2 раза в день, курс от одного месяца до трех).

✓ Профилактика и лечение окислительного стресса, влияние на функцию эндотелия (витамины А, Е, С, омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты 8 г в сутки, курс от одного месяца до трех)

✓ Влияние на состояние маточно-плацентарного кровотока с III триместра беременности и до родоразрешения (изосорбида-5- мононитрат по 20 мг 2 раза в день)

✓ Для профилактики кровотечения в послеродовом периоде целесообразно применение простагландина Е1 при:

- аномалиях расположения плаценты;
- многоводии, многоплодии, крупном плоде;
- гестозе;
- экстрагенитальной патологии;
- аномалиях родовых сил;
- антенатальной гибели плода;
- повышенной кровоточивости во время операции кесарева сечения;
- преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты;
- гипотонических кровотечениях в последовом и раннем послеродовом периодах;
- наследственных или приобретенных дефектах системы гемостаза.

Анализ причин материнской смертности по РФ свидетельствует о недостаточной готовности учреждений родовспоможения к оказанию полноценной помощи при акушерских кровотечениях. Поэтому чрезвычайно важны и актуальны для родильных домов, как правило, работающих изолированно от других лечебно-профилактических учреждений, следующие мероприятия:

• непрерывное обучение акушеров и анестезиологов диагностике, тактике и современным методам лечения острой кровопотери, включая обучение новым хирургическим технологиям;

• совершенствование управления лечебно-диагностическим процессом в стационарах путем разработки и внедрения стандартов ведения родов и оказания экстренной помощи при возникновении акушерских кровотечений;

• оснащение родильных домов современными комплексами для экстренной лабораторной диагностики, а также следящей и наркозно-дыхательной аппаратурой;

• внедрение в стационары современных кровосберегающих технологий, в том числе и аутодонорства;

• организация общегородских центров и мобильных бригад по оказанию лечебно-консультативной помощи при нарушениях гемостаза.

Главным резервом остается правильно организованная профилактика акушерских

кровотечений, начиная с этапа наблюдения за беременными в женской консультации, рациональное ведение беременности, родов и послеродового периода. Одним из эффективных мероприятий является своевременная госпитализация, обследование и лечение беременных группы высокого риска по развитию кровотечения, своевременная правильная оценка возникшего осложнения и его срочное устранение с помощью правильно выбранной лечебной тактики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э. К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. — СПб.: Изд-во Н-Л, 2002. Айламазян Э.К..Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике . – СпецЛит, 2007г.
2. Барышев Б. А., Айламазян Э. К. Инфузионно-трансфузионная терапия акушерских кровотечений: справочник для врачей. — СПб.: Изд-во Н-Л, 2008.
3. Абрамченко В. В. Активное ведение родов. — СПб.: СпецЛит, 2003.
4. Кулаков В. И., Серов В И., Абубакирова А. М. Клиническая трансфузиология в акушерстве, гинекологии и неонатологии. — М.: Триада-Х, 2001.
5. Мазурок В. А., Лебединский К. М, Карелов А. Е. Острая массивная кровопотеря. — СПб., 2009.
6. Национальные стандарты Российской Федерации. Протоколы ведения больных: Болезнь Виллебранда (ГОСТ Р 52600.1 2008. Гемофилия (ГОСТ Р 52600.32008). — М.: НЬЮДИАМЕД, 2009.
7. Серов В. И., Абубакирова А. М Акушерские кровотечения // Акуш. и гин. — 1997. — №5, —С. 28-33.
8. Фролова О. Г., ТоковаЗ. З., Королева Л. П. О комплексе мер по снижению предотвратимых случаев материнской смертности: методические рекомендации. — М., 2007.
9. Серов В.Н. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии. Руководство. М.- ГЭОТАР-Медиа, 2011г.
10. Дистлер В., Рин А. Перевод с нем. / Под ред. В.Е. Радзинского. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии. М.- ГЭОТАР-Медиа, 2010г.
11. Серов В.Н., Сухих Г.Т., Баранов И.И. Неотложные состояния в акушерстве. Руководство. М.- ГЭОТАР-Медиа, 2013г.
12. Серов В. Н, Г. Т. Сухих. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. М.- ГЭОТАР-Медиа, 2013г.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»
Медицинский институт
Кафедра факультетской хирургии

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «Общая хирургия, хирургические болезни»

Код направления подготовки (специальности)	31.05.03
Направление подготовки (специальности)	Стоматология
Квалификация выпускника	Врач- стоматолог
Форма обучения	Очная

Грозный

СОДЕРЖАНИЕ

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся.
2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий.
3. Методические рекомендации по выполнению рефератов.
4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций.
5. Организация самостоятельной работы обучающихся при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям.
6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной практики

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся

Самостоятельная работа по дисциплинам является обязательным элементом федеральных государственных образовательных стандартов по программам высшего образования.

Самостоятельная работа обучающегося – организационная форма обучения - система педагогических условий, обеспечивающих управление учебной деятельностью обучающихся по освоению знаний и умений в учебной и научной деятельности без посторонней помощи.

Самостоятельная работа обучающихся является специфическим педагогическим средством организации и сопровождения самостоятельной деятельности обучающихся в учебном процессе.

Цели

К целям самостоятельной работы относится:

— формирование способностей у обучающегося к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;

— развитие исследовательских умений.

— фиксирование и систематизирование полученных теоретических познаний и практического опыта; формирование умений использовать научную, правовую, справочную и специальную литературу;

— развитие познавательных способностей и инициативности обучающихся, ответственность, организованность, стремление к саморазвитию; формирование умения правильно пользоваться полученным ранее материалом, собранным в процессе самостоятельного наблюдения, выполнения заданий различного характера.

Формы самостоятельной работы

При обучении используются следующие виды и формы самостоятельной работы:

— подготовка к практическим занятиям;

— подготовка и написание рефератов; - подготовка докладов на заданные темы рефератов, либо выбранные по заданному направлению;

— изучение и систематизация нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность в сфере обращения лекарственных средств в части организационно-управленческих вопросов с использованием информационно-справочных систем «Консультант Плюс», «Консультант врача», компьютерной сети «Интернет»;

— изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодической литературы с использованием электронных библиотечных систем, официальных статистических данных, научной периодики; - создание презентации;

— подготовка к устному опросу, к дискуссии;

— тестирование;

— решение ситуационных задач;

— подготовка к текущей, промежуточной аттестации и т.д.

Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет в начале каждого семинарского/практического занятия.

Контроль результатов аудиторной самостоятельной работы осуществляется в пределах времени, отведенного на практические занятия по дисциплине. В зависимости от сложности познавательной деятельности при изучении дисциплин используется три уровня самостоятельной работы:

— репродуктивная самостоятельная работа, которая включает изучение основной и дополнительной рекомендованной литературы, изучение методических рекомендаций к занятию, решение типовых задач, ситуаций;

— реконструктивная самостоятельная работа включает в себя подготовку к презентациям, сообщениям по заданной теме, решение профессиональных задач, моделирование профессиональной деятельности;

— творческая самостоятельная работа включает анализ, обобщение и систематизацию научных и нормативно-правовых документов, самостоятельное составление ситуаций, задач, проектов, составление выступлений по проблемам профессиональной деятельности. Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет на семинарском/практическом занятии.

Самостоятельная работа начинается с изучения рабочей программы дисциплины, отражена в рабочих программах дисциплин.

Для конспектирования лекционного материала, а также выполнения семинарских/практических работ требуются рабочие тетради.

Самостоятельная работа обучающегося подразделяется на аудиторную и внеаудиторную самостоятельную работу

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплинам выполняется на учебных занятиях (семинарские или практические) под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Основными видами аудиторной самостоятельной работы являются:

— выполнение практических работ;

— работа с нормативно-правовыми документами в области обращения лекарственных средств;

— решение ситуационных/симуляционных задач;

— презентация результатов научно-исследовательской работы по заданным темам

Выполнение практических работ осуществляется на семинарских/практических занятиях в соответствии с графиком учебного процесса и расписанием занятий.

Работа с основной, дополнительной литературой, эмпирическими и статистическими данными, как правило, основана на изучении документов и данных, их обобщении и представлении.

Решение ситуационных задач используется на семинарских/практических занятиях. Проблемная/ситуационная задача должна иметь четкую формулировку, к ней должны быть поставлены вопросы, ответы на которые необходимо найти и обосновать.

Критерии для оценки каждого вида аудиторной самостоятельной работы обучающегося разрабатываются преподавателем для конкретной дисциплины /цикла из предложенного перечня критериев оценки результатов аудиторной самостоятельной работы:

— уровень освоения учебного материала;

— умение использовать теоретические знания при выполнении лабораторных, практических, ситуационных, симуляционных задач;

— сформированность заявленных умений по теме аудиторного занятия;

— обоснованность и четкость изложения ответов;

— оформление материала в соответствии с требованиями, заявленными в задании;

— уровень самостоятельности обучающегося при выполнении аудиторной самостоятельной работы.

Внеаудиторная самостоятельная работа является элементом каждой темы дисциплин.

Планирование времени, необходимого на внеаудиторное самостоятельное изучение дисциплин, обучающие должны осуществлять весь семестр, предусматривая при этом регулярное повторение материала.

Материал, законспектированный на лекциях, необходимо регулярно прорабатывать и дополнять сведениями из других источников литературы, представленных не только в программах дисциплин, но и в периодических профильных научных изданиях, материалах конференций.

При изучении дисциплин сначала необходимо по каждой теме прочитать рекомендованную литературу и составить краткий конспект основных положений, терминов, сведений, требующих запоминания и являющихся основополагающими в этой теме для освоения последующих тем курса. Для расширения знания по дисциплине

рекомендуется использовать Интернет-ресурсы; проводить поиски в различных системах и использовать материалы сайтов, рекомендованных преподавателем.
При выполнении самостоятельной работы по написанию реферата необходимо: прочитать теоретический материал в рекомендованной литературе, периодических изданиях, на Интернет-сайтах; творчески переработать изученный материал и представить его для отчета в форме реферата, проиллюстрировав схемами, диаграммами, фотографиями и рисунками.
Тексты докладов и рефератов должны быть изложены внятно, простым и ясным языком.
Для обеспечения внеаудиторной самостоятельной работы по каждой теме дисциплин/блоку разработаны:
а) перечень основной и дополнительной литературы;
б) вопросы для самоконтроля.
При выполнении внеаудиторной самостоятельной работы обучающийся имеет право обращаться к преподавателю за консультацией с целью уточнения задания, формы контроля выполненного задания.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы отражается в индивидуальном плане после выполнения внеаудиторной самостоятельной работы.
Критерии оценки внеаудиторной работы формируются преподавателем самостоятельно для каждого вида работы. Основными критериями оценки внеаудиторной работы обучающегося выступают:
- уровень освоения материала;
- уровень умения использовать теоретические знания при выполнении заданий, решении ситуационных задач;
- обоснованность и четкость изложения ответов,
- результаты тестирования по шкале оценок;
- уровень умения использовать электронные образовательные ресурсы;
- умение четко формулировать проблему, предложив ее решение, критическая оценка последствий решения;
- уровень умения сформулировать собственную позицию и аргументировать ее.

Качество выполнения внеаудиторной самостоятельной работы оценивается посредством текущего контроля самостоятельной работы обучающегося. Текущий контроль представляет собой форму планомерного контроля качества и объема осваиваемых компетенций в процессе изучения конкретной дисциплины, проводится на семинарских/практических занятиях и во время индивидуальной работы преподавателя с обучающимися.

Шкала оценивания внеаудиторной самостоятельной работы:
Зачтено – задание выполнено полно и правильно, изложено в правильных нормативных формулировках с использованием точного понятийного аппарата, с использованием рекомендованных источников литературы, продемонстрировано умение формулировать проблему, предложены пути ее решения, проведена критическая оценка последствий такого решения, а также умение формулировать собственную позицию и аргументировать ее.
Не зачтено – обучающийся не выполнил задание либо выполнил не в полном объеме, демонстрирует несформированность понятийного аппарата по теме, отсутствие умения формулировать проблему, обобщать материал, не может аргументировать свой ответ.

2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий

Практическое занятие - вид учебных занятий, при котором в результате предварительной работы над учебным материалом преподавателя и студента, в обстановке их контактной работы в аудитории решаются задачи познавательного и воспитательного характера.
Цель такой формы обучения – углубленное изучение дисциплины, закрепление полученного теоретического материала в форме внеаудиторной самостоятельной работы, овладение методологией научного познания и формирования базовых умений. Немаловажным преимуществом практических занятий является и формирование навыков профессиональной дискуссии.
Задачи практических занятий:
- мотивация к регулярному изучению теоретического учебного материала, основной, дополнительной литературы;
- закрепление теоретических знаний, полученных при прослушивании лекций и во время внеаудиторной самостоятельной работы;
- получение навыков устного и публичного выступления по теоретическим вопросам, включая навыки по свободному оперированию организационными и управленческими понятиями и категориями;
- формирование навыков по универсальным и профессиональным компетенциям;
- возможность преподавателю систематически контролировать как самостоятельную работу студента, так и свою работу.

Практические занятия проводятся по плану.
Каждая тема практического занятия, как правило, включает: цель занятия, перечень основных и дополнительных источников литературы, вопросы к устному обсуждению на занятии, ситуационные задачи и перечень заданий, которые обучающиеся самостоятельно должны решить на практическом занятии.
Каждое практическое занятие посвящено, как правило, изучению нескольких компетенций и включает три основных этапа.
Первый этап - устный опрос по заранее сформулированным вопросам либо представление докладов/презентаций, подготовленных в рамках внеаудиторной самостоятельной работы по заранее сформулированным требованиям. Важнейшей частью этапа, является обсуждение представленных докладов/презентаций. Цель преподавателя – организовать обмен мнениями, дискуссию в группе, скорректировать уровень подготовленности студентов.
Одним из возможных элементов первого этапа является решение ситуационных задач, которые максимально приближены к профессиональной деятельности.
Требования к ответам обучающихся – самостоятельность в подборе фактического материала и аналитическом отношении к нему, умение рассматривать примеры и факты во взаимосвязи и взаимообусловленности, отбирать наиболее существенные из них.
Для оценивания первого (теоретического) этапа занятия используются знания, умения, владения, которые заявлены на каждое занятие:
1) знание учебного материала и владение понятийным аппаратом по теме занятия;
2) умение связывать теорию с практикой;
3) умение иллюстрировать ответ примерами, фактами, данными научных исследований;
4) умение применять теоретические знания при решении ситуационных задач.

Второй этап – аудиторное самостоятельное выполнение семинарских /практических заданий, которые обучающийся выполняет индивидуально либо в группе, если такое предусмотрено заданием.
В процессе выполнения самостоятельной аудиторной работы обучающийся имеет право на получение индивидуальных консультаций у преподавателя.
По окончании выполнения аудиторной самостоятельной работы обучающийся сдает отчет о выполнении самостоятельных лабораторных заданий преподавателю, который оценивается по шкале «зачет/незачет».
Критерии оценивания практического занятия осуществляются по следующим критериям:

1. своевременное выполнение внеаудиторной самостоятельной работы по изучаемой теме;
2. демонстрируемый обучающимся уровень усвоения заявленной к освоению компетенции (знания, умения, навыки);

— хорошее знание и уверенное владение на занятии теоретическим содержанием учебного материала;

— адекватное применение теоретического материала к решению ситуационных задач, заданий для аудиторной самостоятельной работы;

— умение аргументировать свои решения, развернуто отвечать на дополнительные вопросы преподавателя.

3. Соблюдение организационных и дисциплинарных требований, предъявляемых к обучающемуся на семинарских/практических занятиях: аккуратный внешний вид, соблюдение дисциплины на занятиях, полнота и своевременность представления выполненных заданий в полном объеме (не позднее даты окончания занятия и в полном соответствии с предъявляемыми к их содержанию и качеству оформления).

Третий этап – заключительный. Преподаватель дает общую оценку уровня подготовленности обучаемых к практическим занятиям, характеризует активность каждого обучающегося на занятии и озвучивает оценки каждому обучающемуся с их обоснованием.

Шкала оценивания осуществляется по четырехбалльной шкале (таблица 2)

Критерии оценивания лабораторного/практического занятия	Шкала оценок
Полное соответствие работы обучающегося требованиям. Обучающийся демонстрирует уверенные знания, способен творчески решать поставленные задачи, самостоятельно демонстрирует умения, обладает некоторыми навыками. Обучающийся успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, демонстрирует глубокое теоретическое знание по изучаемой теме, умение его применять на практике (в установленный срок сдал протоколы занятия/представил и защитил доклады/презентации и др.).	Отлично
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует хорошее знание материала, способен творчески решать поставленные задачи, демонстрирует базовые умения. Обучающийся выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, содержатся отдельные пробелы в умении применить полученные теоретические знании к решению ситуационных задач .	Хорошо
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует знание базового материала, способен решать поставленные задачи под руководством преподавателя, освоил базовые умения. Успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, но затрудняется интерпретировать его практически.	Удовлетвори тельно
Работа не соответствует требованиям.	Неудовлетво рительно

3. Методические рекомендации по организации и выполнению рефератов

Реферат предусматривает углубленное изучение дисциплины, способствует развитию навыков самостоятельной работы с литературными источниками.

Реферат – краткое изложение в письменном виде содержания научного труда по предоставленной теме. Это самостоятельная научноисследовательская работа, где

обучающийся раскрывает суть исследуемой проблемы с элементами анализа по теме реферата. Приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на проблемы темы реферата.
Содержание реферата должно быть логичным, изложение материала носить проблемно-тематический характер.
Объем реферата может колебаться в пределах 15-20 печатных страниц.
Основные разделы: оглавление (план), введение, основное содержание, заключение, список литературы.
Текст реферата должен содержать следующие разделы:
— титульный лист реферата (приложение 2);
— ведение, актуальность темы.
— основной раздел.
— заключение
— список литературных источников
Список литературных источников- библиографическое описание используемых источников литературы, в том числе и интернет-источников, оформленное по ГОСТ 7.1 – 2003; 7.80 – 2000; должен иметь не менее 10 библиографических названий, включая сетевые ресурсы.
Текстовая часть реферата оформляется на листе следующего формата:
— отступ сверху – 2 см;
— отступ слева – 3 см;
— отступ справа – 1,5 см;
— отступ снизу – 2,5 см;
— шрифт текста: Times New Roman, высота шрифта – 14, пробел – 1,5;
— нумерация страниц – снизу листа. На первой странице номер не ставится.
Реферат должен быть выполнен грамотно с соблюдением культуры изложения. Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу, включая периодическую литературу за последние 5 лет.
Критерии оценки реферата:
— актуальность темы исследования;
— соответствие содержания теме;
— глубина проработки материала;
— правильность и полнота разработки темы;
— значимость выводов для дальнейшей практической деятельности;
— правильность и полнота использования литературы;
— соответствие оформления реферата стандарту;
— качество сообщения и ответов на вопросы при защите реферата.
Практическое занятие по защите рефератов может проводиться в качестве «круглого стола» в форме представления докладов, посвященных теме занятия, по следующим этапам:
Этап 1. Каждый обучающийся представляет собственный доклад (обязательно использование презентации) по выбранной теме. Доклад 5-7 минут. Обсуждение доклада, вопросы – 2-3 минуты.
Этап 2. Оценка докладов и презентаций, представленных в группе (таблица 3).

Таблица 3 - Шкала оценки докладов на практическом занятии

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Доклад четко выстроен, сопровождается презентацией, отражающей проблематику доклада, имеет четкие выводы, полностью характеризующие работу. Автор отлично ориентируется в материале и	Отлично

отвечает на все вопросы, владеет специальной терминологией. 2. Обучающийся активно участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	
1. Доклад структурирован, презентация не отражает в полной мере содержание доклада, допущены неточности, выводы нечеткие. Автор затрудняется ответить на вопросы, слабо использует специальную терминологию. 2. Обучающийся участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	Хорошо
1. Доклад структурирован, содержание не полностью раскрывает цель доклада, отсутствует презентация. 2. Обучающийся пассивен при обсуждении докладов других обучающихся из группы	Удовлетвори тельно
1. Доклад не структурирован/отсутствует, презентация отсутствует. Автор не владеет материалом. 2. Обучающийся не участвует в обсуждении докладов.	Неудовлетво рительно

4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций

Создание материалов-презентаций — это вид самостоятельной работы обучающихся по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint.

Этот вид работы требует координации навыков обучающегося по сбору, систематизации, переработке информации, оформления ее в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. Создание презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у обучающихся навыки работы на компьютере.

Презентации готовятся обучающимся в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Обучающийся при подготовке презентации должен выполнить следующий комплекс взаимосвязанных видов самостоятельной работы:

— изучить материалы темы, выделяя главное и второстепенное;

— установить логическую связь между элементами темы;

— представить характеристику элементов в краткой форме;

— выбрать опорные сигналы для акцентирования главной информации и отобразить в структуре работы;

— оформить презентацию в соответствии с рекомендациями (таблица 4), разместить ее в электронной образованной среде университета, к установленному сроку либо представить на практическое/лабораторное занятие.

Таблица 4 - Методические рекомендации по оформлению презентации

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Стиль	1.1 Соблюдайте единый стиль оформления. 1.2 Избегайте стилей, которые будут отвлекать от самой презентации. 1.3 Вспомогательная информация не должны преобладать над основной информацией (текст, рисунки).
2. Фон	Для фона предпочтительнее использовать более холодные тона (синий или зеленый).
3. Использование цвета	3.1 На одном слайде рекомендуется использовать не более трех цветов: один для фона, один для заголовков, один для текста. для фона и текста используйте контрастные цвета. 3.2. Обратите особое внимание на цвет гиперссылок (до и после

	использования).
4 Текст/ представление информации	4.1 Используйте короткие слова и предложения. 4.2. Минимизируйте количество предлогов, наречий, прилагательных. 4.3.Заголовки должны привлекать внимание аудитории. 4.4 Предпочтительно горизонтальное расположение информации. 4.5 Наиболее важная информация должна располагаться в центре экрана. Если на слайде располагается картинка, надпись должна располагаться под ней. 4.6 Наибольшая эффективность достигается тогда, когда ключевые пункты отображаются по одному на каждом отдельном слайде.
5.Шрифты	5.1 Для заголовков не менее 24 5.2 Для информации- не менее 18. 5.3Шрифты без засечек легче читать с большого расстояния. 5.4.Нельзя смешивать разные типы шрифтов в одном тексте 5.5.Для выделения информации следует использовать жирный шрифт, курсив или подчеркивание. 5.6 Нельзя злоупотреблять прописными буквами (они читаются хуже строчных букв).
6.Анимационные эффекты	Возможности компьютерной анимации для оформления презентации необходимо использовать умерено, они не должны отвлекать внимание от содержания информации на слайде.

Критерии оценивания презентаций:
— соответствие содержания теме;
— правильная структурированность информации;
— наличие логической связи изложенной информации;
— эстетичность оформления, его соответствие требованиям;
— презентация выполнена и представлена в срок.
Шкала оценивания презентаций разрабатывается преподавателем и доводится до сведения обучающихся вместе с заданием.
Оценка «Отлично»:
презентация отличается целостностью, логичностью и оригинальностью. Оформление логично, эстетично, не противоречит содержанию доклада. Информация структурирована. Иллюстрации презентации соответствуют содержанию, дополняют информацию о раскрываемой проблеме. Текст доклада, сопровождающего презентацию, излагается обучающимся самостоятельно, с незначительной опорой на печатный текст. Ответы на вопросы преподавателя и аудитории четкие, аргументированные, сопровождаются ссылкой на факты и примеры.
Оценка «Хорошо»:
презентация характеризуется целостностью, логической завершенностью, с незначительными недочетами в логике изложения материала. Оформление эстетично, логично, структурировано. Текст доклада излагается с преимущественной опорой на текст. Ответы на дополнительные и уточняющие вопросы не вносят ясности, преимущественно повторяют содержание презентации.
Оценка «Удовлетворительно»:
презентация характеризуется отсутствием единого стиля в оформлении, ввиду чего информация тяжело воспринимается аудиторией. Сведения, излагаемые обучающимся разрозненные, плохо структурированы и аргументированы. Текст доклада

преимущественно зачитывается, обучающимся допускаются неточности и ошибки в изложении материала. Ответы на дополнительные вопросы затруднительны.
Оценка «Неудовлетворительно»:
оформление презентации не соответствует заявленным требованиям. Работа характеризуется отсутствием единого стиля. Обучающийся представляет разрозненные сведения, которые слабо коррелируют с заявленной темой исследования, текст доклада зачитывается, обучающимся часто допускаются ошибки в изложении материала, допускаются ошибки в использовании научной и профессиональной терминологии. Ответы на дополнительные вопросы обучающийся не дает.

5. Организация самостоятельной работы обучающего при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям

Текущий контроль осуществляется систематически с целью установления уровня овладения заявленными в рабочей программе дисциплины/практики компетенциями при изучении. В течение года в соответствии с программой дисциплины проводятся текущие аттестации. Форма проведения текущей аттестации (письменное / устное собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, защита реферата) определяется руководителем курса и доводится до обучающихся. Вопросы по текущей аттестации доводятся до сведения обучающихся не позднее 3 дней до проведения аттестации.
Подготовка к промежуточной аттестации предполагает систематизацию обучающимся усвоенных в ходе обучения по дисциплинам профессиональных знаний и умений. Программа промежуточной аттестации экзамена имеет обобщающий характер и ориентирует обучающегося в процессе подготовки к нему на актуализацию знаний, умений и навыков, отражающих наиболее существенные компоненты содержания дисциплин, закрепление в профессиональном сознании комплексного и целостного знания.
Подготовка к промежуточной аттестации является формой самостоятельной работы обучающегося. Ее эффективной организации будут способствовать рекомендованные перечни основной и дополнительной литературы, информационных и электронно-образовательных ресурсов, а также список вопросов, которые составляют основу для итогового анализа профессиональной компетентности обучающегося и оценки ее соответствия требованиям ФГОС по компетенциям, закрепленным за дисциплинами. Ориентируясь в перечнях основной и дополнительной литературы, обучающийся может выбрать из них как основополагающие источники, так и те, которые позволят углубить и расширить знания по актуальным проблемам специальностей, систематизировать их и отразить в комплексе.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации рекомендуется составлять развернутый план ответа на вопрос программы экзамена, что обеспечит логическую последовательность изложения материала. Продумывая структуру ответа, необходимо: во-первых, уделить внимание раскрытию теоретической сущности явления или понятий, обозначенных в контрольно-измерительном материале, во-вторых, осветить содержание и закономерности рассматриваемых явлений, отразить состояние их изученности в современной медицине. Обучающийся должен продемонстрировать на промежуточной аттестации владение категориальным аппаратом дисциплин, показать умение использовать знания, полученные при изучении дисциплин для анализа современных тенденций в медицине, применять их для решения профессиональных задач врачей по специальностям.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации обучающемуся рекомендуется использовать весь набор методов и средств современных информационных технологий для изучения содержания отечественной и зарубежной литературы по дисциплине, анализа и оценки ее текущего состояния и перспектив развития.

При подготовке к промежуточной аттестации рекомендуется активно применять следующие образовательные и профессионально-ориентированные технологии:
– информационные технологии – компьютерные технологии, в том числе доступ в Интернет (для получения учебной и учебно-методической информации, представленной в научных электронных журналах и на сайтах библиотек);
– информационно-коммуникационные технологии.
Оценка знаний, умений и навыков, характеризующая этапы формирования компетенций в рамках изучения дисциплины осуществляется в ходе текущей и промежуточной аттестаций.
Форма проведения текущей/ промежуточной аттестации определяется рабочей программой дисциплины. Оценивание компетенций, вынесенных на промежуточную аттестацию в форме экзамена, осуществляется по четырехбалльной шкале:
оценка «отлично» - 5 баллов
оценка «хорошо» - 4 балла
оценка «удовлетворительно» - 3 балла
оценка «неудовлетворительно» - 2 балла.
При сдаче промежуточной аттестации в форме зачета:
«зачтено» - 3-5 баллов или «не зачтено» - 2 балла.

6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной(клинической) практики

Производственная (клиническая) практика составлена по модулям – дисциплинам и проводится в форме контактной и самостоятельной работы обучающегося.
Контактная работа предусматривает работу руководителя практики с обучающимся в форме индивидуальных/групповых консультаций.
К самостоятельной работе по практикам относятся следующие виды работ обучающегося:
- ознакомление с нормативно-правовым обеспечением практик, включая программы практик;
- изучение законодательной и нормативно-правовой обеспеченности профессиональной деятельности в сфере обращения лекарственных средств в предметной области практики;
- выполнение заданий, заполнение отчета о прохождении практики;
- подготовка к промежуточной аттестации по итогам практики.
По окончании практики обучающийся оформляет отчёт. Материал для составления отчета собирается и накапливается с первого дня практики. Отчет должен содержать самоанализ выполненной работы обучающимся.
Во время прохождения практики необходимо выполнение следующих условий:
- Явиться на установочное собрание, проводимое руководителем практики и получить пакет документов в учебно-методическом отделе.
- В первый день практики прийти на базу к 8 часам утра, и представиться общему руководителю.
- Быть одетым строго по форме и следить за ее чистотой. Иметь сменную обувь.
- Работать строго по графику. Пропущенные дни, даже по уважительной причине, отрабатываются в дополнительное время.
- Ознакомиться с документацией структурных подразделений (поликлиника, стационар, приемный покой, в отделениях - процедурные кабинеты, пост и т.д.).
- Активно участвовать в общественной жизни структурных подразделений, а также в санитарно-просветительной работе.
- Бережно относиться к имуществу лечебно-профилактических учреждений.
- Быть дисциплинированными, спокойными и вежливыми в обращении с товарищами по работе, с больными и их родственниками, в отделениях соблюдать тишину и порядок.

- Ежедневно и аккуратно вести отчет, заполнять листы обязательных манипуляций. Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной (клинической) практике представлены в Таблице 6.

Таблица 6 – Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной практике

Критерии оценки	Шкала оценок
Обучающийся предоставил оформленный соответствующим образом, отчет и отзыв с положительной характеристикой руководителя практики; продемонстрировал систематические знания по контролируемым компетенциям; владеет способностью и готовностью применять знания, умения и навыки для решения профессиональных задач на практике; в ответе присутствует четкая структура, логическая последовательность, современная профессиональная терминология; ответ обоснован нормативной документацией и конкретными примерами из производственной практики.	Зачтено
Обучающийся предоставил неполный перечень отчетной документации; демонстрирует полное отсутствие или фрагментарные знания, умения и навыки по контролируемой компетенции и неспособность применять их на практике для решения профессиональных задач; не в состоянии обосновать свой ответ нормативной документацией и примерами из производственной практики; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа	Не зачтено

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра факультетской терапии

Методические рекомендации по изучению дисциплины «Общий уход за больными терапевтического профиля»

Направление подготовки(специальности)	Стоматология
Код направленияподготовки (специальности)	31.05.03
Квалификация выпускника	Врач- стоматолог
Форма обучения	Очная

Грозный, 2024 г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения 3
2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий 3
2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс) 3
2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям 3
3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий 4
3.1. Методические рекомендации по работе с литературой 4
3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада 4
3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата 5

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины **«Общий уход за больными терапевтического профиля»** адресованы студентам очной формы обучения. Учебным планом по направлению подготовки 31.05.03 «Стоматология», предусмотрены следующие виды занятий: лекции; практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1 Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины Студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы. К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:

- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета, а именно, положение о написании письменных работ.

3.1 Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.

Основная литература - это учебники и учебные пособия.

Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.

Рекомендации студенту:

выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;

- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».

Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:

Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.

Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.

Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.

Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.

Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

3.2 Методические рекомендации по подготовке научного доклада

Одной из форм самостоятельной работы студента является подготовка научного доклада, для обсуждения его на практическом (семинарском) занятии.

Цель научного доклада - развитие у студентов навыков аналитической работы с научной литературой, анализа дискуссионных научных позиций, аргументации собственных взглядов. Подготовка научных докладов также развивает творческий потенциал студентов.

Научный доклад готовится под руководством преподавателя, который ведет практические (семинарские) занятия.

Рекомендации студенту:

- перед началом работы по написанию научного доклада согласовать с преподавателем тему, структуру, литературу, а также обсудить ключевые вопросы, которые следует раскрыть в докладе;

- представить доклад научному руководителю в письменной форме;

- выступить на семинарском занятии с 5-7-минутной презентацией своего научного доклада, ответить на вопросы студентов группы.

Требования:

- к оформлению научного доклада: шрифт - Times New Roman, размер шрифта -14, межстрочный интервал -1, размер полей - 2 см, отступ в начале абзаца - 1 см, форматирование по ширине); листы доклада скреплены скоросшивателем. На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема доклада, ФИО студента;

- к структуре доклада - введение (указывается актуальность, цель и задачи), основная часть, выводы автора, список литературы (не менее 5 позиций источников научной литературы (научные статьи и монографии). Объем согласовывается с преподавателем. В конце работы ставится дата ее выполнения и подпись студента, выполнившего работу.

Общая оценка за доклад учитывает содержание доклада, его презентацию, а также ответы на вопросы.

3.3 Методические рекомендации по подготовке реферата

Целью написания рефератов является:

- привитие студентам навыков библиографического поиска необходимой литературы (на бумажных носителях, в электронном виде);

привитие студентам навыков компактного изложения мнения авторов и своего суждения по выбранному вопросу в письменной форме, научно грамотным языком и в хорошем стиле;

- приобретение навыка грамотного оформления ссылок на используемые источники, правильного цитирования авторского текста;

- выявление и развитие у студента интереса к определенной научной и практической проблематике с тем, чтобы исследование ее в дальнейшем продолжалось в подготовке и написании курсовых и дипломной работы и дальнейших научных трудах.

Основные задачи студента при написании реферата:

- с максимальной полнотой использовать литературу по выбранной теме (как рекомендуемую, так и самостоятельно подобранную) для правильного понимания авторской позиции;

- верно (без искажения смысла) передать авторскую позицию в своей работе;

- уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с тем или иным автором по данной проблеме.

Требования к содержанию:

- материал, использованный в реферате, должен относится строго к выбранной теме;

- необходимо изложить основные аспекты проблемы не только грамотно, но и в соответствии с той или иной логикой (хронологической, тематической, событийной и др.)

- при изложении следует сгруппировать идеи разных авторов по общности точек зрения или по научным школам;

- реферат должен заканчиваться подведением итогов проведенной исследовательской работы: содержать краткий анализ-обоснование преимуществ той точки зрения по рассматриваемому вопросу, с которой Вы солидарны.

Структура реферата.

1. Титульный лист.

На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема реферата, ФИО студента, ФИО и должность проверившего преподавателя;

2. Оглавление.

Оглавление - это план реферата, в котором каждому разделу должен соответствовать номер страницы, на которой он находится.

3. Текст реферата.

Текст реферата делится на три части: введение, основная часть и заключение.

а) Введение - раздел реферата, посвященный постановке проблемы, которая будет

рассматриваться и обоснованию выбора темы.

б) Основная часть - это звено работы, в котором последовательно раскрывается выбранная тема. Основная часть может быть представлена как цельным текстом, так и разделена на главы. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует "перегружать" текст.

в) Заключение - данный раздел реферата должен быть представлен в виде выводов, которые готовятся на основе подготовленного текста. Выводы должны быть краткими и четкими. Также в заключении можно обозначить проблемы, которые "высветились" в ходе работы над рефератом, но не были раскрыты в работе.

4. Список источников и литературы.

В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и все иные, изученные им в связи с его подготовкой. В работе должно быть использовано не менее 7 разных источников. Работа, выполненная с использованием материала, содержащегося в одном научном источнике, является явным плагиатом и не принимается. Оформление Списка источников и литературы должно соответствовать требованиям, принятым в университете.

Объем и технические требования, предъявляемые к выполнению реферата.

Объем работы должен быть, как правило, не менее 15 и не более 20 страниц. Работа должна выполняться через одинарный интервал 14 шрифтом, размеры оставляемых полей - 2 см. Страницы должны быть пронумерованы.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится без изменений, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента (пропуск слов, предложений или абзацев допускается, если не влечет искажения всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска) и без искажения смысла;
- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с предъявляемыми требованиями.

Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности

Устный ответ

Оценка знаний предполагает дифференцированный подход к обучающемуся, учет его индивидуальных способностей, степень усвоения и систематизации основных понятий и категорий по дисциплине. Кроме того, оценивается не только глубина знаний поставленных вопросов, но и умение использовать в ответе практический материал. Оценивается культура речи, владение навыками ораторского искусства.

Критерии оценивания: последовательность, полнота, логичность изложения, анализ различных точек зрения, самостоятельное обобщение материала, использование профессиональных терминов, культура речи, навыки ораторского искусства. Изложение материала без фактических ошибок.

Оценка *«отлично»* ставится в случае, когда материал излагается исчерпывающе, последовательно, грамотно и логически стройно, при этом раскрываются не только основные понятия, но и анализируются точки зрения различных авторов. Обучающийся не затрудняется с ответом, соблюдает культуру речи.

Оценка *«хорошо»* ставится, если обучающийся твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, знает практическую базу, но при ответе на вопрос допускает несущественные погрешности.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающийся освоил только основной материал, но не знает отдельных деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушает последовательность в изложении материала, затрудняется с ответами, показывает отсутствие должной связи между анализом, аргументацией и выводами.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если обучающийся не отвечает на поставленные вопросы.

Творческое задание

Эссе - это небольшая по объему письменная работа, сочетающая свободные, субъективные

рассуждения по определенной теме с элементами научного анализа. Текст должен быть легко читаем, но необходимо избегать нарочито разговорного стиля, сленга, шаблонных фраз. Объем эссе составляет примерно 2 - 2,5 стр. 12 шрифтом с одинарным интервалом (без учета титульного листа).

Критерии оценивания - оценка учитывает соблюдение жанровой специфики эссе, наличие логической структуры построения текста, наличие авторской позиции, ее научность и связь с современным пониманием вопроса, адекватность аргументов, стиль изложения, оформление работы. Следует помнить, что прямое заимствование (без оформления цитат) текста из Интернета или электронной библиотеки недопустимо.

Оценка *«отлично»* ставится в случае, когда определяется: наличие логической структуры построения текста (вступление с постановкой проблемы; основная часть, разделенная по основным идеям; заключение с выводами, полученными в результате рассуждения); наличие четко определенной личной позиции по теме эссе; адекватность аргументов при обосновании личной позиции, стиль изложения.

Оценка *«хорошо»* ставится, когда в целом определяется: наличие логической структуры построения текста (вступление с постановкой проблемы; основная часть, разделенная по основным идеям; заключение с выводами, полученными в результате рассуждения); но не прослеживается наличие четко определенной личной позиции по теме эссе; не достаточно аргументов при обосновании личной позиции

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, когда в целом определяется: наличие логической структуры построения текста (вступление с постановкой проблемы; основная часть, разделенная по основным идеям; заключение). Но не прослеживаются четкие выводы, нарушается стиль изложения

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если не выполнены никакие требования

Кейсы (ситуации и задачи с заданными условиями)

Обучающийся должен уметь выделить основные положения из текста задачи, которые требуют анализа и служат условиями решения. Исходя из поставленного вопроса в задаче, попытаться максимально точно определить проблему и соответственно решить ее.

Задачи могут решаться устно и/или письменно. При решении задач также важно правильно сформулировать и записать вопросы, начиная с более общих и, кончая частными.

Критерии оценивания - оценка учитывает методы и средства, использованные при решении ситуационной, проблемной задачи.

Оценка *«отличн*о» ставится в случае, когда обучающийся выполнил задание (решил задачу), используя в полном объеме теоретические знания и практические навыки, полученные в процессе обучения.

Оценка *«хорошо»* ставится, если обучающийся в целом выполнил все требования, но не совсем четко определяется опора на теоретические положения, изложенные в научной литературе по данному вопросу.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающийся показал положительные результаты в процессе решения задачи.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если обучающийся не выполнил все требования.

Деловая игра

Необходимо разбиться на несколько команд, которые должны поочередно высказать свое мнение по каждому из заданных вопросов. Мнение высказывающейся команды засчитывается, если противоположная команда не опровергнет его контраргументами. Команда, чье мнение засчитано как верное (не получило убедительных контраргументов от противоположных команд), получает один балл. Команда, опровергнувшая мнение противоположной команды своими контраргументами, также получает один балл. Побеждает команда, получившая максимальное количество баллов.

Ролевая игра как правило имеет фабулу (ситуацию, казус), распределяются роли, подготовка осуществляется за 2-3 недели до проведения игры.

Критерии оценивания - оцениваются действия всех участников группы. Понимание проблемы, высказывания и действия полностью соответствуют заданным целям. Соответствие реальной действительности решений, выработанных в ходе игры. Владение терминологией, демонстрация владения учебным материалом по теме игры, владение методами аргументации,

умение работать в группе (умение слушать, конструктивно вести беседу, убеждать, управлять временем, бесконфликтно общаться), достижение игровых целей, (соответствие роли - при ролевой игре). Ясность и стиль изложения.

Оценка *«отлично»* ставится в случае, выполнения всех критериев.

Оценка *««хорошо»* ставится, если обучающиеся в целом демонстрируют понимание проблемы, высказывания и действия полностью соответствуют заданным целям. Решения, выработанные в ходе игры, полностью соответствуют реальной действительности. Но некоторые объяснения не совсем аргументированы, нарушены нормы общения, нарушены временные рамки, нарушен стиль изложения.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающиеся в целом демонстрируют понимание проблемы, высказывания и действия в целом соответствуют заданным целям. Однако, решения, выработанные в ходе игры, не совсем соответствуют реальной действительности. Некоторые объяснения не совсем аргументированы, нарушены временные рамки, нарушен стиль изложения.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если обучающиеся не понимают проблему, их высказывания не соответствуют заданным целям.

Информационный проект (доклад с презентацией)

Информационный проект - проект, направленный на стимулирование учебно - познавательной деятельности студента с выраженной эвристической направленностью (поиск, отбор и систематизация информации об объекте, оформление ее для презентации).

Информационный проект отличается от исследовательского проекта, поскольку представляет собой такую форму учебно-познавательной деятельности, которая отличается ярко выраженной эвристической направленностью.

Критерии оценивания - при выставлении оценки учитывается самостоятельный поиск, отбор и систематизация информации, раскрытие вопроса (проблемы), ознакомление обучающихся с этой информацией (представление информации), ее анализ и обобщение, оформление, полные ответы на вопросы аудитории с примерами.

Оценка *«отличн*о» ставится в случае, когда обучающийся полностью раскрывает вопрос (проблему), представляет информацию систематизировано, последовательно, логично, взаимосвязано, использует более 5 профессиональных терминов, широко использует информационные технологии, ошибки в информации отсутствуют, дает полные ответы на вопросы аудитории с примерами.

Оценка *«хорошо»* ставится, если обучающийся раскрывает вопрос (проблему), представляет информацию систематизировано, последовательно, логично, взаимосвязано, использует более 2 профессиональных терминов, достаточно использует информационные технологии, допускает не более 2 ошибок в изложении материала, дает полные или частично полные ответы на вопросы аудитории.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающийся, раскрывает вопрос (проблему) не полностью, представляет информацию не систематизировано и не совсем последовательно, использует 1 -2 профессиональных термина, использует информационные технологии, допускает 3-4 ошибки в изложении материала, отвечает только на элементарные вопросы аудитории без пояснений.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если вопрос не раскрыт, представленная информация логически не связана, не используются профессиональные термины, допускает более 4 ошибок в изложении материала, не отвечает на вопросы аудитории.

Дискуссионные процедуры

Круглый стол, дискуссия, полемика, диспут, дебаты, мини-конференции являются средствами, позволяющими включить обучающихся в процесс обсуждения спорного вопроса, проблемы и оценить их умение аргументировать собственную точку зрения. Задание дается заранее, определяется круг вопросов для обсуждения, группы участников этого обсуждения.

Дискуссионные процедуры могут быть использованы для того, чтобы студенты:

-лучше поняли усвояемый материал на фоне разнообразных позиций и мнений, не обязательно достигая общего мнения;

- смогли постичь смысл изучаемого материала, который иногда чувствуют интуитивно, но не могут высказать вербально, четко и ясно, или конструировать новый смысл, новую позицию;

- смогли согласовать свою позицию или действия относительно обсуждаемой проблемы.

Критерии оценивания - оцениваются действия всех участников группы. Понимание проблемы, высказывания и действия полностью соответствуют заданным целям. Соответствие реальной действительности решений, выработанных в ходе игры. Владение терминологией, демонстрация владения учебным материалом по теме игры, владение методами аргументации, умение работать в группе (умение слушать, конструктивно вести беседу, убеждать, управлять временем, бесконфликтно общаться), достижение игровых целей, (соответствие роли - при ролевой игре). Ясность и стиль изложения.

Оценка *«отлично»* ставится в случае, когда все требования выполнены в полном объеме.

Оценка *««хорошо»* ставится, если обучающиеся в целом демонстрируют понимание проблемы, высказывания и действия полностью соответствуют заданным целям. Решения, выработанные в ходе игры, полностью соответствуют реальной действительности. Но некоторые объяснения не совсем аргументированы, нарушены нормы общения, нарушены временные рамки, нарушен стиль изложения.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающиеся в целом демонстрируют понимание проблемы, высказывания и действия в целом соответствуют заданным целям. Однако, решения, выработанные в ходе игры, не совсем соответствуют реальной действительности. Некоторые объяснения не совсем аргументированы, нарушены временные рамки, нарушен стиль изложения.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если обучающиеся не понимают проблему, их высказывания не соответствуют заданным целям.

Тестирование

Является одним из средств контроля знаний обучающихся по дисциплине.

Критерии оценивания - правильный ответ на вопрос

Оценка *«отлично»* ставится в случае, если правильно выполнено 90-100% заданий

Оценка *«хорошо»* ставится, если правильно выполнено 70-89% заданий

Оценка *«удовлетворительно»* ставится в случае, если правильно выполнено 50-69% заданий

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если правильно выполнено менее 50% заданий

Контрольная работа

Оценивается не только глубина знаний поставленных вопросов, но и умение изложить письменно.

Критерии оценивания: последовательность, полнота, логичность изложения, анализ различных точек зрения, самостоятельное обобщение материала. Изложение материала без фактических ошибок.

Оценка *«отлично»* ставится в случае, когда соблюдены все критерии.

Оценка *«хорошо»* ставится, если обучающийся твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, знает практическую базу, но допускает несущественные погрешности.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающийся освоил только основной материал, но не знает отдельных деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушает последовательность в изложении материала, затрудняется с ответами, показывает отсутствие должной связи между анализом, аргументацией и выводами.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если обучающийся не отвечает на поставленные вопросы.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет

имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра гуманитарных, естественнонаучных и социальных дисциплин

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «ОСНОВЫ РОССИЙСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОСТИ»

Специальность	Стоматология
Код специальности	31.05.03
Квалификация выпускника	Врач-стоматолог
Форма обучения	Очная

Грозный

Дасуев М.Л. Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Основы российской государственности» / Сост. Дасуев М. Л. – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова».

Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «История России» рассмотрены и одобрены на заседании кафедры гуманитарных, естественнонаучных и социальных дисциплин, рекомендованы к использованию в учебном процессе (протокол № 10 от «27» июня 2023 г.), составлены в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.03 Стоматология (специалитет), утвержденного приказом Минобрнауки России от 27.03.2018 № 219.

© Дасуев М.Л.

© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова»

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения 4

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий. .. 4

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс) 4

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям 4

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий 4

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой. 5

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада 5

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата 6

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «Основы российской государственности» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом по направлению подготовки 31.05.03 «Стоматология» предусмотрены следующие виды занятий:

- лекции;
- семинарские занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)

Изучение дисциплины требует систематического и последовательного накопления знаний.

Студентам необходимо вести конспект прослушанных лекций. Перед очередной лекцией необходимо просмотреть по конспекту материал предыдущей лекции. При затруднениях в восприятии материала следует обратиться к основным литературным источникам. Если разобраться в материале не удалось, то следует обратиться к лектору (по графику его консультаций) или к преподавателю на практических занятиях.

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:
- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.

Основная литература - это учебники и учебные пособия.

Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.

Рекомендации студенту:

выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;

- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».

Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:

Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.

Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.

Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.

Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.

Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада

Одной из форм самостоятельной работы студента является подготовка научного доклада, для обсуждения его на практическом (семинарском) занятии.

Цель научного доклада - развитие у студентов навыков аналитической работы с научной литературой, анализа дискуссионных научных позиций, аргументации собственных взглядов. Подготовка научных докладов также развивает творческий потенциал студентов.

Научный доклад готовится под руководством преподавателя, который ведет практические (семинарские) занятия.

Рекомендации студенту:

- перед началом работы по написанию научного доклада согласовать с преподавателем тему, структуру, литературу, а также обсудить ключевые вопросы, которые следует раскрыть в докладе;
- представить доклад научному руководителю в письменной форме;
- выступить на семинарском занятии с 5-7-минутной презентацией своего научного доклада, ответить на вопросы студентов группы.

Требования:

- к оформлению научного доклада: шрифт - Times New Roman, размер шрифта -14, межстрочный интервал -1, размер полей – 2 см, отступ в начале абзаца - 1 см, форматирование по ширине);

листы доклада скреплены скоросшивателем. На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема доклада, ФИО студента;
- к структуре доклада - введение (указывается актуальность, цель и задачи), основная часть, выводы автора, список литературы (не менее 5 позиций источников научной литературы (научные статьи и монографии). Объем согласовывается с преподавателем. В конце работы ставится дата ее выполнения и подпись студента, выполнившего работу.
Общая оценка за доклад учитывает содержание доклада, его презентацию, а также ответы на вопросы.

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата

Целью написания рефератов является:
- привитие студентам навыков библиографического поиска необходимой литературы (на бумажных носителях, в электронном виде);
привитие студентам навыков компактного изложения мнения авторов и своего суждения по выбранному вопросу в письменной форме, научно грамотным языком и в хорошем стиле;
- приобретение навыка грамотного оформления ссылок на используемые источники, правильного цитирования авторского текста;
- выявление и развитие у студента интереса к определенной научной и практической проблематике с тем, чтобы исследование ее в дальнейшем продолжалось в подготовке и написании курсовых и дипломной работы и дальнейших научных трудах.
Основные задачи студента при написании реферата:
- с максимальной полнотой использовать литературу по выбранной теме (как рекомендуемую, так и самостоятельно подобранную) для правильного понимания авторской позиции;
- верно (без искажения смысла) передать авторскую позицию в своей работе;
- уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с тем или иным автором по данной проблеме.
Требования к содержанию:
- материал, использованный в реферате, должен относится строго к выбранной теме;
- необходимо изложить основные аспекты проблемы не только грамотно, но и в соответствии с той или иной логикой (хронологической, тематической, событийной и др.)
- при изложении следует сгруппировать идеи разных авторов по общности точек зрения или по научным школам;
- реферат должен заканчиваться подведением итогов проведенной исследовательской работы: содержать краткий анализ-обоснование преимуществ той точки зрения по рассматриваемому вопросу, с которой Вы солидарны.

Структура реферата.
1. Титульный лист.
На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема реферата, ФИО студента, ФИО и должность проверившего преподавателя;
2. Оглавление.
Оглавление - это план реферата, в котором каждому разделу должен соответствовать номер страницы, на которой он находится.
3. Текст реферата.
Текст реферата делится на три части: введение, основная часть и заключение.
а) Введение - раздел реферата, посвященный постановке проблемы, которая будет рассматриваться и обоснованию выбора темы.
б) Основная часть - это звено работы, в котором последовательно раскрывается выбранная тема. Основная часть может быть представлена как цельным текстом, так и разделена на главы. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует "перегружать" текст.
в) Заключение - данный раздел реферата должен быть представлен в виде выводов, которые готовятся на основе подготовленного текста. Выводы должны быть краткими и четкими. Также в заключении можно обозначить проблемы, которые "высветились" в ходе работы над рефератом, но не были раскрыты в работе.
4. Список источников и литературы.
В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и все иные, изученные им в связи с его подготовкой. В работе должно быть

использовано не менее 7 разных источников. Работа, выполненная с использованием материала, содержащегося в одном научном источнике, является явным плагиатом и не принимается. Оформление Списка источников и литературы должно соответствовать требованиям, принятым в университете.

Объем и технические требования, предъявляемые к выполнению реферата.

Объем работы должен быть, как правило, не менее 15 и не более 20 страниц. Работа должна выполняться через одинарный интервал 14 шрифтом, размеры оставляемых полей - 2 см. Страницы должны быть пронумерованы.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится без изменений, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента (пропуск слов, предложений или абзацев допускается, если не влечет искажения всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска) и без искажения смысла;
- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с предъявляемыми требованиями.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»
Медицинский институт
Кафедра факультетской хирургии

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «Оториноларингология»

Код направления подготовки (специальности)	31.05.03
Направление подготовки (специальности)	Стоматология
Квалификация выпускника	Врач-стоматолог
Форма обучения	Очная

Грозный

СОДЕРЖАНИЕ

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся.
2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий.
3. Методические рекомендации по выполнению рефератов.
4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций.
5. Организация самостоятельной работы обучающихся при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям.
6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной практики

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся

Самостоятельная работа по дисциплинам является обязательным элементом федеральных государственных образовательных стандартов по программам высшего образования.

Самостоятельная работа обучающегося – организационная форма обучения - система педагогических условий, обеспечивающих управление учебной деятельностью обучающихся по освоению знаний и умений в учебной и научной деятельности без посторонней помощи.

Самостоятельная работа обучающихся является специфическим педагогическим средством организации и сопровождения самостоятельной деятельности обучающихся в учебном процессе.

Цели

К целям самостоятельной работы относится:

— формирование способностей у обучающегося к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;

— развитие исследовательских умений.

— фиксирование и систематизирование полученных теоретических познаний и практического опыта; формирование умений использовать научную, правовую, справочную и специальную литературу;

— развитие познавательных способностей и инициативности обучающихся, ответственность, организованность, стремление к саморазвитию; формирование умения правильно пользоваться полученным ранее материалом, собранным в процессе самостоятельного наблюдения, выполнения заданий различного характера.

Формы самостоятельной работы

При обучении используются следующие виды и формы самостоятельной работы:

— подготовка к практическим занятиям;

— подготовка и написание рефератов; - подготовка докладов на заданные темы рефератов, либо выбранные по заданному направлению;

— изучение и систематизация нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность в сфере обращения лекарственных средств в части организационно-управленческих вопросов с использованием информационно-справочных систем «Консультант Плюс», «Консультант врача», компьютерной сети «Интернет»;

— изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодической литературы с использованием электронных библиотечных систем, официальных статистических данных, научной периодики; - создание презентации;

— подготовка к устному опросу, к дискуссии;

— тестирование;

— решение ситуационных задач;

— подготовка к текущей, промежуточной аттестации и т.д.

Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет в начале каждого семинарского/практического занятия.

Контроль результатов аудиторной самостоятельной работы осуществляется в пределах времени, отведенного на практические занятия по дисциплине. В зависимости от сложности познавательной деятельности при изучении дисциплин используется три уровня самостоятельной работы:

— репродуктивная самостоятельная работа, которая включает изучение основной и дополнительной рекомендованной литературы, изучение методических рекомендаций к занятию, решение типовых задач, ситуаций;

— реконструктивная самостоятельная работа включает в себя подготовку к презентациям, сообщениям по заданной теме, решение профессиональных задач, моделирование профессиональной деятельности;

— творческая самостоятельная работа включает анализ, обобщение и систематизацию научных и нормативно-правовых документов, самостоятельное составление ситуаций, задач, проектов, составление выступлений по проблемам профессиональной деятельности. Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет на семинарском/практическом занятии.

Самостоятельная работа начинается с изучения рабочей программы дисциплины, отражена в рабочих программах дисциплин.

Для конспектирования лекционного материала, а также выполнения семинарских/практических работ требуются рабочие тетради.

Самостоятельная работа обучающегося подразделяется на аудиторную и внеаудиторную самостоятельную работу

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплинам выполняется на учебных занятиях (семинарские или практические) под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Основными видами аудиторной самостоятельной работы являются:

— выполнение практических работ;

— работа с нормативно-правовыми документами в области обращения лекарственных средств;

— решение ситуационных/симуляционных задач;

— презентация результатов научно-исследовательской работы по заданным темам

Выполнение практических работ осуществляется на семинарских/практических занятиях в соответствии с графиком учебного процесса и расписанием занятий.

Работа с основной, дополнительной литературой, эмпирическими и статистическими данными, как правило, основана на изучении документов и данных, их обобщении и представлении.

Решение ситуационных задач используется на семинарских/практических занятиях. Проблемная/ситуационная задача должна иметь четкую формулировку, к ней должны быть поставлены вопросы, ответы на которые необходимо найти и обосновать.

Критерии для оценки каждого вида аудиторной самостоятельной работы обучающегося разрабатываются преподавателем для конкретной дисциплины /цикла из предложенного перечня критериев оценки результатов аудиторной самостоятельной работы:

— уровень освоения учебного материала;

— умение использовать теоретические знания при выполнении лабораторных, практических, ситуационных, симуляционных задач;

— сформированность заявленных умений по теме аудиторного занятия;

— обоснованность и четкость изложения ответов;

— оформление материала в соответствии с требованиями, заявленными в задании;

— уровень самостоятельности обучающегося при выполнении аудиторной самостоятельной работы.

Внеаудиторная самостоятельная работа является элементом каждой темы дисциплин.

Планирование времени, необходимого на внеаудиторное самостоятельное изучение дисциплин, обучающие должны осуществлять весь семестр, предусматривая при этом регулярное повторение материала.

Материал, законспектированный на лекциях, необходимо регулярно прорабатывать и дополнять сведениями из других источников литературы, представленных не только в программах дисциплин, но и в периодических профильных научных изданиях, материалах конференций.

При изучении дисциплин сначала необходимо по каждой теме прочитать рекомендованную литературу и составить краткий конспект основных положений, терминов, сведений, требующих запоминания и являющихся основополагающими в этой теме для освоения последующих тем курса. Для расширения знания по дисциплине

рекомендуется использовать Интернет-ресурсы; проводить поиски в различных системах и использовать материалы сайтов, рекомендованных преподавателем.
При выполнении самостоятельной работы по написанию реферата необходимо: прочитать теоретический материал в рекомендованной литературе, периодических изданиях, на Интернет-сайтах; творчески переработать изученный материал и представить его для отчета в форме реферата, проиллюстрировав схемами, диаграммами, фотографиями и рисунками.
Тексты докладов и рефератов должны быть изложены внятно, простым и ясным языком.
Для обеспечения внеаудиторной самостоятельной работы по каждой теме дисциплин/блоку разработаны:
а) перечень основной и дополнительной литературы;
б) вопросы для самоконтроля.
При выполнении внеаудиторной самостоятельной работы обучающийся имеет право обращаться к преподавателю за консультацией с целью уточнения задания, формы контроля выполненного задания.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы отражается в индивидуальном плане после выполнения внеаудиторной самостоятельной работы.
Критерии оценки внеаудиторной работы формируются преподавателем самостоятельно для каждого вида работы. Основными критериями оценки внеаудиторной работы обучающегося выступают:
- уровень освоения материала;
- уровень умения использовать теоретические знания при выполнении заданий, решении ситуационных задач;
- обоснованность и четкость изложения ответов,
- результаты тестирования по шкале оценок;
- уровень умения использовать электронные образовательные ресурсы;
- умение четко формулировать проблему, предложив ее решение, критическая оценка последствий решения;
- уровень умения сформулировать собственную позицию и аргументировать ее.

Качество выполнения внеаудиторной самостоятельной работы оценивается посредством текущего контроля самостоятельной работы обучающегося. Текущий контроль представляет собой форму планомерного контроля качества и объема осваиваемых компетенций в процессе изучения конкретной дисциплины, проводится на семинарских/практических занятиях и во время индивидуальной работы преподавателя с обучающимися.

Шкала оценивания внеаудиторной самостоятельной работы:
Зачтено – задание выполнено полно и правильно, изложено в правильных нормативных формулировках с использованием точного понятийного аппарата, с использованием рекомендованных источников литературы, продемонстрировано умение формулировать проблему, предложены пути ее решения, проведена критическая оценка последствий такого решения, а также умение формулировать собственную позицию и аргументировать ее.
Не зачтено – обучающийся не выполнил задание либо выполнил не в полном объеме, демонстрирует несформированность понятийного аппарата по теме, отсутствие умения формулировать проблему, обобщать материал, не может аргументировать свой ответ.

2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий

Практическое занятие - вид учебных занятий, при котором в результате предварительной работы над учебным материалом преподавателя и студента, в обстановке их контактной работы в аудитории решаются задачи познавательного и воспитательного характера.
Цель такой формы обучения – углубленное изучение дисциплины, закрепление полученного теоретического материала в форме внеаудиторной самостоятельной работы, овладение методологией научного познания и формирования базовых умений. Немаловажным преимуществом практических занятий является и формирование навыков профессиональной дискуссии.
Задачи практических занятий:
- мотивация к регулярному изучению теоретического учебного материала, основной, дополнительной литературы;
- закрепление теоретических знаний, полученных при прослушивании лекций и во время внеаудиторной самостоятельной работы;
- получение навыков устного и публичного выступления по теоретическим вопросам, включая навыки по свободному оперированию организационными и управленческими понятиями и категориями;
- формирование навыков по универсальным и профессиональным компетенциям;
- возможность преподавателю систематически контролировать как самостоятельную работу студента, так и свою работу.

Практические занятия проводятся по плану.
Каждая тема практического занятия, как правило, включает: цель занятия, перечень основных и дополнительных источников литературы, вопросы к устному обсуждению на занятии, ситуационные задачи и перечень заданий, которые обучающиеся самостоятельно должны решить на практическом занятии.
Каждое практическое занятие посвящено, как правило, изучению нескольких компетенций и включает три основных этапа.
Первый этап - устный опрос по заранее сформулированным вопросам либо представление докладов/презентаций, подготовленных в рамках внеаудиторной самостоятельной работы по заранее сформулированным требованиям. Важнейшей частью этапа, является обсуждение представленных докладов/презентаций. Цель преподавателя – организовать обмен мнениями, дискуссию в группе, скорректировать уровень подготовленности студентов.
Одним из возможных элементов первого этапа является решение ситуационных задач, которые максимально приближены к профессиональной деятельности.
Требования к ответам обучающихся – самостоятельность в подборе фактического материала и аналитическом отношении к нему, умение рассматривать примеры и факты во взаимосвязи и взаимообусловленности, отбирать наиболее существенные из них.
Для оценивания первого (теоретического) этапа занятия используются знания, умения, владения, которые заявлены на каждое занятие:
1) знание учебного материала и владение понятийным аппаратом по теме занятия;
2) умение связывать теорию с практикой;
3) умение иллюстрировать ответ примерами, фактами, данными научных исследований;
4) умение применять теоретические знания при решении ситуационных задач.

Второй этап – аудиторное самостоятельное выполнение семинарских /практических заданий, которые обучающийся выполняет индивидуально либо в группе, если такое предусмотрено заданием.
В процессе выполнения самостоятельной аудиторной работы обучающийся имеет право на получение индивидуальных консультаций у преподавателя.
По окончании выполнения аудиторной самостоятельной работы обучающийся сдает отчет о выполнении самостоятельных лабораторных заданий преподавателю, который оценивается по шкале «зачет/незачет».
Критерии оценивания практического занятия осуществляются по следующим критериям:

1. своевременное выполнение внеаудиторной самостоятельной работы по изучаемой теме;
2. демонстрируемый обучающимся уровень усвоения заявленной к освоению компетенции (знания, умения, навыки);

— хорошее знание и уверенное владение на занятии теоретическим содержанием учебного материала;

— адекватное применение теоретического материала к решению ситуационных задач, заданий для аудиторной самостоятельной работы;

— умение аргументировать свои решения, развернуто отвечать на дополнительные вопросы преподавателя.

3. Соблюдение организационных и дисциплинарных требований, предъявляемых к обучающемуся на семинарских/практических занятиях: аккуратный внешний вид, соблюдение дисциплины на занятиях, полнота и своевременность представления выполненных заданий в полном объеме (не позднее даты окончания занятия и в полном соответствии с предъявляемыми к их содержанию и качеству оформления).

Третий этап – заключительный. Преподаватель дает общую оценку уровня подготовленности обучаемых к практическим занятиям, характеризует активность каждого обучающегося на занятии и озвучивает оценки каждому обучающемуся с их обоснованием.

Шкала оценивания осуществляется по четырехбалльной шкале (таблица 2)

Критерии оценивания лабораторного/практического занятия	Шкала оценок
Полное соответствие работы обучающегося требованиям. Обучающийся демонстрирует уверенные знания, способен творчески решать поставленные задачи, самостоятельно демонстрирует умения, обладает некоторыми навыками. Обучающийся успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, демонстрирует глубокое теоретическое знание по изучаемой теме, умение его применять на практике (в установленный срок сдал протоколы занятия/представил и защитил доклады/презентации и др.).	Отлично
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует хорошее знание материала, способен творчески решать поставленные задачи, демонстрирует базовые умения. Обучающийся выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, содержатся отдельные пробелы в умении применить полученные теоретические знании к решению ситуационных задач .	Хорошо
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует знание базового материала, способен решать поставленные задачи под руководством преподавателя, освоил базовые умения. Успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, но затрудняется интерпретировать его практически.	Удовлетвори тельно
Работа не соответствует требованиям.	Неудовлетво рительно

3. Методические рекомендации по организации и выполнению рефератов

Реферат предусматривает углубленное изучение дисциплины, способствует развитию навыков самостоятельной работы с литературными источниками.

Реферат – краткое изложение в письменном виде содержания научного труда по предоставленной теме. Это самостоятельная научноисследовательская работа, где

обучающийся раскрывает суть исследуемой проблемы с элементами анализа по теме реферата. Приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на проблемы темы реферата.
Содержание реферата должно быть логичным, изложение материала носить проблемно-тематический характер.
Объем реферата может колебаться в пределах 15-20 печатных страниц.
Основные разделы: оглавление (план), введение, основное содержание, заключение, список литературы.
Текст реферата должен содержать следующие разделы:
— титульный лист реферата (приложение 2);
— ведение, актуальность темы.
— основной раздел.
— заключение
— список литературных источников
Список литературных источников- библиографическое описание используемых источников литературы, в том числе и интернет-источников, оформленное по ГОСТ 7.1 – 2003; 7.80 – 2000; должен иметь не менее 10 библиографических названий, включая сетевые ресурсы.
Текстовая часть реферата оформляется на листе следующего формата:
— отступ сверху – 2 см;
— отступ слева – 3 см;
— отступ справа – 1,5 см;
— отступ снизу – 2,5 см;
— шрифт текста: Times New Roman, высота шрифта – 14, пробел – 1,5;
— нумерация страниц – снизу листа. На первой странице номер не ставится.
Реферат должен быть выполнен грамотно с соблюдением культуры изложения. Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу, включая периодическую литературу за последние 5 лет.
Критерии оценки реферата:
— актуальность темы исследования;
— соответствие содержания теме;
— глубина проработки материала;
— правильность и полнота разработки темы;
— значимость выводов для дальнейшей практической деятельности;
— правильность и полнота использования литературы;
— соответствие оформления реферата стандарту;
— качество сообщения и ответов на вопросы при защите реферата.
Практическое занятие по защите рефератов может проводиться в качестве «круглого стола» в форме представления докладов, посвященных теме занятия, по следующим этапам:
Этап 1. Каждый обучающийся представляет собственный доклад (обязательно использование презентации) по выбранной теме. Доклад 5-7 минут. Обсуждение доклада, вопросы – 2-3 минуты.
Этап 2. Оценка докладов и презентаций, представленных в группе (таблица 3).

Таблица 3 - Шкала оценки докладов на практическом занятии

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Доклад четко выстроен, сопровождается презентацией, отражающей проблематику доклада, имеет четкие выводы, полностью характеризующие работу. Автор отлично ориентируется в материале и	Отлично

отвечает на все вопросы, владеет специальной терминологией. 2. Обучающийся активно участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	
1. Доклад структурирован, презентация не отражает в полной мере содержание доклада, допущены неточности, выводы нечеткие. Автор затрудняется ответить на вопросы, слабо использует специальную терминологию. 2. Обучающийся участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	Хорошо
1. Доклад структурирован, содержание не полностью раскрывает цель доклада, отсутствует презентация. 2. Обучающийся пассивен при обсуждении докладов других обучающихся из группы	Удовлетвори тельно
1. Доклад не структурирован/отсутствует, презентация отсутствует. Автор не владеет материалом. 2. Обучающийся не участвует в обсуждении докладов.	Неудовлетво рительно

4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций

Создание материалов-презентаций — это вид самостоятельной работы обучающихся по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint.

Этот вид работы требует координации навыков обучающегося по сбору, систематизации, переработке информации, оформления ее в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. Создание презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у обучающихся навыки работы на компьютере.

Презентации готовятся обучающимся в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Обучающийся при подготовке презентации должен выполнить следующий комплекс взаимосвязанных видов самостоятельной работы:

— изучить материалы темы, выделяя главное и второстепенное;

— установить логическую связь между элементами темы;

— представить характеристику элементов в краткой форме;

— выбрать опорные сигналы для акцентирования главной информации и отобразить в структуре работы;

— оформить презентацию в соответствии с рекомендациями (таблица 4), разместить ее в электронной образованной среде университета, к установленному сроку либо представить на практическое/лабораторное занятие.

Таблица 4 - Методические рекомендации по оформлению презентации

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Стиль	1.1 Соблюдайте единый стиль оформления. 1.2 Избегайте стилей, которые будут отвлекать от самой презентации. 1.3 Вспомогательная информация не должны преобладать над основной информацией (текст, рисунки).
2. Фон	Для фона предпочтительнее использовать более холодные тона (синий или зеленый).
3. Использование цвета	3.1 На одном слайде рекомендуется использовать не более трех цветов: один для фона, один для заголовков, один для текста. для фона и текста используйте контрастные цвета. 3.2. Обратите особое внимание на цвет гиперссылок (до и после

	использования).
4 Текст/ представление информации	4.1 Используйте короткие слова и предложения. 4.2. Минимизируйте количество предлогов, наречий, прилагательных. 4.3.Заголовки должны привлекать внимание аудитории. 4.4 Предпочтительно горизонтальное расположение информации. 4.5 Наиболее важная информация должна располагаться в центре экрана. Если на слайде располагается картинка, надпись должна располагаться под ней. 4.6 Наибольшая эффективность достигается тогда, когда ключевые пункты отображаются по одному на каждом отдельном слайде.
5.Шрифты	5.1 Для заголовков не менее 24 5.2 Для информации- не менее 18. 5.3Шрифты без засечек легче читать с большого расстояния. 5.4.Нельзя смешивать разные типы шрифтов в одном тексте 5.5.Для выделения информации следует использовать жирный шрифт, курсив или подчеркивание. 5.6 Нельзя злоупотреблять прописными буквами (они читаются хуже строчных букв).
6.Анимационные эффекты	Возможности компьютерной анимации для оформления презентации необходимо использовать умерено, они не должны отвлекать внимание от содержания информации на слайде.

Критерии оценивания презентаций:
— соответствие содержания теме;
— правильная структурированность информации;
— наличие логической связи изложенной информации;
— эстетичность оформления, его соответствие требованиям;
— презентация выполнена и представлена в срок.
Шкала оценивания презентаций разрабатывается преподавателем и доводится до сведения обучающихся вместе с заданием.
Оценка «Отлично»:
презентация отличается целостностью, логичностью и оригинальностью. Оформление логично, эстетично, не противоречит содержанию доклада. Информация структурирована. Иллюстрации презентации соответствуют содержанию, дополняют информацию о раскрываемой проблеме. Текст доклада, сопровождающего презентацию, излагается обучающимся самостоятельно, с незначительной опорой на печатный текст. Ответы на вопросы преподавателя и аудитории четкие, аргументированные, сопровождаются ссылкой на факты и примеры.
Оценка «Хорошо»:
презентация характеризуется целостностью, логической завершенностью, с незначительными недочетами в логике изложения материала. Оформление эстетично, логично, структурировано. Текст доклада излагается с преимущественной опорой на текст. Ответы на дополнительные и уточняющие вопросы не вносят ясности, преимущественно повторяют содержание презентации.
Оценка «Удовлетворительно»:
презентация характеризуется отсутствием единого стиля в оформлении, ввиду чего информация тяжело воспринимается аудиторией. Сведения, излагаемые обучающимся разрозненные, плохо структурированы и аргументированы. Текст доклада

преимущественно зачитывается, обучающимся допускаются неточности и ошибки в изложении материала. Ответы на дополнительные вопросы затруднительны.
Оценка «Неудовлетворительно»:
оформление презентации не соответствует заявленным требованиям. Работа характеризуется отсутствием единого стиля. Обучающийся представляет разрозненные сведения, которые слабо коррелируют с заявленной темой исследования, текст доклада зачитывается, обучающимся часто допускаются ошибки в изложении материала, допускаются ошибки в использовании научной и профессиональной терминологии. Ответы на дополнительные вопросы обучающийся не дает.

5. Организация самостоятельной работы обучающего при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям

Текущий контроль осуществляется систематически с целью установления уровня овладения заявленными в рабочей программе дисциплины/практики компетенциями при изучении. В течение года в соответствии с программой дисциплины проводятся текущие аттестации. Форма проведения текущей аттестации (письменное / устное собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, защита реферата) определяется руководителем курса и доводится до обучающихся. Вопросы по текущей аттестации доводятся до сведения обучающихся не позднее 3 дней до проведения аттестации.
Подготовка к промежуточной аттестации предполагает систематизацию обучающимся усвоенных в ходе обучения по дисциплинам профессиональных знаний и умений. Программа промежуточной аттестации экзамена имеет обобщающий характер и ориентирует обучающегося в процессе подготовки к нему на актуализацию знаний, умений и навыков, отражающих наиболее существенные компоненты содержания дисциплин, закрепление в профессиональном сознании комплексного и целостного знания.
Подготовка к промежуточной аттестации является формой самостоятельной работы обучающегося. Ее эффективной организации будут способствовать рекомендованные перечни основной и дополнительной литературы, информационных и электронно-образовательных ресурсов, а также список вопросов, которые составляют основу для итогового анализа профессиональной компетентности обучающегося и оценки ее соответствия требованиям ФГОС по компетенциям, закрепленным за дисциплинами. Ориентируясь в перечнях основной и дополнительной литературы, обучающийся может выбрать из них как основополагающие источники, так и те, которые позволят углубить и расширить знания по актуальным проблемам специальностей, систематизировать их и отразить в комплексе.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации рекомендуется составлять развернутый план ответа на вопрос программы экзамена, что обеспечит логическую последовательность изложения материала. Продумывая структуру ответа, необходимо: во-первых, уделить внимание раскрытию теоретической сущности явления или понятий, обозначенных в контрольно-измерительном материале, во-вторых, осветить содержание и закономерности рассматриваемых явлений, отразить состояние их изученности в современной медицине. Обучающийся должен продемонстрировать на промежуточной аттестации владение категориальным аппаратом дисциплин, показать умение использовать знания, полученные при изучении дисциплин для анализа современных тенденций в медицине, применять их для решения профессиональных задач врачей по специальностям.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации обучающемуся рекомендуется использовать весь набор методов и средств современных информационных технологий для изучения содержания отечественной и зарубежной литературы по дисциплине, анализа и оценки ее текущего состояния и перспектив развития.

При подготовке к промежуточной аттестации рекомендуется активно применять следующие образовательные и профессионально-ориентированные технологии:
– информационные технологии – компьютерные технологии, в том числе доступ в Интернет (для получения учебной и учебно-методической информации, представленной в научных электронных журналах и на сайтах библиотек);
– информационно-коммуникационные технологии.
Оценка знаний, умений и навыков, характеризующая этапы формирования компетенций в рамках изучения дисциплины осуществляется в ходе текущей и промежуточной аттестаций.
Форма проведения текущей/ промежуточной аттестации определяется рабочей программой дисциплины. Оценивание компетенций, вынесенных на промежуточную аттестацию в форме экзамена, осуществляется по четырехбалльной шкале:
оценка «отлично» - 5 баллов
оценка «хорошо» - 4 балла
оценка «удовлетворительно» - 3 балла
оценка «неудовлетворительно» - 2 балла.
При сдаче промежуточной аттестации в форме зачета:
«зачтено» - 3-5 баллов или «не зачтено» - 2 балла.

6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной(клинической) практики

Производственная (клиническая) практика составлена по модулям – дисциплинам и проводится в форме контактной и самостоятельной работы обучающегося.
Контактная работа предусматривает работу руководителя практики с обучающимся в форме индивидуальных/групповых консультаций.
К самостоятельной работе по практикам относятся следующие виды работ обучающегося:
- ознакомление с нормативно-правовым обеспечением практик, включая программы практик;
- изучение законодательной и нормативно-правовой обеспеченности профессиональной деятельности в сфере обращения лекарственных средств в предметной области практики;
- выполнение заданий, заполнение отчета о прохождении практики;
- подготовка к промежуточной аттестации по итогам практики.
По окончании практики обучающийся оформляет отчёт. Материал для составления отчета собирается и накапливается с первого дня практики. Отчет должен содержать самоанализ выполненной работы обучающимся.
Во время прохождения практики необходимо выполнение следующих условий:
- Явиться на установочное собрание, проводимое руководителем практики и получить пакет документов в учебно-методическом отделе.
- В первый день практики прийти на базу к 8 часам утра, и представиться общему руководителю.
- Быть одетым строго по форме и следить за ее чистотой. Иметь сменную обувь.
- Работать строго по графику. Пропущенные дни, даже по уважительной причине, отрабатываются в дополнительное время.
- Ознакомиться с документацией структурных подразделений (поликлиника, стационар, приемный покой, в отделениях - процедурные кабинеты, пост и т.д.).
- Активно участвовать в общественной жизни структурных подразделений, а также в санитарно-просветительной работе.
- Бережно относиться к имуществу лечебно-профилактических учреждений.
- Быть дисциплинированными, спокойными и вежливыми в обращении с товарищами по работе, с больными и их родственниками, в отделениях соблюдать тишину и порядок.

- Ежедневно и аккуратно вести отчет, заполнять листы обязательных манипуляций. Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной (клинической) практике представлены в Таблице 6.

Таблица 6 – Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной практике

Критерии оценки	Шкала оценок
Обучающийся предоставил оформленный соответствующим образом, отчет и отзыв с положительной характеристикой руководителя практики; продемонстрировал систематические знания по контролируемым компетенциям; владеет способностью и готовностью применять знания, умения и навыки для решения профессиональных задач на практике; в ответе присутствует четкая структура, логическая последовательность, современная профессиональная терминология; ответ обоснован нормативной документацией и конкретными примерами из производственной практики.	Зачтено
Обучающийся предоставил неполный перечень отчетной документации; демонстрирует полное отсутствие или фрагментарные знания, умения и навыки по контролируемой компетенции и неспособность применять их на практике для решения профессиональных задач; не в состоянии обосновать свой ответ нормативной документацией и примерами из производственной практики; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа	Не зачтено

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»
Медицинский институт
Кафедра факультетской хирургии

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «Офтальмология»

Код направления подготовки (специальности)	31.05.03
Направление подготовки (специальности)	Стоматология
Квалификация выпускника	Врач- стоматолог
Форма обучения	Очная

Грозный

СОДЕРЖАНИЕ

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся.
2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий.
3. Методические рекомендации по выполнению рефератов.
4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций.
5. Организация самостоятельной работы обучающихся при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям.
6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной практики

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся

Самостоятельная работа по дисциплинам является обязательным элементом федеральных государственных образовательных стандартов по программам высшего образования.

Самостоятельная работа обучающегося – организационная форма обучения - система педагогических условий, обеспечивающих управление учебной деятельностью обучающихся по освоению знаний и умений в учебной и научной деятельности без посторонней помощи.

Самостоятельная работа обучающихся является специфическим педагогическим средством организации и сопровождения самостоятельной деятельности обучающихся в учебном процессе.

Цели

К целям самостоятельной работы относится:

— формирование способностей у обучающегося к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;

— развитие исследовательских умений.

— фиксирование и систематизирование полученных теоретических познаний и практического опыта; формирование умений использовать научную, правовую, справочную и специальную литературу;

— развитие познавательных способностей и инициативности обучающихся, ответственность, организованность, стремление к саморазвитию; формирование умения правильно пользоваться полученным ранее материалом, собранным в процессе самостоятельного наблюдения, выполнения заданий различного характера.

Формы самостоятельной работы

При обучении используются следующие виды и формы самостоятельной работы:

— подготовка к практическим занятиям;

— подготовка и написание рефератов; - подготовка докладов на заданные темы рефератов, либо выбранные по заданному направлению;

— изучение и систематизация нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность в сфере обращения лекарственных средств в части организационно-управленческих вопросов с использованием информационно-справочных систем «Консультант Плюс», «Консультант врача», компьютерной сети «Интернет»;

— изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодической литературы с использованием электронных библиотечных систем, официальных статистических данных, научной периодики; - создание презентации;

— подготовка к устному опросу, к дискуссии;

— тестирование;

— решение ситуационных задач;

— подготовка к текущей, промежуточной аттестации и т.д.

Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет в начале каждого семинарского/практического занятия.

Контроль результатов аудиторной самостоятельной работы осуществляется в пределах времени, отведенного на практические занятия по дисциплине. В зависимости от сложности познавательной деятельности при изучении дисциплин используется три уровня самостоятельной работы:

— репродуктивная самостоятельная работа, которая включает изучение основной и дополнительной рекомендованной литературы, изучение методических рекомендаций к занятию, решение типовых задач, ситуаций;

— реконструктивная самостоятельная работа включает в себя подготовку к презентациям, сообщениям по заданной теме, решение профессиональных задач, моделирование профессиональной деятельности;

— творческая самостоятельная работа включает анализ, обобщение и систематизацию научных и нормативно-правовых документов, самостоятельное составление ситуаций, задач, проектов, составление выступлений по проблемам профессиональной деятельности. Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет на семинарском/практическом занятии.

Самостоятельная работа начинается с изучения рабочей программы дисциплины, отражена в рабочих программах дисциплин.

Для конспектирования лекционного материала, а также выполнения семинарских/практических работ требуются рабочие тетради.

Самостоятельная работа обучающегося подразделяется на аудиторную и внеаудиторную самостоятельную работу

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплинам выполняется на учебных занятиях (семинарские или практические) под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Основными видами аудиторной самостоятельной работы являются:

— выполнение практических работ;

— работа с нормативно-правовыми документами в области обращения лекарственных средств;

— решение ситуационных/симуляционных задач;

— презентация результатов научно-исследовательской работы по заданным темам

Выполнение практических работ осуществляется на семинарских/практических занятиях в соответствии с графиком учебного процесса и расписанием занятий.

Работа с основной, дополнительной литературой, эмпирическими и статистическими данными, как правило, основана на изучении документов и данных, их обобщении и представлении.

Решение ситуационных задач используется на семинарских/практических занятиях. Проблемная/ситуационная задача должна иметь четкую формулировку, к ней должны быть поставлены вопросы, ответы на которые необходимо найти и обосновать.

Критерии для оценки каждого вида аудиторной самостоятельной работы обучающегося разрабатываются преподавателем для конкретной дисциплины /цикла из предложенного перечня критериев оценки результатов аудиторной самостоятельной работы:

— уровень освоения учебного материала;

— умение использовать теоретические знания при выполнении лабораторных, практических, ситуационных, симуляционных задач;

— сформированность заявленных умений по теме аудиторного занятия;

— обоснованность и четкость изложения ответов;

— оформление материала в соответствии с требованиями, заявленными в задании;

— уровень самостоятельности обучающегося при выполнении аудиторной самостоятельной работы.

Внеаудиторная самостоятельная работа является элементом каждой темы дисциплин.

Планирование времени, необходимого на внеаудиторное самостоятельное изучение дисциплин, обучающие должны осуществлять весь семестр, предусматривая при этом регулярное повторение материала.

Материал, законспектированный на лекциях, необходимо регулярно прорабатывать и дополнять сведениями из других источников литературы, представленных не только в программах дисциплин, но и в периодических профильных научных изданиях, материалах конференций.

При изучении дисциплин сначала необходимо по каждой теме прочитать рекомендованную литературу и составить краткий конспект основных положений, терминов, сведений, требующих запоминания и являющихся основополагающими в этой теме для освоения последующих тем курса. Для расширения знания по дисциплине

рекомендуется использовать Интернет-ресурсы; проводить поиски в различных системах и использовать материалы сайтов, рекомендованных преподавателем.
При выполнении самостоятельной работы по написанию реферата необходимо: прочитать теоретический материал в рекомендованной литературе, периодических изданиях, на Интернет-сайтах; творчески переработать изученный материал и представить его для отчета в форме реферата, проиллюстрировав схемами, диаграммами, фотографиями и рисунками.
Тексты докладов и рефератов должны быть изложены внятно, простым и ясным языком.
Для обеспечения внеаудиторной самостоятельной работы по каждой теме дисциплин/блоку разработаны:
а) перечень основной и дополнительной литературы;
б) вопросы для самоконтроля.
При выполнении внеаудиторной самостоятельной работы обучающийся имеет право обращаться к преподавателю за консультацией с целью уточнения задания, формы контроля выполненного задания.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы отражается в индивидуальном плане после выполнения внеаудиторной самостоятельной работы.
Критерии оценки внеаудиторной работы формируются преподавателем самостоятельно для каждого вида работы. Основными критериями оценки внеаудиторной работы обучающегося выступают:
- уровень освоения материала;
- уровень умения использовать теоретические знания при выполнении заданий, решении ситуационных задач;
- обоснованность и четкость изложения ответов,
- результаты тестирования по шкале оценок;
- уровень умения использовать электронные образовательные ресурсы;
- умение четко формулировать проблему, предложив ее решение, критическая оценка последствий решения;
- уровень умения сформулировать собственную позицию и аргументировать ее.

Качество выполнения внеаудиторной самостоятельной работы оценивается посредством текущего контроля самостоятельной работы обучающегося. Текущий контроль представляет собой форму планомерного контроля качества и объема осваиваемых компетенций в процессе изучения конкретной дисциплины, проводится на семинарских/практических занятиях и во время индивидуальной работы преподавателя с обучающимися.

Шкала оценивания внеаудиторной самостоятельной работы:
Зачтено – задание выполнено полно и правильно, изложено в правильных нормативных формулировках с использованием точного понятийного аппарата, с использованием рекомендованных источников литературы, продемонстрировано умение формулировать проблему, предложены пути ее решения, проведена критическая оценка последствий такого решения, а также умение формулировать собственную позицию и аргументировать ее.
Не зачтено – обучающийся не выполнил задание либо выполнил не в полном объеме, демонстрирует несформированность понятийного аппарата по теме, отсутствие умения формулировать проблему, обобщать материал, не может аргументировать свой ответ.

2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий

Практическое занятие - вид учебных занятий, при котором в результате предварительной работы над учебным материалом преподавателя и студента, в обстановке их контактной работы в аудитории решаются задачи познавательного и воспитательного характера.
Цель такой формы обучения – углубленное изучение дисциплины, закрепление полученного теоретического материала в форме внеаудиторной самостоятельной работы, овладение методологией научного познания и формирования базовых умений. Немаловажным преимуществом практических занятий является и формирование навыков профессиональной дискуссии.
Задачи практических занятий:
- мотивация к регулярному изучению теоретического учебного материала, основной, дополнительной литературы;
- закрепление теоретических знаний, полученных при прослушивании лекций и во время внеаудиторной самостоятельной работы;
- получение навыков устного и публичного выступления по теоретическим вопросам, включая навыки по свободному оперированию организационными и управленческими понятиями и категориями;
- формирование навыков по универсальным и профессиональным компетенциям;
- возможность преподавателю систематически контролировать как самостоятельную работу студента, так и свою работу.

Практические занятия проводятся по плану.
Каждая тема практического занятия, как правило, включает: цель занятия, перечень основных и дополнительных источников литературы, вопросы к устному обсуждению на занятии, ситуационные задачи и перечень заданий, которые обучающиеся самостоятельно должны решить на практическом занятии.
Каждое практическое занятие посвящено, как правило, изучению нескольких компетенций и включает три основных этапа.
Первый этап - устный опрос по заранее сформулированным вопросам либо представление докладов/презентаций, подготовленных в рамках внеаудиторной самостоятельной работы по заранее сформулированным требованиям. Важнейшей частью этапа, является обсуждение представленных докладов/презентаций. Цель преподавателя – организовать обмен мнениями, дискуссию в группе, скорректировать уровень подготовленности студентов.
Одним из возможных элементов первого этапа является решение ситуационных задач, которые максимально приближены к профессиональной деятельности.
Требования к ответам обучающихся – самостоятельность в подборе фактического материала и аналитическом отношении к нему, умение рассматривать примеры и факты во взаимосвязи и взаимообусловленности, отбирать наиболее существенные из них.
Для оценивания первого (теоретического) этапа занятия используются знания, умения, владения, которые заявлены на каждое занятие:
1) знание учебного материала и владение понятийным аппаратом по теме занятия;
2) умение связывать теорию с практикой;
3) умение иллюстрировать ответ примерами, фактами, данными научных исследований;
4) умение применять теоретические знания при решении ситуационных задач.

Второй этап – аудиторное самостоятельное выполнение семинарских /практических заданий, которые обучающийся выполняет индивидуально либо в группе, если такое предусмотрено заданием.
В процессе выполнения самостоятельной аудиторной работы обучающийся имеет право на получение индивидуальных консультаций у преподавателя.
По окончании выполнения аудиторной самостоятельной работы обучающийся сдает отчет о выполнении самостоятельных лабораторных заданий преподавателю, который оценивается по шкале «зачет/незачет».
Критерии оценивания практического занятия осуществляются по следующим критериям:

1. своевременное выполнение внеаудиторной самостоятельной работы по изучаемой теме;
2. демонстрируемый обучающимся уровень усвоения заявленной к освоению компетенции (знания, умения, навыки);
— хорошее знание и уверенное владение на занятии теоретическим содержанием учебного материала;
— адекватное применение теоретического материала к решению ситуационных задач, заданий для аудиторной самостоятельной работы;
— умение аргументировать свои решения, развернуто отвечать на дополнительные вопросы преподавателя.
3. Соблюдение организационных и дисциплинарных требований, предъявляемых к обучающемуся на семинарских/практических занятиях: аккуратный внешний вид, соблюдение дисциплины на занятиях, полнота и своевременность представления выполненных заданий в полном объеме (не позднее даты окончания занятия и в полном соответствии с предъявляемыми к их содержанию и качеству оформления).
Третий этап – заключительный. Преподаватель дает общую оценку уровня подготовленности обучаемых к практическим занятиям, характеризует активность каждого обучающегося на занятии и озвучивает оценки каждому обучающемуся с их обоснованием.

Шкала оценивания осуществляется по четырехбалльной шкале (таблица 2)

Критерии оценивания лабораторного/практического занятия	Шкала оценок
Полное соответствие работы обучающегося требованиям. Обучающийся демонстрирует уверенные знания, способен творчески решать поставленные задачи, самостоятельно демонстрирует умения, обладает некоторыми навыками. Обучающийся успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, демонстрирует глубокое теоретическое знание по изучаемой теме, умение его применять на практике (в установленный срок сдал протоколы занятия/представил и защитил доклады/презентации и др.).	Отлично
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует хорошее знание материала, способен творчески решать поставленные задачи, демонстрирует базовые умения. Обучающийся выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, содержатся отдельные пробелы в умении применить полученные теоретические знании к решению ситуационных задач .	Хорошо
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует знание базового материала, способен решать поставленные задачи под руководством преподавателя, освоил базовые умения. Успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, но затрудняется интерпретировать его практически.	Удовлетвори тельно
Работа не соответствует требованиям.	Неудовлетво рительно

3. Методические рекомендации по организации и выполнению рефератов
Реферат предусматривает углубленное изучение дисциплины, способствует развитию навыков самостоятельной работы с литературными источниками.
Реферат – краткое изложение в письменном виде содержания научного труда по предоставленной теме. Это самостоятельная научноисследовательская работа, где

обучающийся раскрывает суть исследуемой проблемы с элементами анализа по теме реферата. Приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на проблемы темы реферата.
Содержание реферата должно быть логичным, изложение материала носить проблемно-тематический характер.
Объем реферата может колебаться в пределах 15-20 печатных страниц.
Основные разделы: оглавление (план), введение, основное содержание, заключение, список литературы.
Текст реферата должен содержать следующие разделы:
— титульный лист реферата (приложение 2);
— ведение, актуальность темы.
— основной раздел.
— заключение
— список литературных источников
Список литературных источников- библиографическое описание используемых источников литературы, в том числе и интернет-источников, оформленное по ГОСТ 7.1 – 2003; 7.80 – 2000; должен иметь не менее 10 библиографических названий, включая сетевые ресурсы.
Текстовая часть реферата оформляется на листе следующего формата:
— отступ сверху – 2 см;
— отступ слева – 3 см;
— отступ справа – 1,5 см;
— отступ снизу – 2,5 см;
— шрифт текста: Times New Roman, высота шрифта – 14, пробел – 1,5;
— нумерация страниц – снизу листа. На первой странице номер не ставится.
Реферат должен быть выполнен грамотно с соблюдением культуры изложения. Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу, включая периодическую литературу за последние 5 лет.
Критерии оценки реферата:
— актуальность темы исследования;
— соответствие содержания теме;
— глубина проработки материала;
— правильность и полнота разработки темы;
— значимость выводов для дальнейшей практической деятельности;
— правильность и полнота использования литературы;
— соответствие оформления реферата стандарту;
— качество сообщения и ответов на вопросы при защите реферата.
Практическое занятие по защите рефератов может проводиться в качестве «круглого стола» в форме представления докладов, посвященных теме занятия, по следующим этапам:
Этап 1. Каждый обучающийся представляет собственный доклад (обязательно использование презентации) по выбранной теме. Доклад 5-7 минут. Обсуждение доклада, вопросы – 2-3 минуты.
Этап 2. Оценка докладов и презентаций, представленных в группе (таблица 3).

Таблица 3 - Шкала оценки докладов на практическом занятии

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Доклад четко выстроен, сопровождается презентацией, отражающей проблематику доклада, имеет четкие выводы, полностью характеризующие работу. Автор отлично ориентируется в материале и	Отлично

отвечает на все вопросы, владеет специальной терминологией. 2. Обучающийся активно участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	
1. Доклад структурирован, презентация не отражает в полной мере содержание доклада, допущены неточности, выводы нечеткие. Автор затрудняется ответить на вопросы, слабо использует специальную терминологию. 2. Обучающийся участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	Хорошо
1. Доклад структурирован, содержание не полностью раскрывает цель доклада, отсутствует презентация. 2. Обучающийся пассивен при обсуждении докладов других обучающихся из группы	Удовлетвори тельно
1. Доклад не структурирован/отсутствует, презентация отсутствует. Автор не владеет материалом. 2. Обучающийся не участвует в обсуждении докладов.	Неудовлетво рительно

4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций

Создание материалов-презентаций — это вид самостоятельной работы обучающихся по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint.

Этот вид работы требует координации навыков обучающегося по сбору, систематизации, переработке информации, оформления ее в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. Создание презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у обучающихся навыки работы на компьютере.

Презентации готовятся обучающимся в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Обучающийся при подготовке презентации должен выполнить следующий комплекс взаимосвязанных видов самостоятельной работы:

— изучить материалы темы, выделяя главное и второстепенное;

— установить логическую связь между элементами темы;

— представить характеристику элементов в краткой форме;

— выбрать опорные сигналы для акцентирования главной информации и отобразить в структуре работы;

— оформить презентацию в соответствии с рекомендациями (таблица 4), разместить ее в электронной образованной среде университета, к установленному сроку либо представить на практическое/лабораторное занятие.

Таблица 4 - Методические рекомендации по оформлению презентации

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Стиль	1.1 Соблюдайте единый стиль оформления. 1.2 Избегайте стилей, которые будут отвлекать от самой презентации. 1.3 Вспомогательная информация не должны преобладать над основной информацией (текст, рисунки).
2. Фон	Для фона предпочтительнее использовать более холодные тона (синий или зеленый).
3. Использование цвета	3.1 На одном слайде рекомендуется использовать не более трех цветов: один для фона, один для заголовков, один для текста. для фона и текста используйте контрастные цвета. 3.2. Обратите особое внимание на цвет гиперссылок (до и после

	использования).
4 Текст/ представление информации	4.1 Используйте короткие слова и предложения. 4.2. Минимизируйте количество предлогов, наречий, прилагательных. 4.3.Заголовки должны привлекать внимание аудитории. 4.4 Предпочтительно горизонтальное расположение информации. 4.5 Наиболее важная информация должна располагаться в центре экрана. Если на слайде располагается картинка, надпись должна располагаться под ней. 4.6 Наибольшая эффективность достигается тогда, когда ключевые пункты отображаются по одному на каждом отдельном слайде.
5.Шрифты	5.1 Для заголовков не менее 24 5.2 Для информации- не менее 18. 5.3Шрифты без засечек легче читать с большого расстояния. 5.4.Нельзя смешивать разные типы шрифтов в одном тексте 5.5.Для выделения информации следует использовать жирный шрифт, курсив или подчеркивание. 5.6 Нельзя злоупотреблять прописными буквами (они читаются хуже строчных букв).
6.Анимационные эффекты	Возможности компьютерной анимации для оформления презентации необходимо использовать умерено, они не должны отвлекать внимание от содержания информации на слайде.

Критерии оценивания презентаций:
— соответствие содержания теме;
— правильная структурированность информации;
— наличие логической связи изложенной информации;
— эстетичность оформления, его соответствие требованиям;
— презентация выполнена и представлена в срок.
Шкала оценивания презентаций разрабатывается преподавателем и доводится до сведения обучающихся вместе с заданием.
Оценка «Отлично»:
презентация отличается целостностью, логичностью и оригинальностью. Оформление логично, эстетично, не противоречит содержанию доклада. Информация структурирована. Иллюстрации презентации соответствуют содержанию, дополняют информацию о раскрываемой проблеме. Текст доклада, сопровождающего презентацию, излагается обучающимся самостоятельно, с незначительной опорой на печатный текст. Ответы на вопросы преподавателя и аудитории четкие, аргументированные, сопровождаются ссылкой на факты и примеры.
Оценка «Хорошо»:
презентация характеризуется целостностью, логической завершенностью, с незначительными недочетами в логике изложения материала. Оформление эстетично, логично, структурировано. Текст доклада излагается с преимущественной опорой на текст. Ответы на дополнительные и уточняющие вопросы не вносят ясности, преимущественно повторяют содержание презентации.
Оценка «Удовлетворительно»:
презентация характеризуется отсутствием единого стиля в оформлении, ввиду чего информация тяжело воспринимается аудиторией. Сведения, излагаемые обучающимся разрозненные, плохо структурированы и аргументированы. Текст доклада

преимущественно зачитывается, обучающимся допускаются неточности и ошибки в изложении материала. Ответы на дополнительные вопросы затруднительны.
Оценка «Неудовлетворительно»:
оформление презентации не соответствует заявленным требованиям. Работа характеризуется отсутствием единого стиля. Обучающийся представляет разрозненные сведения, которые слабо коррелируют с заявленной темой исследования, текст доклада зачитывается, обучающимся часто допускаются ошибки в изложении материала, допускаются ошибки в использовании научной и профессиональной терминологии. Ответы на дополнительные вопросы обучающийся не дает.

5. Организация самостоятельной работы обучающего при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям

Текущий контроль осуществляется систематически с целью установления уровня овладения заявленными в рабочей программе дисциплины/практики компетенциями при изучении. В течение года в соответствии с программой дисциплины проводятся текущие аттестации. Форма проведения текущей аттестации (письменное / устное собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, защита реферата) определяется руководителем курса и доводится до обучающихся. Вопросы по текущей аттестации доводятся до сведения обучающихся не позднее 3 дней до проведения аттестации.
Подготовка к промежуточной аттестации предполагает систематизацию обучающимся усвоенных в ходе обучения по дисциплинам профессиональных знаний и умений. Программа промежуточной аттестации экзамена имеет обобщающий характер и ориентирует обучающегося в процессе подготовки к нему на актуализацию знаний, умений и навыков, отражающих наиболее существенные компоненты содержания дисциплин, закрепление в профессиональном сознании комплексного и целостного знания.
Подготовка к промежуточной аттестации является формой самостоятельной работы обучающегося. Ее эффективной организации будут способствовать рекомендованные перечни основной и дополнительной литературы, информационных и электронно-образовательных ресурсов, а также список вопросов, которые составляют основу для итогового анализа профессиональной компетентности обучающегося и оценки ее соответствия требованиям ФГОС по компетенциям, закрепленным за дисциплинами. Ориентируясь в перечнях основной и дополнительной литературы, обучающийся может выбрать из них как основополагающие источники, так и те, которые позволят углубить и расширить знания по актуальным проблемам специальностей, систематизировать их и отразить в комплексе.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации рекомендуется составлять развернутый план ответа на вопрос программы экзамена, что обеспечит логическую последовательность изложения материала. Продумывая структуру ответа, необходимо: во-первых, уделить внимание раскрытию теоретической сущности явления или понятий, обозначенных в контрольно-измерительном материале, во-вторых, осветить содержание и закономерности рассматриваемых явлений, отразить состояние их изученности в современной медицине. Обучающийся должен продемонстрировать на промежуточной аттестации владение категориальным аппаратом дисциплин, показать умение использовать знания, полученные при изучении дисциплин для анализа современных тенденций в медицине, применять их для решения профессиональных задач врачей по специальностям.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации обучающемуся рекомендуется использовать весь набор методов и средств современных информационных технологий для изучения содержания отечественной и зарубежной литературы по дисциплине, анализа и оценки ее текущего состояния и перспектив развития.

При подготовке к промежуточной аттестации рекомендуется активно применять следующие образовательные и профессионально-ориентированные технологии:
– информационные технологии – компьютерные технологии, в том числе доступ в Интернет (для получения учебной и учебно-методической информации, представленной в научных электронных журналах и на сайтах библиотек);
– информационно-коммуникационные технологии.
Оценка знаний, умений и навыков, характеризующая этапы формирования компетенций в рамках изучения дисциплины осуществляется в ходе текущей и промежуточной аттестаций.
Форма проведения текущей/ промежуточной аттестации определяется рабочей программой дисциплины. Оценивание компетенций, вынесенных на промежуточную аттестацию в форме экзамена, осуществляется по четырехбалльной шкале:
оценка «отлично» - 5 баллов
оценка «хорошо» - 4 балла
оценка «удовлетворительно» - 3 балла
оценка «неудовлетворительно» - 2 балла.
При сдаче промежуточной аттестации в форме зачета:
«зачтено» - 3-5 баллов или «не зачтено» - 2 балла.

6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной(клинической) практики

Производственная (клиническая) практика составлена по модулям – дисциплинам и проводится в форме контактной и самостоятельной работы обучающегося.
Контактная работа предусматривает работу руководителя практики с обучающимся в форме индивидуальных/групповых консультаций.
К самостоятельной работе по практикам относятся следующие виды работ обучающегося:
- ознакомление с нормативно-правовым обеспечением практик, включая программы практик;
- изучение законодательной и нормативно-правовой обеспеченности профессиональной деятельности в сфере обращения лекарственных средств в предметной области практики;
- выполнение заданий, заполнение отчета о прохождении практики;
- подготовка к промежуточной аттестации по итогам практики.
По окончании практики обучающийся оформляет отчёт. Материал для составления отчета собирается и накапливается с первого дня практики. Отчет должен содержать самоанализ выполненной работы обучающимся.
Во время прохождения практики необходимо выполнение следующих условий:
- Явиться на установочное собрание, проводимое руководителем практики и получить пакет документов в учебно-методическом отделе.
- В первый день практики прийти на базу к 8 часам утра, и представиться общему руководителю.
- Быть одетым строго по форме и следить за ее чистотой. Иметь сменную обувь.
- Работать строго по графику. Пропущенные дни, даже по уважительной причине, отрабатываются в дополнительное время.
- Ознакомиться с документацией структурных подразделений (поликлиника, стационар, приемный покой, в отделениях - процедурные кабинеты, пост и т.д.).
- Активно участвовать в общественной жизни структурных подразделений, а также в санитарно-просветительной работе.
- Бережно относиться к имуществу лечебно-профилактических учреждений.
- Быть дисциплинированными, спокойными и вежливыми в обращении с товарищами по работе, с больными и их родственниками, в отделениях соблюдать тишину и порядок.

- Ежедневно и аккуратно вести отчет, заполнять листы обязательных манипуляций. Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной (клинической) практике представлены в Таблице 6.

Таблица 6 – Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной практике

Критерии оценки	Шкала оценок
Обучающийся предоставил оформленный соответствующим образом, отчет и отзыв с положительной характеристикой руководителя практики; продемонстрировал систематические знания по контролируемым компетенциям; владеет способностью и готовностью применять знания, умения и навыки для решения профессиональных задач на практике; в ответе присутствует четкая структура, логическая последовательность, современная профессиональная терминология; ответ обоснован нормативной документацией и конкретными примерами из производственной практики.	Зачтено
Обучающийся предоставил неполный перечень отчетной документации; демонстрирует полное отсутствие или фрагментарные знания, умения и навыки по контролируемой компетенции и неспособность применять их на практике для решения профессиональных задач; не в состоянии обосновать свой ответ нормативной документацией и примерами из производственной практики; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа	Не зачтено

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»
Медицинский институт
Кафедра гистологии и патологической анатомии

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «Патологическая анатомия - патологическая анатомия головы и шеи»

Код направления подготовки (специальности)	31.05.03
Направление подготовки (специальности)	Стоматология
Квалификация выпускника	Врач- стоматолог
Форма обучения	Очная

Грозный

СОДЕРЖАНИЕ

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся.
2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий.
3. Методические рекомендации по выполнению рефератов.
4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций.
5. Организация самостоятельной работы обучающихся при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям.
6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной практики

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся

Самостоятельная работа по дисциплинам является обязательным элементом федеральных государственных образовательных стандартов по программам высшего образования.

Самостоятельная работа обучающегося – организационная форма обучения - система педагогических условий, обеспечивающих управление учебной деятельностью обучающихся по освоению знаний и умений в учебной и научной деятельности без посторонней помощи.

Самостоятельная работа обучающихся является специфическим педагогическим средством организации и сопровождения самостоятельной деятельности обучающихся в учебном процессе.

Цели

К целям самостоятельной работы относится:

— формирование способностей у обучающегося к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;

— развитие исследовательских умений.

— фиксирование и систематизирование полученных теоретических познаний и практического опыта; формирование умений использовать научную, правовую, справочную и специальную литературу;

— развитие познавательных способностей и инициативности обучающихся, ответственность, организованность, стремление к саморазвитию; формирование умения правильно пользоваться полученным ранее материалом, собранным в процессе самостоятельного наблюдения, выполнения заданий различного характера.

Формы самостоятельной работы

При обучении используются следующие виды и формы самостоятельной работы:

— подготовка к практическим занятиям;

— подготовка и написание рефератов; - подготовка докладов на заданные темы рефератов, либо выбранные по заданному направлению;

— изучение и систематизация нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность в сфере обращения лекарственных средств в части организационно-управленческих вопросов с использованием информационно-справочных систем «Консультант Плюс», «Консультант врача», компьютерной сети «Интернет»;

— изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодической литературы с использованием электронных библиотечных систем, официальных статистических данных, научной периодики; - создание презентации;

— подготовка к устному опросу, к дискуссии;

— тестирование;

— решение ситуационных задач;

— подготовка к текущей, промежуточной аттестации и т.д.

Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет в начале каждого семинарского/практического занятия.

Контроль результатов аудиторной самостоятельной работы осуществляется в пределах времени, отведенного на практические занятия по дисциплине. В зависимости от сложности познавательной деятельности при изучении дисциплин используется три уровня самостоятельной работы:

— репродуктивная самостоятельная работа, которая включает изучение основной и дополнительной рекомендованной литературы, изучение методических рекомендаций к занятию, решение типовых задач, ситуаций;

— реконструктивная самостоятельная работа включает в себя подготовку к презентациям, сообщениям по заданной теме, решение профессиональных задач, моделирование профессиональной деятельности;

— творческая самостоятельная работа включает анализ, обобщение и систематизацию научных и нормативно-правовых документов, самостоятельное составление ситуаций, задач, проектов, составление выступлений по проблемам профессиональной деятельности. Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет на семинарском/практическом занятии.

Самостоятельная работа начинается с изучения рабочей программы дисциплины, отражена в рабочих программах дисциплин.

Для конспектирования лекционного материала, а также выполнения семинарских/практических работ требуются рабочие тетради.

Самостоятельная работа обучающегося подразделяется на аудиторную и внеаудиторную самостоятельную работу

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплинам выполняется на учебных занятиях (семинарские или практические) под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Основными видами аудиторной самостоятельной работы являются:

— выполнение практических работ;

— работа с нормативно-правовыми документами в области обращения лекарственных средств;

— решение ситуационных/симуляционных задач;

— презентация результатов научно-исследовательской работы по заданным темам

Выполнение практических работ осуществляется на семинарских/практических занятиях в соответствии с графиком учебного процесса и расписанием занятий.

Работа с основной, дополнительной литературой, эмпирическими и статистическими данными, как правило, основана на изучении документов и данных, их обобщении и представлении.

Решение ситуационных задач используется на семинарских/практических занятиях. Проблемная/ситуационная задача должна иметь четкую формулировку, к ней должны быть поставлены вопросы, ответы на которые необходимо найти и обосновать.

Критерии для оценки каждого вида аудиторной самостоятельной работы обучающегося разрабатываются преподавателем для конкретной дисциплины /цикла из предложенного перечня критериев оценки результатов аудиторной самостоятельной работы:

— уровень освоения учебного материала;

— умение использовать теоретические знания при выполнении лабораторных, практических, ситуационных, симуляционных задач;

— сформированность заявленных умений по теме аудиторного занятия;

— обоснованность и четкость изложения ответов;

— оформление материала в соответствии с требованиями, заявленными в задании;

— уровень самостоятельности обучающегося при выполнении аудиторной самостоятельной работы.

Внеаудиторная самостоятельная работа является элементом каждой темы дисциплин.

Планирование времени, необходимого на внеаудиторное самостоятельное изучение дисциплин, обучающие должны осуществлять весь семестр, предусматривая при этом регулярное повторение материала.

Материал, законспектированный на лекциях, необходимо регулярно прорабатывать и дополнять сведениями из других источников литературы, представленных не только в программах дисциплин, но и в периодических профильных научных изданиях, материалах конференций.

При изучении дисциплин сначала необходимо по каждой теме прочитать рекомендованную литературу и составить краткий конспект основных положений, терминов, сведений, требующих запоминания и являющихся основополагающими в этой теме для освоения последующих тем курса. Для расширения знания по дисциплине

рекомендуется использовать Интернет-ресурсы; проводить поиски в различных системах и использовать материалы сайтов, рекомендованных преподавателем.
При выполнении самостоятельной работы по написанию реферата необходимо: прочитать теоретический материал в рекомендованной литературе, периодических изданиях, на Интернет-сайтах; творчески переработать изученный материал и представить его для отчета в форме реферата, проиллюстрировав схемами, диаграммами, фотографиями и рисунками.
Тексты докладов и рефератов должны быть изложены внятно, простым и ясным языком.
Для обеспечения внеаудиторной самостоятельной работы по каждой теме дисциплин/блоку разработаны:
а) перечень основной и дополнительной литературы;
б) вопросы для самоконтроля.
При выполнении внеаудиторной самостоятельной работы обучающийся имеет право обращаться к преподавателю за консультацией с целью уточнения задания, формы контроля выполненного задания.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы отражается в индивидуальном плане после выполнения внеаудиторной самостоятельной работы.
Критерии оценки внеаудиторной работы формируются преподавателем самостоятельно для каждого вида работы. Основными критериями оценки внеаудиторной работы обучающегося выступают:
- уровень освоения материала;
- уровень умения использовать теоретические знания при выполнении заданий, решении ситуационных задач;
- обоснованность и четкость изложения ответов,
- результаты тестирования по шкале оценок;
- уровень умения использовать электронные образовательные ресурсы;
- умение четко формулировать проблему, предложив ее решение, критическая оценка последствий решения;
- уровень умения сформулировать собственную позицию и аргументировать ее.

Качество выполнения внеаудиторной самостоятельной работы оценивается посредством текущего контроля самостоятельной работы обучающегося. Текущий контроль представляет собой форму планомерного контроля качества и объема осваиваемых компетенций в процессе изучения конкретной дисциплины, проводится на семинарских/практических занятиях и во время индивидуальной работы преподавателя с обучающимися.

Шкала оценивания внеаудиторной самостоятельной работы:
Зачтено – задание выполнено полно и правильно, изложено в правильных нормативных формулировках с использованием точного понятийного аппарата, с использованием рекомендованных источников литературы, продемонстрировано умение формулировать проблему, предложены пути ее решения, проведена критическая оценка последствий такого решения, а также умение формулировать собственную позицию и аргументировать ее.
Не зачтено – обучающийся не выполнил задание либо выполнил не в полном объеме, демонстрирует несформированность понятийного аппарата по теме, отсутствие умения формулировать проблему, обобщать материал, не может аргументировать свой ответ.

2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий

Практическое занятие - вид учебных занятий, при котором в результате предварительной работы над учебным материалом преподавателя и студента, в обстановке их контактной работы в аудитории решаются задачи познавательного и воспитательного характера.
Цель такой формы обучения – углубленное изучение дисциплины, закрепление полученного теоретического материала в форме внеаудиторной самостоятельной работы, овладение методологией научного познания и формирования базовых умений. Немаловажным преимуществом практических занятий является и формирование навыков профессиональной дискуссии.
Задачи практических занятий:

- мотивация к регулярному изучению теоретического учебного материала, основной, дополнительной литературы;
- закрепление теоретических знаний, полученных при прослушивании лекций и во время внеаудиторной самостоятельной работы;
- получение навыков устного и публичного выступления по теоретическим вопросам, включая навыки по свободному оперированию организационными и управленческими понятиями и категориями;
- формирование навыков по универсальным и профессиональным компетенциям;
- возможность преподавателю систематически контролировать как самостоятельную работу студента, так и свою работу.

Практические занятия проводятся по плану.
Каждая тема практического занятия, как правило, включает: цель занятия, перечень основных и дополнительных источников литературы, вопросы к устному обсуждению на занятии, ситуационные задачи и перечень заданий, которые обучающиеся самостоятельно должны решить на практическом занятии.
Каждое практическое занятие посвящено, как правило, изучению нескольких компетенций и включает три основных этапа.
Первый этап - устный опрос по заранее сформулированным вопросам либо представление докладов/презентаций, подготовленных в рамках внеаудиторной самостоятельной работы по заранее сформулированным требованиям. Важнейшей частью этапа, является обсуждение представленных докладов/презентаций. Цель преподавателя – организовать обмен мнениями, дискуссию в группе, скорректировать уровень подготовленности студентов.
Одним из возможных элементов первого этапа является решение ситуационных задач, которые максимально приближены к профессиональной деятельности.
Требования к ответам обучающихся – самостоятельность в подборе фактического материала и аналитическом отношении к нему, умение рассматривать примеры и факты во взаимосвязи и взаимообусловленности, отбирать наиболее существенные из них.
Для оценивания первого (теоретического) этапа занятия используются знания, умения, владения, которые заявлены на каждое занятие:
1) знание учебного материала и владение понятийным аппаратом по теме занятия;
2) умение связывать теорию с практикой;
3) умение иллюстрировать ответ примерами, фактами, данными научных исследований;
4) умение применять теоретические знания при решении ситуационных задач.
Второй этап – аудиторное самостоятельное выполнение семинарских /практических заданий, которые обучающийся выполняет индивидуально либо в группе, если такое предусмотрено заданием.
В процессе выполнения самостоятельной аудиторной работы обучающийся имеет право на получение индивидуальных консультаций у преподавателя.
По окончании выполнения аудиторной самостоятельной работы обучающийся сдает отчет о выполнении самостоятельных лабораторных заданий преподавателю, который оценивается по шкале «зачет/незачет».
Критерии оценивания практического занятия осуществляются по следующим критериям:

1. своевременное выполнение внеаудиторной самостоятельной работы по изучаемой теме;
2. демонстрируемый обучающимся уровень усвоения заявленной к освоению компетенции (знания, умения, навыки);
— хорошее знание и уверенное владение на занятии теоретическим содержанием учебного материала;
— адекватное применение теоретического материала к решению ситуационных задач, заданий для аудиторной самостоятельной работы;
— умение аргументировать свои решения, развернуто отвечать на дополнительные вопросы преподавателя.
3. Соблюдение организационных и дисциплинарных требований, предъявляемых к обучающемуся на семинарских/практических занятиях: аккуратный внешний вид, соблюдение дисциплины на занятиях, полнота и своевременность представления выполненных заданий в полном объеме (не позднее даты окончания занятия и в полном соответствии с предъявляемыми к их содержанию и качеству оформления).
Третий этап – заключительный. Преподаватель дает общую оценку уровня подготовленности обучаемых к практическим занятиям, характеризует активность каждого обучающегося на занятии и озвучивает оценки каждому обучающемуся с их обоснованием.

Шкала оценивания осуществляется по четырехбалльной шкале (таблица 2)

Критерии оценивания лабораторного/практического занятия	Шкала оценок
Полное соответствие работы обучающегося требованиям. Обучающийся демонстрирует уверенные знания, способен творчески решать поставленные задачи, самостоятельно демонстрирует умения, обладает некоторыми навыками. Обучающийся успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, демонстрирует глубокое теоретическое знание по изучаемой теме, умение его применять на практике (в установленный срок сдал протоколы занятия/представил и защитил доклады/презентации и др.).	Отлично
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует хорошее знание материала, способен творчески решать поставленные задачи, демонстрирует базовые умения. Обучающийся выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, содержатся отдельные пробелы в умении применить полученные теоретические знании к решению ситуационных задач .	Хорошо
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует знание базового материала, способен решать поставленные задачи под руководством преподавателя, освоил базовые умения. Успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, но затрудняется интерпретировать его практически.	Удовлетвори тельно
Работа не соответствует требованиям.	Неудовлетво рительно

3. Методические рекомендации по организации и выполнению рефератов
Реферат предусматривает углубленное изучение дисциплины, способствует развитию навыков самостоятельной работы с литературными источниками.
Реферат – краткое изложение в письменном виде содержания научного труда по предоставленной теме. Это самостоятельная научноисследовательская работа, где

обучающийся раскрывает суть исследуемой проблемы с элементами анализа по теме реферата. Приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на проблемы темы реферата.
Содержание реферата должно быть логичным, изложение материала носить проблемно-тематический характер.
Объем реферата может колебаться в пределах 15-20 печатных страниц.
Основные разделы: оглавление (план), введение, основное содержание, заключение, список литературы.
Текст реферата должен содержать следующие разделы:
— титульный лист реферата (приложение 2);
— ведение, актуальность темы.
— основной раздел.
— заключение
— список литературных источников
Список литературных источников- библиографическое описание используемых источников литературы, в том числе и интернет-источников, оформленное по ГОСТ 7.1 – 2003; 7.80 – 2000; должен иметь не менее 10 библиографических названий, включая сетевые ресурсы.
Текстовая часть реферата оформляется на листе следующего формата:
— отступ сверху – 2 см;
— отступ слева – 3 см;
— отступ справа – 1,5 см;
— отступ снизу – 2,5 см;
— шрифт текста: Times New Roman, высота шрифта – 14, пробел – 1,5;
— нумерация страниц – снизу листа. На первой странице номер не ставится.
Реферат должен быть выполнен грамотно с соблюдением культуры изложения. Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу, включая периодическую литературу за последние 5 лет.
Критерии оценки реферата:
— актуальность темы исследования;
— соответствие содержания теме;
— глубина проработки материала;
— правильность и полнота разработки темы;
— значимость выводов для дальнейшей практической деятельности;
— правильность и полнота использования литературы;
— соответствие оформления реферата стандарту;
— качество сообщения и ответов на вопросы при защите реферата.
Практическое занятие по защите рефератов может проводиться в качестве «круглого стола» в форме представления докладов, посвященных теме занятия, по следующим этапам:
Этап 1. Каждый обучающийся представляет собственный доклад (обязательно использование презентации) по выбранной теме. Доклад 5-7 минут. Обсуждение доклада, вопросы – 2-3 минуты.
Этап 2. Оценка докладов и презентаций, представленных в группе (таблица 3).

Таблица 3 - Шкала оценки докладов на практическом занятии

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Доклад четко выстроен, сопровождается презентацией, отражающей проблематику доклада, имеет четкие выводы, полностью характеризующие работу. Автор отлично ориентируется в материале и	Отлично

отвечает на все вопросы, владеет специальной терминологией. 2. Обучающийся активно участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	
1. Доклад структурирован, презентация не отражает в полной мере содержание доклада, допущены неточности, выводы нечеткие. Автор затрудняется ответить на вопросы, слабо использует специальную терминологию. 2. Обучающийся участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	Хорошо
1. Доклад структурирован, содержание не полностью раскрывает цель доклада, отсутствует презентация. 2. Обучающийся пассивен при обсуждении докладов других обучающихся из группы	Удовлетвори тельно
1. Доклад не структурирован/отсутствует, презентация отсутствует. Автор не владеет материалом. 2. Обучающийся не участвует в обсуждении докладов.	Неудовлетво рительно

4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций

Создание материалов-презентаций — это вид самостоятельной работы обучающихся по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint.

Этот вид работы требует координации навыков обучающегося по сбору, систематизации, переработке информации, оформления ее в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. Создание презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у обучающихся навыки работы на компьютере.

Презентации готовятся обучающимся в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Обучающийся при подготовке презентации должен выполнить следующий комплекс взаимосвязанных видов самостоятельной работы:

— изучить материалы темы, выделяя главное и второстепенное;

— установить логическую связь между элементами темы;

— представить характеристику элементов в краткой форме;

— выбрать опорные сигналы для акцентирования главной информации и отобразить в структуре работы;

— оформить презентацию в соответствии с рекомендациями (таблица 4), разместить ее в электронной образованной среде университета, к установленному сроку либо представить на практическое/лабораторное занятие.

Таблица 4 - Методические рекомендации по оформлению презентации

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Стиль	1.1 Соблюдайте единый стиль оформления. 1.2 Избегайте стилей, которые будут отвлекать от самой презентации. 1.3 Вспомогательная информация не должны преобладать над основной информацией (текст, рисунки).
2. Фон	Для фона предпочтительнее использовать более холодные тона (синий или зеленый).
3. Использование цвета	3.1 На одном слайде рекомендуется использовать не более трех цветов: один для фона, один для заголовков, один для текста. для фона и текста используйте контрастные цвета. 3.2. Обратите особое внимание на цвет гиперссылок (до и после

	использования).
4 Текст/ представление информации	4.1 Используйте короткие слова и предложения. 4.2. Минимизируйте количество предлогов, наречий, прилагательных. 4.3.Заголовки должны привлекать внимание аудитории. 4.4 Предпочтительно горизонтальное расположение информации. 4.5 Наиболее важная информация должна располагаться в центре экрана. Если на слайде располагается картинка, надпись должна располагаться под ней. 4.6 Наибольшая эффективность достигается тогда, когда ключевые пункты отображаются по одному на каждом отдельном слайде.
5.Шрифты	5.1 Для заголовков не менее 24 5.2 Для информации- не менее 18. 5.3Шрифты без засечек легче читать с большого расстояния. 5.4.Нельзя смешивать разные типы шрифтов в одном тексте 5.5.Для выделения информации следует использовать жирный шрифт, курсив или подчеркивание. 5.6 Нельзя злоупотреблять прописными буквами (они читаются хуже строчных букв).
6.Анимационные эффекты	Возможности компьютерной анимации для оформления презентации необходимо использовать умерено, они не должны отвлекать внимание от содержания информации на слайде.

Критерии оценивания презентаций:

— соответствие содержания теме;

— правильная структурированность информации;

— наличие логической связи изложенной информации;

— эстетичность оформления, его соответствие требованиям;

— презентация выполнена и представлена в срок.

Шкала оценивания презентаций разрабатывается преподавателем и доводится до сведения обучающихся вместе с заданием.

Оценка «Отлично»:

презентация отличается целостностью, логичностью и оригинальностью. Оформление логично, эстетично, не противоречит содержанию доклада. Информация структурирована. Иллюстрации презентации соответствуют содержанию, дополняют информацию о раскрываемой проблеме. Текст доклада, сопровождающего презентацию, излагается обучающимся самостоятельно, с незначительной опорой на печатный текст. Ответы на вопросы преподавателя и аудитории четкие, аргументированные, сопровождаются ссылкой на факты и примеры.

Оценка «Хорошо»:

презентация характеризуется целостностью, логической завершенностью, с незначительными недочетами в логике изложения материала. Оформление эстетично, логично, структурировано. Текст доклада излагается с преимущественной опорой на текст. Ответы на дополнительные и уточняющие вопросы не вносят ясности, преимущественно повторяют содержание презентации.

Оценка «Удовлетворительно»:

презентация характеризуется отсутствием единого стиля в оформлении, ввиду чего информация тяжело воспринимается аудиторией. Сведения, излагаемые обучающимся разрозненные, плохо структурированы и аргументированы. Текст доклада

преимущественно зачитывается, обучающимся допускаются неточности и ошибки в изложении материала. Ответы на дополнительные вопросы затруднительны.
Оценка «Неудовлетворительно»:
оформление презентации не соответствует заявленным требованиям. Работа характеризуется отсутствием единого стиля. Обучающийся представляет разрозненные сведения, которые слабо коррелируют с заявленной темой исследования, текст доклада зачитывается, обучающимся часто допускаются ошибки в изложении материала, допускаются ошибки в использовании научной и профессиональной терминологии. Ответы на дополнительные вопросы обучающийся не дает.

5. Организация самостоятельной работы обучающего при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям

Текущий контроль осуществляется систематически с целью установления уровня овладения заявленными в рабочей программе дисциплины/практики компетенциями при изучении. В течение года в соответствии с программой дисциплины проводятся текущие аттестации. Форма проведения текущей аттестации (письменное / устное собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, защита реферата) определяется руководителем курса и доводится до обучающихся. Вопросы по текущей аттестации доводятся до сведения обучающихся не позднее 3 дней до проведения аттестации.
Подготовка к промежуточной аттестации предполагает систематизацию обучающимся усвоенных в ходе обучения по дисциплинам профессиональных знаний и умений. Программа промежуточной аттестации экзамена имеет обобщающий характер и ориентирует обучающегося в процессе подготовки к нему на актуализацию знаний, умений и навыков, отражающих наиболее существенные компоненты содержания дисциплин, закрепление в профессиональном сознании комплексного и целостного знания.
Подготовка к промежуточной аттестации является формой самостоятельной работы обучающегося. Ее эффективной организации будут способствовать рекомендованные перечни основной и дополнительной литературы, информационных и электронно-образовательных ресурсов, а также список вопросов, которые составляют основу для итогового анализа профессиональной компетентности обучающегося и оценки ее соответствия требованиям ФГОС по компетенциям, закрепленным за дисциплинами. Ориентируясь в перечнях основной и дополнительной литературы, обучающийся может выбрать из них как основополагающие источники, так и те, которые позволят углубить и расширить знания по актуальным проблемам специальностей, систематизировать их и отразить в комплексе.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации рекомендуется составлять развернутый план ответа на вопрос программы экзамена, что обеспечит логическую последовательность изложения материала. Продумывая структуру ответа, необходимо: во-первых, уделить внимание раскрытию теоретической сущности явления или понятий, обозначенных в контрольно-измерительном материале, во-вторых, осветить содержание и закономерности рассматриваемых явлений, отразить состояние их изученности в современной медицине. Обучающийся должен продемонстрировать на промежуточной аттестации владение категориальным аппаратом дисциплин, показать умение использовать знания, полученные при изучении дисциплин для анализа современных тенденций в медицине, применять их для решения профессиональных задач врачей по специальностям.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации обучающемуся рекомендуется использовать весь набор методов и средств современных информационных технологий для изучения содержания отечественной и зарубежной литературы по дисциплине, анализа и оценки ее текущего состояния и перспектив развития.

При подготовке к промежуточной аттестации рекомендуется активно применять следующие образовательные и профессионально-ориентированные технологии:
– информационные технологии – компьютерные технологии, в том числе доступ в Интернет (для получения учебной и учебно-методической информации, представленной в научных электронных журналах и на сайтах библиотек);
– информационно-коммуникационные технологии.
Оценка знаний, умений и навыков, характеризующая этапы формирования компетенций в рамках изучения дисциплины осуществляется в ходе текущей и промежуточной аттестаций.
Форма проведения текущей/ промежуточной аттестации определяется рабочей программой дисциплины. Оценивание компетенций, вынесенных на промежуточную аттестацию в форме экзамена, осуществляется по четырехбалльной шкале:
оценка «отлично» - 5 баллов
оценка «хорошо» - 4 балла
оценка «удовлетворительно» - 3 балла
оценка «неудовлетворительно» - 2 балла.
При сдаче промежуточной аттестации в форме зачета:
«зачтено» - 3-5 баллов или «не зачтено» - 2 балла.

6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной(клинической) практики

Производственная (клиническая) практика составлена по модулям – дисциплинам и проводится в форме контактной и самостоятельной работы обучающегося.
Контактная работа предусматривает работу руководителя практики с обучающимся в форме индивидуальных/групповых консультаций.
К самостоятельной работе по практикам относятся следующие виды работ обучающегося:
- ознакомление с нормативно-правовым обеспечением практик, включая программы практик;
- изучение законодательной и нормативно-правовой обеспеченности профессиональной деятельности в сфере обращения лекарственных средств в предметной области практики;
- выполнение заданий, заполнение отчета о прохождении практики;
- подготовка к промежуточной аттестации по итогам практики.
По окончании практики обучающийся оформляет отчёт. Материал для составления отчета собирается и накапливается с первого дня практики. Отчет должен содержать самоанализ выполненной работы обучающимся.
Во время прохождения практики необходимо выполнение следующих условий:
- Явиться на установочное собрание, проводимое руководителем практики и получить пакет документов в учебно-методическом отделе.
- В первый день практики прийти на базу к 8 часам утра, и представиться общему руководителю.
- Быть одетым строго по форме и следить за ее чистотой. Иметь сменную обувь.
- Работать строго по графику. Пропущенные дни, даже по уважительной причине, отрабатываются в дополнительное время.
- Ознакомиться с документацией структурных подразделений (поликлиника, стационар, приемный покой, в отделениях - процедурные кабинеты, пост и т.д.).
- Активно участвовать в общественной жизни структурных подразделений, а также в санитарно-просветительной работе.
- Бережно относиться к имуществу лечебно-профилактических учреждений.
- Быть дисциплинированными, спокойными и вежливыми в обращении с товарищами по работе, с больными и их родственниками, в отделениях соблюдать тишину и порядок.

- Ежедневно и аккуратно вести отчет, заполнять листы обязательных манипуляций. Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной (клинической) практике представлены в Таблице 6.

Таблица 6 – Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной практике

Критерии оценки	Шкала оценок
Обучающийся предоставил оформленный соответствующим образом, отчет и отзыв с положительной характеристикой руководителя практики; продемонстрировал систематические знания по контролируемым компетенциям; владеет способностью и готовностью применять знания, умения и навыки для решения профессиональных задач на практике; в ответе присутствует четкая структура, логическая последовательность, современная профессиональная терминология; ответ обоснован нормативной документацией и конкретными примерами из производственной практики.	Зачтено
Обучающийся предоставил неполный перечень отчетной документации; демонстрирует полное отсутствие или фрагментарные знания, умения и навыки по контролируемой компетенции и неспособность применять их на практике для решения профессиональных задач; не в состоянии обосновать свой ответ нормативной документацией и примерами из производственной практики; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа	Не зачтено

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет

имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра гуманитарных, естественнонаучных и социальных дисциплин

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

«ПРАВОВЕДЕНИЕ»

Специальность	Стоматология
Код специальности	31.05.03
Квалификация выпускника	Врач-стоматолог
Форма обучения	Очная

Грозный

Дасуев М.Л. Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Правоведение» / Сост. Дасуев М. Л. – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова»

Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Правоведение» рассмотрены и одобрены на заседании кафедры гуманитарных, естественнонаучных и социальных дисциплин, рекомендованы к использованию в учебном процессе (протокол № 10 от «27» июня 2023 г.), составлены в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.03 Стоматология (специалитет), утвержденного приказом Минобрнауки России от 27.03.2018 № 219.

© Дасуев М.Л.

© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова»

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения 4

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий. .. 4

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс) 4

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям 4

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий 4

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой..... 5

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада 5

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата 6

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «Правоведение» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом по направлению подготовки 31.05.03 «Стоматология» предусмотрены следующие виды занятий:

- лекции;
- практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)

Изучение дисциплины требует систематического и последовательного накопления знаний.

Студентам необходимо вести конспект прослушанных лекций. Перед очередной лекцией необходимо просмотреть по конспекту материал предыдущей лекции. При затруднениях в восприятии материала следует обратиться к основным литературным источникам. Если разобраться в материале не удалось, то следует обратиться к лектору (по графику его консультаций) или к преподавателю на практических занятиях.

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:
- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.

Основная литература - это учебники и учебные пособия.

Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.

Рекомендации студенту:

выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;

- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».

Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:

Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.

Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.

Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.

Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.

Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада

Одной из форм самостоятельной работы студента является подготовка научного доклада, для обсуждения его на практическом (семинарском) занятии.

Цель научного доклада - развитие у студентов навыков аналитической работы с научной литературой, анализа дискуссионных научных позиций, аргументации собственных взглядов. Подготовка научных докладов также развивает творческий потенциал студентов.

Научный доклад готовится под руководством преподавателя, который ведет практические (семинарские) занятия.

Рекомендации студенту:

- перед началом работы по написанию научного доклада согласовать с преподавателем тему, структуру, литературу, а также обсудить ключевые вопросы, которые следует раскрыть в докладе;
- представить доклад научному руководителю в письменной форме;
- выступить на семинарском занятии с 5-7-минутной презентацией своего научного доклада, ответить на вопросы студентов группы.

Требования:

- к оформлению научного доклада: шрифт - Times New Roman, размер шрифта -14, межстрочный интервал -1, размер полей – 2 см, отступ в начале абзаца - 1 см, форматирование по ширине);

листы доклада скреплены скоросшивателем. На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема доклада, ФИО студента;
- к структуре доклада - введение (указывается актуальность, цель и задачи), основная часть, выводы автора, список литературы (не менее 5 позиций источников научной литературы (научные статьи и монографии). Объем согласовывается с преподавателем. В конце работы ставится дата ее выполнения и подпись студента, выполнившего работу.
Общая оценка за доклад учитывает содержание доклада, его презентацию, а также ответы на вопросы.

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата

Целью написания рефератов является:
- привитие студентам навыков библиографического поиска необходимой литературы (на бумажных носителях, в электронном виде);
привитие студентам навыков компактного изложения мнения авторов и своего суждения по выбранному вопросу в письменной форме, научно грамотным языком и в хорошем стиле;
- приобретение навыка грамотного оформления ссылок на используемые источники, правильного цитирования авторского текста;
- выявление и развитие у студента интереса к определенной научной и практической проблематике с тем, чтобы исследование ее в дальнейшем продолжалось в подготовке и написании курсовых и дипломной работы и дальнейших научных трудах.
Основные задачи студента при написании реферата:
- с максимальной полнотой использовать литературу по выбранной теме (как рекомендуемую, так и самостоятельно подобранную) для правильного понимания авторской позиции;
- верно (без искажения смысла) передать авторскую позицию в своей работе;
- уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с тем или иным автором по данной проблеме.
Требования к содержанию:
- материал, использованный в реферате, должен относится строго к выбранной теме;
- необходимо изложить основные аспекты проблемы не только грамотно, но и в соответствии с той или иной логикой (хронологической, тематической, событийной и др.)
- при изложении следует сгруппировать идеи разных авторов по общности точек зрения или по научным школам;
- реферат должен заканчиваться подведением итогов проведенной исследовательской работы: содержать краткий анализ-обоснование преимуществ той точки зрения по рассматриваемому вопросу, с которой Вы солидарны.

Структура реферата.
1. Титульный лист.
На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема реферата, ФИО студента, ФИО и должность проверившего преподавателя;
2. Оглавление.
Оглавление - это план реферата, в котором каждому разделу должен соответствовать номер страницы, на которой он находится.
3. Текст реферата.
Текст реферата делится на три части: введение, основная часть и заключение.
а) Введение - раздел реферата, посвященный постановке проблемы, которая будет рассматриваться и обоснованию выбора темы.
б) Основная часть - это звено работы, в котором последовательно раскрывается выбранная тема. Основная часть может быть представлена как цельным текстом, так и разделена на главы. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует "перегружать" текст.
в) Заключение - данный раздел реферата должен быть представлен в виде выводов, которые готовятся на основе подготовленного текста. Выводы должны быть краткими и четкими. Также в заключении можно обозначить проблемы, которые "высветились" в ходе работы над рефератом, но не были раскрыты в работе.
4. Список источников и литературы.
В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и все иные, изученные им в связи с его подготовкой. В работе должно быть

использовано не менее 7 разных источников. Работа, выполненная с использованием материала, содержащегося в одном научном источнике, является явным плагиатом и не принимается. Оформление Списка источников и литературы должно соответствовать требованиям, принятым в университете.

Объем и технические требования, предъявляемые к выполнению реферата.

Объем работы должен быть, как правило, не менее 15 и не более 20 страниц. Работа должна выполняться через одинарный интервал 14 шрифтом, размеры оставляемых полей - 2 см. Страницы должны быть пронумерованы.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится без изменений, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента (пропуск слов, предложений или абзацев допускается, если не влечет искажения всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска) и без искажения смысла;
- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с предъявляемыми требованиями.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра факультетской терапии

Методические рекомендации по изучению дисциплины «Пропедевтика внутренних заболеваний, лучевая диагностика»

Направление подготовки(специальности)	Стоматология
Код направленияподготовки (специальности)	31.05.03
Квалификация выпускника	Врач- стоматолог
Форма обучения	Очная

Грозный, 2024 г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения 3
2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий 3
2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс) 3
2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям 3
3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий 4
3.1. Методические рекомендации по работе с литературой 4
3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада 4
3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата 5

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины **«Пропедевтика внутренних заболеваний, лучевая диагностика»** адресованы студентам очной формы обучения. Учебным планом по направлению подготовки 31.05.03 «Стоматология», предусмотрены следующие виды занятий: лекции; практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1 Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)

Изучение дисциплины требует систематического и последовательного накопления знаний. Студентам необходимо вести конспект прослушанных лекций. Перед очередной лекцией необходимо просмотреть по конспекту материал предыдущей лекции. При затруднениях в восприятии материала следует обратиться к основным литературным источникам. Если разобраться в материале не удалось, то следует обратиться к лектору (по графику его консультаций) или к преподавателю на практических занятиях.

2.2 Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины Студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы. К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:

- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета, а именно, положение о написании письменных работ.

3.1 Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.

Основная литература - это учебники и учебные пособия.

Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.

Рекомендации студенту:

выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;

- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».

Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:

Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.

Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.

Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.

Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.

Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

3.2 Методические рекомендации по подготовке научного доклада

Одной из форм самостоятельной работы студента является подготовка научного доклада, для обсуждения его на практическом (семинарском) занятии.

Цель научного доклада - развитие у студентов навыков аналитической работы с научной литературой, анализа дискуссионных научных позиций, аргументации собственных взглядов. Подготовка научных докладов также развивает творческий потенциал студентов.

Научный доклад готовится под руководством преподавателя, который ведет практические (семинарские) занятия.

Рекомендации студенту:

- перед началом работы по написанию научного доклада согласовать с преподавателем тему, структуру, литературу, а также обсудить ключевые вопросы, которые следует раскрыть в докладе;

- представить доклад научному руководителю в письменной форме;

- выступить на семинарском занятии с 5-7-минутной презентацией своего научного доклада, ответить на вопросы студентов группы.

Требования:

- к оформлению научного доклада: шрифт - Times New Roman, размер шрифта -14, межстрочный интервал -1, размер полей - 2 см, отступ в начале абзаца - 1 см, форматирование по ширине); листы доклада скреплены скоросшивателем. На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема доклада, ФИО студента;

- к структуре доклада - введение (указывается актуальность, цель и задачи), основная часть, выводы автора, список литературы (не менее 5 позиций источников научной литературы (научные статьи и монографии). Объем согласовывается с преподавателем. В конце работы ставится дата ее выполнения и подпись студента, выполнившего работу.

Общая оценка за доклад учитывает содержание доклада, его презентацию, а также ответы на вопросы.

3.3 Методические рекомендации по подготовке реферата

Целью написания рефератов является:

- привитие студентам навыков библиографического поиска необходимой литературы (на бумажных носителях, в электронном виде);

привитие студентам навыков компактного изложения мнения авторов и своего суждения по выбранному вопросу в письменной форме, научно грамотным языком и в хорошем стиле;

- приобретение навыка грамотного оформления ссылок на используемые источники, правильного цитирования авторского текста;

- выявление и развитие у студента интереса к определенной научной и практической проблематике с тем, чтобы исследование ее в дальнейшем продолжалось в подготовке и написании курсовых и дипломной работы и дальнейших научных трудах.

Основные задачи студента при написании реферата:

- с максимальной полнотой использовать литературу по выбранной теме (как рекомендуемую, так и самостоятельно подобранную) для правильного понимания авторской позиции;

- верно (без искажения смысла) передать авторскую позицию в своей работе;

- уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с тем или иным автором по данной проблеме.

Требования к содержанию:

- материал, использованный в реферате, должен относится строго к выбранной теме;

- необходимо изложить основные аспекты проблемы не только грамотно, но и в соответствии с той или иной логикой (хронологической, тематической, событийной и др.)

- при изложении следует сгруппировать идеи разных авторов по общности точек зрения или по научным школам;

- реферат должен заканчиваться подведением итогов проведенной исследовательской работы: содержать краткий анализ-обоснование преимуществ той точки зрения по рассматриваемому вопросу, с которой Вы солидарны.

Структура реферата.

1. Титульный лист.

На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема реферата, ФИО студента, ФИО и должность проверившего преподавателя;

2. Оглавление.

Оглавление - это план реферата, в котором каждому разделу должен соответствовать номер страницы, на которой он находится.

3. Текст реферата.

Текст реферата делится на три части: введение, основная часть и заключение.

а) Введение - раздел реферата, посвященный постановке проблемы, которая будет

рассматриваться и обоснованию выбора темы.

б) Основная часть - это звено работы, в котором последовательно раскрывается выбранная тема. Основная часть может быть представлена как цельным текстом, так и разделена на главы. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует "перегружать" текст.

в) Заключение - данный раздел реферата должен быть представлен в виде выводов, которые готовятся на основе подготовленного текста. Выводы должны быть краткими и четкими. Также в заключении можно обозначить проблемы, которые "высветились" в ходе работы над рефератом, но не были раскрыты в работе.

4. Список источников и литературы.

В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и все иные, изученные им в связи с его подготовкой. В работе должно быть использовано не менее 7 разных источников. Работа, выполненная с использованием материала, содержащегося в одном научном источнике, является явным плагиатом и не принимается. Оформление Списка источников и литературы должно соответствовать требованиям, принятым в университете.

Объем и технические требования, предъявляемые к выполнению реферата.

Объем работы должен быть, как правило, не менее 15 и не более 20 страниц. Работа должна выполняться через одинарный интервал 14 шрифтом, размеры оставляемых полей - 2 см. Страницы должны быть пронумерованы.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится без изменений, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента (пропуск слов, предложений или абзацев допускается, если не влечет искажения всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска) и без искажения смысла;
- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с предъявляемыми требованиями.

Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности

Устный ответ

Оценка знаний предполагает дифференцированный подход к обучающемуся, учет его индивидуальных способностей, степень усвоения и систематизации основных понятий и категорий по дисциплине. Кроме того, оценивается не только глубина знаний поставленных вопросов, но и умение использовать в ответе практический материал. Оценивается культура речи, владение навыками ораторского искусства.

Критерии оценивания: последовательность, полнота, логичность изложения, анализ различных точек зрения, самостоятельное обобщение материала, использование профессиональных терминов, культура речи, навыки ораторского искусства. Изложение материала без фактических ошибок.

Оценка *«отлично»* ставится в случае, когда материал излагается исчерпывающе, последовательно, грамотно и логически стройно, при этом раскрываются не только основные понятия, но и анализируются точки зрения различных авторов. Обучающийся не затрудняется с ответом, соблюдает культуру речи.

Оценка *«хорошо»* ставится, если обучающийся твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, знает практическую базу, но при ответе на вопрос допускает несущественные погрешности.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающийся освоил только основной материал, но не знает отдельных деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушает последовательность в изложении материала, затрудняется с ответами, показывает отсутствие должной связи между анализом, аргументацией и выводами.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если обучающийся не отвечает на поставленные вопросы.

Творческое задание

Эссе - это небольшая по объему письменная работа, сочетающая свободные, субъективные

рассуждения по определенной теме с элементами научного анализа. Текст должен быть легко читаем, но необходимо избегать нарочито разговорного стиля, сленга, шаблонных фраз. Объем эссе составляет примерно 2 - 2,5 стр. 12 шрифтом с одинарным интервалом (без учета титульного листа).

Критерии оценивания - оценка учитывает соблюдение жанровой специфики эссе, наличие логической структуры построения текста, наличие авторской позиции, ее научность и связь с современным пониманием вопроса, адекватность аргументов, стиль изложения, оформление работы. Следует помнить, что прямое заимствование (без оформления цитат) текста из Интернета или электронной библиотеки недопустимо.

Оценка *«отлично»* ставится в случае, когда определяется: наличие логической структуры построения текста (вступление с постановкой проблемы; основная часть, разделенная по основным идеям; заключение с выводами, полученными в результате рассуждения); наличие четко определенной личной позиции по теме эссе; адекватность аргументов при обосновании личной позиции, стиль изложения.

Оценка *«хорошо»* ставится, когда в целом определяется: наличие логической структуры построения текста (вступление с постановкой проблемы; основная часть, разделенная по основным идеям; заключение с выводами, полученными в результате рассуждения); но не прослеживается наличие четко определенной личной позиции по теме эссе; не достаточно аргументов при обосновании личной позиции

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, когда в целом определяется: наличие логической структуры построения текста (вступление с постановкой проблемы; основная часть, разделенная по основным идеям; заключение). Но не прослеживаются четкие выводы, нарушается стиль изложения

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если не выполнены никакие требования

Кейсы (ситуации и задачи с заданными условиями)

Обучающийся должен уметь выделить основные положения из текста задачи, которые требуют анализа и служат условиями решения. Исходя из поставленного вопроса в задаче, попытаться максимально точно определить проблему и соответственно решить ее.

Задачи могут решаться устно и/или письменно. При решении задач также важно правильно сформулировать и записать вопросы, начиная с более общих и, кончая частными.

Критерии оценивания - оценка учитывает методы и средства, использованные при решении ситуационной, проблемной задачи.

Оценка *«отличн*о» ставится в случае, когда обучающийся выполнил задание (решил задачу), используя в полном объеме теоретические знания и практические навыки, полученные в процессе обучения.

Оценка *«хорошо»* ставится, если обучающийся в целом выполнил все требования, но не совсем четко определяется опора на теоретические положения, изложенные в научной литературе по данному вопросу.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающийся показал положительные результаты в процессе решения задачи.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если обучающийся не выполнил все требования.

Деловая игра

Необходимо разбиться на несколько команд, которые должны поочередно высказать свое мнение по каждому из заданных вопросов. Мнение высказывающейся команды засчитывается, если противоположная команда не опровергнет его контраргументами. Команда, чье мнение засчитано как верное (не получило убедительных контраргументов от противоположных команд), получает один балл. Команда, опровергнувшая мнение противоположной команды своими контраргументами, также получает один балл. Побеждает команда, получившая максимальное количество баллов.

Ролевая игра как правило имеет фабулу (ситуацию, казус), распределяются роли, подготовка осуществляется за 2-3 недели до проведения игры.

Критерии оценивания - оцениваются действия всех участников группы. Понимание проблемы, высказывания и действия полностью соответствуют заданным целям. Соответствие реальной действительности решений, выработанных в ходе игры. Владение терминологией, демонстрация владения учебным материалом по теме игры, владение методами аргументации,

умение работать в группе (умение слушать, конструктивно вести беседу, убеждать, управлять временем, бесконфликтно общаться), достижение игровых целей, (соответствие роли - при ролевой игре). Ясность и стиль изложения.

Оценка *«отлично»* ставится в случае, выполнения всех критериев.

Оценка *««хорошо»* ставится, если обучающиеся в целом демонстрируют понимание проблемы, высказывания и действия полностью соответствуют заданным целям. Решения, выработанные в ходе игры, полностью соответствуют реальной действительности. Но некоторые объяснения не совсем аргументированы, нарушены нормы общения, нарушены временные рамки, нарушен стиль изложения.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающиеся в целом демонстрируют понимание проблемы, высказывания и действия в целом соответствуют заданным целям. Однако, решения, выработанные в ходе игры, не совсем соответствуют реальной действительности. Некоторые объяснения не совсем аргументированы, нарушены временные рамки, нарушен стиль изложения.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если обучающиеся не понимают проблему, их высказывания не соответствуют заданным целям.

Информационный проект (доклад с презентацией)

Информационный проект - проект, направленный на стимулирование учебно - познавательной деятельности студента с выраженной эвристической направленностью (поиск, отбор и систематизация информации об объекте, оформление ее для презентации).

Информационный проект отличается от исследовательского проекта, поскольку представляет собой такую форму учебно-познавательной деятельности, которая отличается ярко выраженной эвристической направленностью.

Критерии оценивания - при выставлении оценки учитывается самостоятельный поиск, отбор и систематизация информации, раскрытие вопроса (проблемы), ознакомление обучающихся с этой информацией (представление информации), ее анализ и обобщение, оформление, полные ответы на вопросы аудитории с примерами.

Оценка *«отличн*о» ставится в случае, когда обучающийся полностью раскрывает вопрос (проблему), представляет информацию систематизировано, последовательно, логично, взаимосвязано, использует более 5 профессиональных терминов, широко использует информационные технологии, ошибки в информации отсутствуют, дает полные ответы на вопросы аудитории с примерами.

Оценка *«хорошо»* ставится, если обучающийся раскрывает вопрос (проблему), представляет информацию систематизировано, последовательно, логично, взаимосвязано, использует более 2 профессиональных терминов, достаточно использует информационные технологии, допускает не более 2 ошибок в изложении материала, дает полные или частично полные ответы на вопросы аудитории.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающийся, раскрывает вопрос (проблему) не полностью, представляет информацию не систематизировано и не совсем последовательно, использует 1 -2 профессиональных термина, использует информационные технологии, допускает 3-4 ошибки в изложении материала, отвечает только на элементарные вопросы аудитории без пояснений.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если вопрос не раскрыт, представленная информация логически не связана, не используются профессиональные термины, допускает более 4 ошибок в изложении материала, не отвечает на вопросы аудитории.

Дискуссионные процедуры

Круглый стол, дискуссия, полемика, диспут, дебаты, мини-конференции являются средствами, позволяющими включить обучающихся в процесс обсуждения спорного вопроса, проблемы и оценить их умение аргументировать собственную точку зрения. Задание дается заранее, определяется круг вопросов для обсуждения, группы участников этого обсуждения.

Дискуссионные процедуры могут быть использованы для того, чтобы студенты:

-лучше поняли усвояемый материал на фоне разнообразных позиций и мнений, не обязательно достигая общего мнения;

- смогли постичь смысл изучаемого материала, который иногда чувствуют интуитивно, но не могут высказать вербально, четко и ясно, или конструировать новый смысл, новую позицию;

- смогли согласовать свою позицию или действия относительно обсуждаемой проблемы.

Критерии оценивания - оцениваются действия всех участников группы. Понимание проблемы, высказывания и действия полностью соответствуют заданным целям. Соответствие реальной действительности решений, выработанных в ходе игры. Владение терминологией, демонстрация владения учебным материалом по теме игры, владение методами аргументации, умение работать в группе (умение слушать, конструктивно вести беседу, убеждать, управлять временем, бесконфликтно общаться), достижение игровых целей, (соответствие роли - при ролевой игре). Ясность и стиль изложения.

Оценка *«отлично»* ставится в случае, когда все требования выполнены в полном объеме.

Оценка *««хорошо»* ставится, если обучающиеся в целом демонстрируют понимание проблемы, высказывания и действия полностью соответствуют заданным целям. Решения, выработанные в ходе игры, полностью соответствуют реальной действительности. Но некоторые объяснения не совсем аргументированы, нарушены нормы общения, нарушены временные рамки, нарушен стиль изложения.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающиеся в целом демонстрируют понимание проблемы, высказывания и действия в целом соответствуют заданным целям. Однако, решения, выработанные в ходе игры, не совсем соответствуют реальной действительности. Некоторые объяснения не совсем аргументированы, нарушены временные рамки, нарушен стиль изложения.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если обучающиеся не понимают проблему, их высказывания не соответствуют заданным целям.

Тестирование

Является одним из средств контроля знаний обучающихся по дисциплине.

Критерии оценивания - правильный ответ на вопрос

Оценка *«отлично»* ставится в случае, если правильно выполнено 90-100% заданий

Оценка *«хорошо»* ставится, если правильно выполнено 70-89% заданий

Оценка *«удовлетворительно»* ставится в случае, если правильно выполнено 50-69% заданий

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если правильно выполнено менее 50% заданий

Контрольная работа

Оценивается не только глубина знаний поставленных вопросов, но и умение изложить письменно.

Критерии оценивания: последовательность, полнота, логичность изложения, анализ различных точек зрения, самостоятельное обобщение материала. Изложение материала без фактических ошибок.

Оценка *«отлично»* ставится в случае, когда соблюдены все критерии.

Оценка *«хорошо»* ставится, если обучающийся твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, знает практическую базу, но допускает несущественные погрешности.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающийся освоил только основной материал, но не знает отдельных деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушает последовательность в изложении материала, затрудняется с ответами, показывает отсутствие должной связи между анализом, аргументацией и выводами.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если обучающийся не отвечает на поставленные вопросы.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет

имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра гуманитарных, естественнонаучных и социальных дисциплин

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «РУССКИЙ ЯЗЫК»

Специальность	Стоматология
Код специальности	31.05.03
Квалификация выпускника	Врач-стоматолог
Форма обучения	Очная

Грозный

Дасуев М.Л. Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Русский язык» / Сост. Дасуев М. Л. – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова»

Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Русский язык» рассмотрены и одобрены на заседании кафедры гуманитарных, естественнонаучных и социальных дисциплин, рекомендованы к использованию в учебном процессе (протокол № 10 от «27» июня 2023 г.), составлены в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.03 Стоматология (специалитет), утвержденного приказом Минобрнауки России от 27.03.2018 № 219.

© Дасуев М.Л.

© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова»

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения 4

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.... 4

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям..... 4

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий 4

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой 5

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада..... 5

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата..... 6

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «Русский язык» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом по направлению подготовки 31.05.03 «Стоматология» предусмотрены следующие виды занятий:

- практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:

- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.

Основная литература - это учебники и учебные пособия.

Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.

Рекомендации студенту:

выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;

- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;

- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».

Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:

Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.

Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.

Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.

Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.

Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада

Одной из форм самостоятельной работы студента является подготовка научного доклада, для обсуждения его на практическом (семинарском) занятии.

Цель научного доклада - развитие у студентов навыков аналитической работы с научной литературой, анализа дискуссионных научных позиций, аргументации собственных взглядов. Подготовка научных докладов также развивает творческий потенциал студентов.

Научный доклад готовится под руководством преподавателя, который ведет практические (семинарские) занятия.

Рекомендации студенту:

- перед началом работы по написанию научного доклада согласовать с преподавателем тему, структуру, литературу, а также обсудить ключевые вопросы, которые следует раскрыть в докладе;

- представить доклад научному руководителю в письменной форме;

- выступить на семинарском занятии с 5-7-минутной презентацией своего научного доклада, ответить на вопросы студентов группы.

Требования:

- к оформлению научного доклада: шрифт - Times New Roman, размер шрифта -14, межстрочный интервал -1, размер полей – 2 см, отступ в начале абзаца - 1 см, форматирование по ширине); листы доклада скреплены скоросшивателем. На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема доклада, ФИО студента;

- к структуре доклада - введение (указывается актуальность, цель и задачи), основная часть, выводы автора, список литературы (не менее 5 позиций источников научной литературы (научные статьи и монографии). Объем согласовывается с преподавателем. В конце работы ставится дата ее выполнения и подпись студента, выполнившего работу.

Общая оценка за доклад учитывает содержание доклада, его презентацию, а также ответы на вопросы.

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата

Целью написания рефератов является:

- привитие студентам навыков библиографического поиска необходимой литературы (на бумажных носителях, в электронном виде);

привитие студентам навыков компактного изложения мнения авторов и своего суждения по выбранному вопросу в письменной форме, научно грамотным языком и в хорошем стиле;

- приобретение навыка грамотного оформления ссылок на используемые источники, правильного цитирования авторского текста;
- выявление и развитие у студента интереса к определенной научной и практической проблематике с тем, чтобы исследование ее в дальнейшем продолжалось в подготовке и написании курсовых и дипломной работы и дальнейших научных трудах.

Основные задачи студента при написании реферата:

- с максимальной полнотой использовать литературу по выбранной теме (как рекомендуемую, так и самостоятельно подобранную) для правильного понимания авторской позиции;
- верно (без искажения смысла) передать авторскую позицию в своей работе;
- уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с тем или иным автором по данной проблеме.

Требования к содержанию:

- материал, использованный в реферате, должен относится строго к выбранной теме;
- необходимо изложить основные аспекты проблемы не только грамотно, но и в соответствии с той или иной логикой (хронологической, тематической, событийной и др.)
- при изложении следует сгруппировать идеи разных авторов по общности точек зрения или по научным школам;
- реферат должен заканчиваться подведением итогов проведенной исследовательской работы: содержать краткий анализ-обоснование преимуществ той точки зрения по рассматриваемому вопросу, с которой Вы солидарны.

Структура реферата.

1. Титульный лист.

На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема реферата, ФИО студента, ФИО и должность проверившего преподавателя;

2. Оглавление.

Оглавление - это план реферата, в котором каждому разделу должен соответствовать номер страницы, на которой он находится.

3. Текст реферата.

Текст реферата делится на три части: введение, основная часть и заключение.

а) Введение - раздел реферата, посвященный постановке проблемы, которая будет рассматриваться и обоснованию выбора темы.

б) Основная часть - это звено работы, в котором последовательно раскрывается выбранная тема. Основная часть может быть представлена как цельным текстом, так и разделена на главы. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует "перегружать" текст.

в) Заключение - данный раздел реферата должен быть представлен в виде выводов, которые готовятся на основе подготовленного текста. Выводы должны быть краткими и четкими. Также в заключении можно обозначить проблемы, которые "высветились" в ходе работы над рефератом, но не были раскрыты в работе.

4. Список источников и литературы.

В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и все иные, изученные им в связи с его подготовкой. В работе должно быть использовано не менее 7 разных источников. Работа, выполненная с использованием материала, содержащегося в одном научном источнике, является явным плагиатом и не принимается. Оформление Списка источников и литературы должно соответствовать требованиям, принятым в университете.

Объем и технические требования, предъявляемые к выполнению реферата.

Объем работы должен быть, как правило, не менее 15 и не более 20 страниц. Работа должна выполняться через одинарный интервал 14 шрифтом, размеры оставляемых полей - 2 см. Страницы должны быть пронумерованы.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится без изменений, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента (пропуск слов, предложений или абзацев допускается, если не влечет искажения всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска) и без искажения смысла;
- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с предъявляемыми требованиями.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра поликлинической терапии

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «Судебная медицина»

Код направления подготовки (специальности)	31.05.03
Направление подготовки (специальности)	Стоматология
Квалификация выпускника	Врач- стоматолог
Форма обучения	Очная

Грозный

СОДЕРЖАНИЕ

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся.
2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий.
3. Методические рекомендации по выполнению рефератов.
4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций.
5. Организация самостоятельной работы обучающихся при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям.
6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной практики

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся

Самостоятельная работа по дисциплинам является обязательным элементом федеральных государственных образовательных стандартов по программам высшего образования.

Самостоятельная работа обучающегося – организационная форма обучения - система педагогических условий, обеспечивающих управление учебной деятельностью обучающихся по освоению знаний и умений в учебной и научной деятельности без посторонней помощи.

Самостоятельная работа обучающихся является специфическим педагогическим средством организации и сопровождения самостоятельной деятельности обучающихся в учебном процессе.

Цели

К целям самостоятельной работы относится:

— формирование способностей у обучающегося к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;

— развитие исследовательских умений.

— фиксирование и систематизирование полученных теоретических познаний и практического опыта; формирование умений использовать научную, правовую, справочную и специальную литературу;

— развитие познавательных способностей и инициативности обучающихся, ответственность, организованность, стремление к саморазвитию; формирование умения правильно пользоваться полученным ранее материалом, собранным в процессе самостоятельного наблюдения, выполнения заданий различного характера.

Формы самостоятельной работы

При обучении используются следующие виды и формы самостоятельной работы:

— подготовка к практическим занятиям;

— подготовка и написание рефератов; - подготовка докладов на заданные темы рефератов, либо выбранные по заданному направлению;

— изучение и систематизация нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность в сфере обращения лекарственных средств в части организационно-управленческих вопросов с использованием информационно-справочных систем «Консультант Плюс», «Консультант врача», компьютерной сети «Интернет»;

— изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодической литературы с использованием электронных библиотечных систем, официальных статистических данных, научной периодики; - создание презентации;

— подготовка к устному опросу, к дискуссии;

— тестирование;

— решение ситуационных задач;

— подготовка к текущей, промежуточной аттестации и т.д.

Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет в начале каждого семинарского/практического занятия.

Контроль результатов аудиторной самостоятельной работы осуществляется в пределах времени, отведенного на практические занятия по дисциплине. В зависимости от сложности познавательной деятельности при изучении дисциплин используется три уровня самостоятельной работы:

— репродуктивная самостоятельная работа, которая включает изучение основной и дополнительной рекомендованной литературы, изучение методических рекомендаций к занятию, решение типовых задач, ситуаций;

— реконструктивная самостоятельная работа включает в себя подготовку к презентациям, сообщениям по заданной теме, решение профессиональных задач, моделирование профессиональной деятельности;

— творческая самостоятельная работа включает анализ, обобщение и систематизацию научных и нормативно-правовых документов, самостоятельное составление ситуаций, задач, проектов, составление выступлений по проблемам профессиональной деятельности. Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет на семинарском/практическом занятии.

Самостоятельная работа начинается с изучения рабочей программы дисциплины, отражена в рабочих программах дисциплин.

Для конспектирования лекционного материала, а также выполнения семинарских/практических работ требуются рабочие тетради.

Самостоятельная работа обучающегося подразделяется на аудиторную и внеаудиторную самостоятельную работу

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплинам выполняется на учебных занятиях (семинарские или практические) под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Основными видами аудиторной самостоятельной работы являются:

— выполнение практических работ;

— работа с нормативно-правовыми документами в области обращения лекарственных средств;

— решение ситуационных/симуляционных задач;

— презентация результатов научно-исследовательской работы по заданным темам

Выполнение практических работ осуществляется на семинарских/практических занятиях в соответствии с графиком учебного процесса и расписанием занятий.

Работа с основной, дополнительной литературой, эмпирическими и статистическими данными, как правило, основана на изучении документов и данных, их обобщении и представлении.

Решение ситуационных задач используется на семинарских/практических занятиях. Проблемная/ситуационная задача должна иметь четкую формулировку, к ней должны быть поставлены вопросы, ответы на которые необходимо найти и обосновать.

Критерии для оценки каждого вида аудиторной самостоятельной работы обучающегося разрабатываются преподавателем для конкретной дисциплины /цикла из предложенного перечня критериев оценки результатов аудиторной самостоятельной работы:

— уровень освоения учебного материала;

— умение использовать теоретические знания при выполнении лабораторных, практических, ситуационных, симуляционных задач;

— сформированность заявленных умений по теме аудиторного занятия;

— обоснованность и четкость изложения ответов;

— оформление материала в соответствии с требованиями, заявленными в задании;

— уровень самостоятельности обучающегося при выполнении аудиторной самостоятельной работы.

Внеаудиторная самостоятельная работа является элементом каждой темы дисциплин.

Планирование времени, необходимого на внеаудиторное самостоятельное изучение дисциплин, обучающие должны осуществлять весь семестр, предусматривая при этом регулярное повторение материала.

Материал, законспектированный на лекциях, необходимо регулярно прорабатывать и дополнять сведениями из других источников литературы, представленных не только в программах дисциплин, но и в периодических профильных научных изданиях, материалах конференций.

При изучении дисциплин сначала необходимо по каждой теме прочитать рекомендованную литературу и составить краткий конспект основных положений, терминов, сведений, требующих запоминания и являющихся основополагающими в этой теме для освоения последующих тем курса. Для расширения знания по дисциплине

рекомендуется использовать Интернет-ресурсы; проводить поиски в различных системах и использовать материалы сайтов, рекомендованных преподавателем.
При выполнении самостоятельной работы по написанию реферата необходимо: прочитать теоретический материал в рекомендованной литературе, периодических изданиях, на Интернет-сайтах; творчески переработать изученный материал и представить его для отчета в форме реферата, проиллюстрировав схемами, диаграммами, фотографиями и рисунками.
Тексты докладов и рефератов должны быть изложены внятно, простым и ясным языком.
Для обеспечения внеаудиторной самостоятельной работы по каждой теме дисциплин/блоку разработаны:
а) перечень основной и дополнительной литературы;
б) вопросы для самоконтроля.
При выполнении внеаудиторной самостоятельной работы обучающийся имеет право обращаться к преподавателю за консультацией с целью уточнения задания, формы контроля выполненного задания.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы отражается в индивидуальном плане после выполнения внеаудиторной самостоятельной работы.
Критерии оценки внеаудиторной работы формируются преподавателем самостоятельно для каждого вида работы. Основными критериями оценки внеаудиторной работы обучающегося выступают:
- уровень освоения материала;
- уровень умения использовать теоретические знания при выполнении заданий, решении ситуационных задач;
- обоснованность и четкость изложения ответов,
- результаты тестирования по шкале оценок;
- уровень умения использовать электронные образовательные ресурсы;
- умение четко формулировать проблему, предложив ее решение, критическая оценка последствий решения;
- уровень умения сформулировать собственную позицию и аргументировать ее.

Качество выполнения внеаудиторной самостоятельной работы оценивается посредством текущего контроля самостоятельной работы обучающегося. Текущий контроль представляет собой форму планомерного контроля качества и объема осваиваемых компетенций в процессе изучения конкретной дисциплины, проводится на семинарских/практических занятиях и во время индивидуальной работы преподавателя с обучающимися.

Шкала оценивания внеаудиторной самостоятельной работы:
Зачтено – задание выполнено полно и правильно, изложено в правильных нормативных формулировках с использованием точного понятийного аппарата, с использованием рекомендованных источников литературы, продемонстрировано умение формулировать проблему, предложены пути ее решения, проведена критическая оценка последствий такого решения, а также умение формулировать собственную позицию и аргументировать ее.
Не зачтено – обучающийся не выполнил задание либо выполнил не в полном объеме, демонстрирует несформированность понятийного аппарата по теме, отсутствие умения формулировать проблему, обобщать материал, не может аргументировать свой ответ.

2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий

Практическое занятие - вид учебных занятий, при котором в результате предварительной работы над учебным материалом преподавателя и студента, в обстановке их контактной работы в аудитории решаются задачи познавательного и воспитательного характера.
Цель такой формы обучения – углубленное изучение дисциплины, закрепление полученного теоретического материала в форме внеаудиторной самостоятельной работы, овладение методологией научного познания и формирования базовых умений. Немаловажным преимуществом практических занятий является и формирование навыков профессиональной дискуссии.
Задачи практических занятий:

- мотивация к регулярному изучению теоретического учебного материала, основной, дополнительной литературы;
- закрепление теоретических знаний, полученных при прослушивании лекций и во время внеаудиторной самостоятельной работы;
- получение навыков устного и публичного выступления по теоретическим вопросам, включая навыки по свободному оперированию организационными и управленческими понятиями и категориями;
- формирование навыков по универсальным и профессиональным компетенциям;
- возможность преподавателю систематически контролировать как самостоятельную работу студента, так и свою работу.

Практические занятия проводятся по плану.
Каждая тема практического занятия, как правило, включает: цель занятия, перечень основных и дополнительных источников литературы, вопросы к устному обсуждению на занятии, ситуационные задачи и перечень заданий, которые обучающиеся самостоятельно должны решить на практическом занятии.
Каждое практическое занятие посвящено, как правило, изучению нескольких компетенций и включает три основных этапа.
Первый этап - устный опрос по заранее сформулированным вопросам либо представление докладов/презентаций, подготовленных в рамках внеаудиторной самостоятельной работы по заранее сформулированным требованиям. Важнейшей частью этапа, является обсуждение представленных докладов/презентаций. Цель преподавателя – организовать обмен мнениями, дискуссию в группе, скорректировать уровень подготовленности студентов.
Одним из возможных элементов первого этапа является решение ситуационных задач, которые максимально приближены к профессиональной деятельности.
Требования к ответам обучающихся – самостоятельность в подборе фактического материала и аналитическом отношении к нему, умение рассматривать примеры и факты во взаимосвязи и взаимообусловленности, отбирать наиболее существенные из них.
Для оценивания первого (теоретического) этапа занятия используются знания, умения, владения, которые заявлены на каждое занятие:
1) знание учебного материала и владение понятийным аппаратом по теме занятия;
2) умение связывать теорию с практикой;
3) умение иллюстрировать ответ примерами, фактами, данными научных исследований;
4) умение применять теоретические знания при решении ситуационных задач.
Второй этап – аудиторное самостоятельное выполнение семинарских /практических заданий, которые обучающийся выполняет индивидуально либо в группе, если такое предусмотрено заданием.
В процессе выполнения самостоятельной аудиторной работы обучающийся имеет право на получение индивидуальных консультаций у преподавателя.
По окончании выполнения аудиторной самостоятельной работы обучающийся сдает отчет о выполнении самостоятельных лабораторных заданий преподавателю, который оценивается по шкале «зачет/незачет».
Критерии оценивания практического занятия осуществляются по следующим критериям:

1. своевременное выполнение внеаудиторной самостоятельной работы по изучаемой теме;
2. демонстрируемый обучающимся уровень усвоения заявленной к освоению компетенции (знания, умения, навыки);
— хорошее знание и уверенное владение на занятии теоретическим содержанием учебного материала;
— адекватное применение теоретического материала к решению ситуационных задач, заданий для аудиторной самостоятельной работы;
— умение аргументировать свои решения, развернуто отвечать на дополнительные вопросы преподавателя.
3. Соблюдение организационных и дисциплинарных требований, предъявляемых к обучающемуся на семинарских/практических занятиях: аккуратный внешний вид, соблюдение дисциплины на занятиях, полнота и своевременность представления выполненных заданий в полном объеме (не позднее даты окончания занятия и в полном соответствии с предъявляемыми к их содержанию и качеству оформления).
Третий этап – заключительный. Преподаватель дает общую оценку уровня подготовленности обучаемых к практическим занятиям, характеризует активность каждого обучающегося на занятии и озвучивает оценки каждому обучающемуся с их обоснованием.

Шкала оценивания осуществляется по четырехбалльной шкале (таблица 2)

Критерии оценивания лабораторного/практического занятия	Шкала оценок
Полное соответствие работы обучающегося требованиям. Обучающийся демонстрирует уверенные знания, способен творчески решать поставленные задачи, самостоятельно демонстрирует умения, обладает некоторыми навыками. Обучающийся успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, демонстрирует глубокое теоретическое знание по изучаемой теме, умение его применять на практике (в установленный срок сдал протоколы занятия/представил и защитил доклады/презентации и др.).	Отлично
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует хорошее знание материала, способен творчески решать поставленные задачи, демонстрирует базовые умения. Обучающийся выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, содержатся отдельные пробелы в умении применить полученные теоретические знании к решению ситуационных задач .	Хорошо
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует знание базового материала, способен решать поставленные задачи под руководством преподавателя, освоил базовые умения. Успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, но затрудняется интерпретировать его практически.	Удовлетвори тельно
Работа не соответствует требованиям.	Неудовлетво рительно

3. Методические рекомендации по организации и выполнению рефератов
Реферат предусматривает углубленное изучение дисциплины, способствует развитию навыков самостоятельной работы с литературными источниками.
Реферат – краткое изложение в письменном виде содержания научного труда по предоставленной теме. Это самостоятельная научноисследовательская работа, где

обучающийся раскрывает суть исследуемой проблемы с элементами анализа по теме реферата. Приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на проблемы темы реферата.
Содержание реферата должно быть логичным, изложение материала носить проблемно-тематический характер.
Объем реферата может колебаться в пределах 15-20 печатных страниц.
Основные разделы: оглавление (план), введение, основное содержание, заключение, список литературы.
Текст реферата должен содержать следующие разделы:
— титульный лист реферата (приложение 2);
— ведение, актуальность темы.
— основной раздел.
— заключение
— список литературных источников
Список литературных источников- библиографическое описание используемых источников литературы, в том числе и интернет-источников, оформленное по ГОСТ 7.1 – 2003; 7.80 – 2000; должен иметь не менее 10 библиографических названий, включая сетевые ресурсы.
Текстовая часть реферата оформляется на листе следующего формата:
— отступ сверху – 2 см;
— отступ слева – 3 см;
— отступ справа – 1,5 см;
— отступ снизу – 2,5 см;
— шрифт текста: Times New Roman, высота шрифта – 14, пробел – 1,5;
— нумерация страниц – снизу листа. На первой странице номер не ставится.
Реферат должен быть выполнен грамотно с соблюдением культуры изложения. Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу, включая периодическую литературу за последние 5 лет.
Критерии оценки реферата:
— актуальность темы исследования;
— соответствие содержания теме;
— глубина проработки материала;
— правильность и полнота разработки темы;
— значимость выводов для дальнейшей практической деятельности;
— правильность и полнота использования литературы;
— соответствие оформления реферата стандарту;
— качество сообщения и ответов на вопросы при защите реферата.
Практическое занятие по защите рефератов может проводиться в качестве «круглого стола» в форме представления докладов, посвященных теме занятия, по следующим этапам:
Этап 1. Каждый обучающийся представляет собственный доклад (обязательно использование презентации) по выбранной теме. Доклад 5-7 минут. Обсуждение доклада, вопросы – 2-3 минуты.
Этап 2. Оценка докладов и презентаций, представленных в группе (таблица 3).

Таблица 3 - Шкала оценки докладов на практическом занятии

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Доклад четко выстроен, сопровождается презентацией, отражающей проблематику доклада, имеет четкие выводы, полностью характеризующие работу. Автор отлично ориентируется в материале и	Отлично

отвечает на все вопросы, владеет специальной терминологией. 2. Обучающийся активно участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	
1. Доклад структурирован, презентация не отражает в полной мере содержание доклада, допущены неточности, выводы нечеткие. Автор затрудняется ответить на вопросы, слабо использует специальную терминологию. 2. Обучающийся участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	Хорошо
1. Доклад структурирован, содержание не полностью раскрывает цель доклада, отсутствует презентация. 2. Обучающийся пассивен при обсуждении докладов других обучающихся из группы	Удовлетвори тельно
1. Доклад не структурирован/отсутствует, презентация отсутствует. Автор не владеет материалом. 2. Обучающийся не участвует в обсуждении докладов.	Неудовлетво рительно

4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций

Создание материалов-презентаций — это вид самостоятельной работы обучающихся по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint.

Этот вид работы требует координации навыков обучающегося по сбору, систематизации, переработке информации, оформления ее в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. Создание презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у обучающихся навыки работы на компьютере.

Презентации готовятся обучающимся в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Обучающийся при подготовке презентации должен выполнить следующий комплекс взаимосвязанных видов самостоятельной работы:

— изучить материалы темы, выделяя главное и второстепенное;

— установить логическую связь между элементами темы;

— представить характеристику элементов в краткой форме;

— выбрать опорные сигналы для акцентирования главной информации и отобразить в структуре работы;

— оформить презентацию в соответствии с рекомендациями (таблица 4), разместить ее в электронной образованной среде университета, к установленному сроку либо представить на практическое/лабораторное занятие.

Таблица 4 - Методические рекомендации по оформлению презентации

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Стиль	1.1 Соблюдайте единый стиль оформления. 1.2 Избегайте стилей, которые будут отвлекать от самой презентации. 1.3 Вспомогательная информация не должны преобладать над основной информацией (текст, рисунки).
2. Фон	Для фона предпочтительнее использовать более холодные тона (синий или зеленый).
3. Использование цвета	3.1 На одном слайде рекомендуется использовать не более трех цветов: один для фона, один для заголовков, один для текста. для фона и текста используйте контрастные цвета. 3.2. Обратите особое внимание на цвет гиперссылок (до и после

	использования).
4 Текст/ представление информации	4.1 Используйте короткие слова и предложения. 4.2. Минимизируйте количество предлогов, наречий, прилагательных. 4.3.Заголовки должны привлекать внимание аудитории. 4.4 Предпочтительно горизонтальное расположение информации. 4.5 Наиболее важная информация должна располагаться в центре экрана. Если на слайде располагается картинка, надпись должна располагаться под ней. 4.6 Наибольшая эффективность достигается тогда, когда ключевые пункты отображаются по одному на каждом отдельном слайде.
5.Шрифты	5.1 Для заголовков не менее 24 5.2 Для информации- не менее 18. 5.3Шрифты без засечек легче читать с большого расстояния. 5.4.Нельзя смешивать разные типы шрифтов в одном тексте 5.5.Для выделения информации следует использовать жирный шрифт, курсив или подчеркивание. 5.6 Нельзя злоупотреблять прописными буквами (они читаются хуже строчных букв).
6.Анимационные эффекты	Возможности компьютерной анимации для оформления презентации необходимо использовать умерено, они не должны отвлекать внимание от содержания информации на слайде.

Критерии оценивания презентаций:

— соответствие содержания теме;

— правильная структурированность информации;

— наличие логической связи изложенной информации;

— эстетичность оформления, его соответствие требованиям;

— презентация выполнена и представлена в срок.

Шкала оценивания презентаций разрабатывается преподавателем и доводится до сведения обучающихся вместе с заданием.

Оценка «Отлично»:

презентация отличается целостностью, логичностью и оригинальностью. Оформление логично, эстетично, не противоречит содержанию доклада. Информация структурирована. Иллюстрации презентации соответствуют содержанию, дополняют информацию о раскрываемой проблеме. Текст доклада, сопровождающего презентацию, излагается обучающимся самостоятельно, с незначительной опорой на печатный текст. Ответы на вопросы преподавателя и аудитории четкие, аргументированные, сопровождаются ссылкой на факты и примеры.

Оценка «Хорошо»:

презентация характеризуется целостностью, логической завершенностью, с незначительными недочетами в логике изложения материала. Оформление эстетично, логично, структурировано. Текст доклада излагается с преимущественной опорой на текст. Ответы на дополнительные и уточняющие вопросы не вносят ясности, преимущественно повторяют содержание презентации.

Оценка «Удовлетворительно»:

презентация характеризуется отсутствием единого стиля в оформлении, ввиду чего информация тяжело воспринимается аудиторией. Сведения, излагаемые обучающимся разрозненные, плохо структурированы и аргументированы. Текст доклада

преимущественно зачитывается, обучающимся допускаются неточности и ошибки в изложении материала. Ответы на дополнительные вопросы затруднительны.
Оценка «Неудовлетворительно»:
оформление презентации не соответствует заявленным требованиям. Работа характеризуется отсутствием единого стиля. Обучающийся представляет разрозненные сведения, которые слабо коррелируют с заявленной темой исследования, текст доклада зачитывается, обучающимся часто допускаются ошибки в изложении материала, допускаются ошибки в использовании научной и профессиональной терминологии. Ответы на дополнительные вопросы обучающийся не дает.

5. Организация самостоятельной работы обучающего при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям

Текущий контроль осуществляется систематически с целью установления уровня овладения заявленными в рабочей программе дисциплины/практики компетенциями при изучении. В течение года в соответствии с программой дисциплины проводятся текущие аттестации. Форма проведения текущей аттестации (письменное / устное собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, защита реферата) определяется руководителем курса и доводится до обучающихся. Вопросы по текущей аттестации доводятся до сведения обучающихся не позднее 3 дней до проведения аттестации.
Подготовка к промежуточной аттестации предполагает систематизацию обучающимся усвоенных в ходе обучения по дисциплинам профессиональных знаний и умений. Программа промежуточной аттестации экзамена имеет обобщающий характер и ориентирует обучающегося в процессе подготовки к нему на актуализацию знаний, умений и навыков, отражающих наиболее существенные компоненты содержания дисциплин, закрепление в профессиональном сознании комплексного и целостного знания.
Подготовка к промежуточной аттестации является формой самостоятельной работы обучающегося. Ее эффективной организации будут способствовать рекомендованные перечни основной и дополнительной литературы, информационных и электронно-образовательных ресурсов, а также список вопросов, которые составляют основу для итогового анализа профессиональной компетентности обучающегося и оценки ее соответствия требованиям ФГОС по компетенциям, закрепленным за дисциплинами. Ориентируясь в перечнях основной и дополнительной литературы, обучающийся может выбрать из них как основополагающие источники, так и те, которые позволят углубить и расширить знания по актуальным проблемам специальностей, систематизировать их и отразить в комплексе.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации рекомендуется составлять развернутый план ответа на вопрос программы экзамена, что обеспечит логическую последовательность изложения материала. Продумывая структуру ответа, необходимо: во-первых, уделить внимание раскрытию теоретической сущности явления или понятий, обозначенных в контрольно-измерительном материале, во-вторых, осветить содержание и закономерности рассматриваемых явлений, отразить состояние их изученности в современной медицине. Обучающийся должен продемонстрировать на промежуточной аттестации владение категориальным аппаратом дисциплин, показать умение использовать знания, полученные при изучении дисциплин для анализа современных тенденций в медицине, применять их для решения профессиональных задач врачей по специальностям.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации обучающемуся рекомендуется использовать весь набор методов и средств современных информационных технологий для изучения содержания отечественной и зарубежной литературы по дисциплине, анализа и оценки ее текущего состояния и перспектив развития.

При подготовке к промежуточной аттестации рекомендуется активно применять следующие образовательные и профессионально-ориентированные технологии:
– информационные технологии – компьютерные технологии, в том числе доступ в Интернет (для получения учебной и учебно-методической информации, представленной в научных электронных журналах и на сайтах библиотек);
– информационно-коммуникационные технологии.
Оценка знаний, умений и навыков, характеризующая этапы формирования компетенций в рамках изучения дисциплины осуществляется в ходе текущей и промежуточной аттестаций.
Форма проведения текущей/ промежуточной аттестации определяется рабочей программой дисциплины. Оценивание компетенций, вынесенных на промежуточную аттестацию в форме экзамена, осуществляется по четырехбалльной шкале:
оценка «отлично» - 5 баллов
оценка «хорошо» - 4 балла
оценка «удовлетворительно» - 3 балла
оценка «неудовлетворительно» - 2 балла.
При сдаче промежуточной аттестации в форме зачета:
«зачтено» - 3-5 баллов или «не зачтено» - 2 балла.

6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной(клинической) практики

Производственная (клиническая) практика составлена по модулям – дисциплинам и проводится в форме контактной и самостоятельной работы обучающегося.
Контактная работа предусматривает работу руководителя практики с обучающимся в форме индивидуальных/групповых консультаций.
К самостоятельной работе по практикам относятся следующие виды работ обучающегося:
- ознакомление с нормативно-правовым обеспечением практик, включая программы практик;
- изучение законодательной и нормативно-правовой обеспеченности профессиональной деятельности в сфере обращения лекарственных средств в предметной области практики;
- выполнение заданий, заполнение отчета о прохождении практики;
- подготовка к промежуточной аттестации по итогам практики.
По окончании практики обучающийся оформляет отчёт. Материал для составления отчета собирается и накапливается с первого дня практики. Отчет должен содержать самоанализ выполненной работы обучающимся.
Во время прохождения практики необходимо выполнение следующих условий:
- Явиться на установочное собрание, проводимое руководителем практики и получить пакет документов в учебно-методическом отделе.
- В первый день практики прийти на базу к 8 часам утра, и представиться общему руководителю.
- Быть одетым строго по форме и следить за ее чистотой. Иметь сменную обувь.
- Работать строго по графику. Пропущенные дни, даже по уважительной причине, отрабатываются в дополнительное время.
- Ознакомиться с документацией структурных подразделений (поликлиника, стационар, приемный покой, в отделениях - процедурные кабинеты, пост и т.д.).
- Активно участвовать в общественной жизни структурных подразделений, а также в санитарно-просветительной работе.
- Бережно относиться к имуществу лечебно-профилактических учреждений.
- Быть дисциплинированными, спокойными и вежливыми в обращении с товарищами по работе, с больными и их родственниками, в отделениях соблюдать тишину и порядок.

- Ежедневно и аккуратно вести отчет, заполнять листы обязательных манипуляций. Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной (клинической) практике представлены в Таблице 6.

Таблица 6 – Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной практике

Критерии оценки	Шкала оценок
Обучающийся предоставил оформленный соответствующим образом, отчет и отзыв с положительной характеристикой руководителя практики; продемонстрировал систематические знания по контролируемым компетенциям; владеет способностью и готовностью применять знания, умения и навыки для решения профессиональных задач на практике; в ответе присутствует четкая структура, логическая последовательность, современная профессиональная терминология; ответ обоснован нормативной документацией и конкретными примерами из производственной практики.	Зачтено
Обучающийся предоставил неполный перечень отчетной документации; демонстрирует полное отсутствие или фрагментарные знания, умения и навыки по контролируемой компетенции и неспособность применять их на практике для решения профессиональных задач; не в состоянии обосновать свой ответ нормативной документацией и примерами из производственной практики; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа	Не зачтено

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет

имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра гуманитарных, естественнонаучных и социальных дисциплин

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «ФИЛОСОФИЯ»

Специальность	Стоматология
Код специальности	31.05.03
Квалификация выпускника	Врач-стоматолог
Форма обучения	Очная

Грозный

Дасуев М.Л. Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Философия» / Сост. Дасуев М. Л. – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова»

Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Философия» рассмотрены и одобрены на заседании кафедры гуманитарных, естественнонаучных и социальных дисциплин, рекомендованы к использованию в учебном процессе (протокол № 10 от «27» июня 2023 г.), составлены в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.03 Стоматология (специалитет), утвержденного приказом Минобрнауки России от 27.03.2018 № 219.

© Дасуев М.Л.

© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова»

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения 4

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий. .. 4

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс) 4

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям 4

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий 4

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой..... 5

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада 5

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата 6

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «Философия» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом по направлению подготовки 31.05.03 «Стоматология» предусмотрены следующие виды занятий:

- лекции;
- практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)

Изучение дисциплины требует систематического и последовательного накопления знаний.

Студентам необходимо вести конспект прослушанных лекций. Перед очередной лекцией необходимо просмотреть по конспекту материал предыдущей лекции. При затруднениях в восприятии материала следует обратиться к основным литературным источникам. Если разобраться в материале не удалось, то следует обратиться к лектору (по графику его консультаций) или к преподавателю на практических занятиях.

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:
- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.

Основная литература - это учебники и учебные пособия.

Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.

Рекомендации студенту:

выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;

- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».

Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:

Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.

Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.

Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.

Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.

Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада

Одной из форм самостоятельной работы студента является подготовка научного доклада, для обсуждения его на практическом (семинарском) занятии.

Цель научного доклада - развитие у студентов навыков аналитической работы с научной литературой, анализа дискуссионных научных позиций, аргументации собственных взглядов. Подготовка научных докладов также развивает творческий потенциал студентов.

Научный доклад готовится под руководством преподавателя, который ведет практические (семинарские) занятия.

Рекомендации студенту:

- перед началом работы по написанию научного доклада согласовать с преподавателем тему, структуру, литературу, а также обсудить ключевые вопросы, которые следует раскрыть в докладе;
- представить доклад научному руководителю в письменной форме;
- выступить на семинарском занятии с 5-7-минутной презентацией своего научного доклада, ответить на вопросы студентов группы.

Требования:

- к оформлению научного доклада: шрифт - Times New Roman, размер шрифта -14, межстрочный интервал -1, размер полей – 2 см, отступ в начале абзаца - 1 см, форматирование по ширине);

листы доклада скреплены скоросшивателем. На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема доклада, ФИО студента;
- к структуре доклада - введение (указывается актуальность, цель и задачи), основная часть, выводы автора, список литературы (не менее 5 позиций источников научной литературы (научные статьи и монографии). Объем согласовывается с преподавателем. В конце работы ставится дата ее выполнения и подпись студента, выполнившего работу.
Общая оценка за доклад учитывает содержание доклада, его презентацию, а также ответы на вопросы.

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата

Целью написания рефератов является:
- привитие студентам навыков библиографического поиска необходимой литературы (на бумажных носителях, в электронном виде);
привитие студентам навыков компактного изложения мнения авторов и своего суждения по выбранному вопросу в письменной форме, научно грамотным языком и в хорошем стиле;
- приобретение навыка грамотного оформления ссылок на используемые источники, правильного цитирования авторского текста;
- выявление и развитие у студента интереса к определенной научной и практической проблематике с тем, чтобы исследование ее в дальнейшем продолжалось в подготовке и написании курсовых и дипломной работы и дальнейших научных трудах.
Основные задачи студента при написании реферата:
- с максимальной полнотой использовать литературу по выбранной теме (как рекомендуемую, так и самостоятельно подобранную) для правильного понимания авторской позиции;
- верно (без искажения смысла) передать авторскую позицию в своей работе;
- уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с тем или иным автором по данной проблеме.
Требования к содержанию:
- материал, использованный в реферате, должен относится строго к выбранной теме;
- необходимо изложить основные аспекты проблемы не только грамотно, но и в соответствии с той или иной логикой (хронологической, тематической, событийной и др.)
- при изложении следует сгруппировать идеи разных авторов по общности точек зрения или по научным школам;
- реферат должен заканчиваться подведением итогов проведенной исследовательской работы: содержать краткий анализ-обоснование преимуществ той точки зрения по рассматриваемому вопросу, с которой Вы солидарны.

Структура реферата.
1. Титульный лист.
На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема реферата, ФИО студента, ФИО и должность проверившего преподавателя;
2. Оглавление.
Оглавление - это план реферата, в котором каждому разделу должен соответствовать номер страницы, на которой он находится.
3. Текст реферата.
Текст реферата делится на три части: введение, основная часть и заключение.
а) Введение - раздел реферата, посвященный постановке проблемы, которая будет рассматриваться и обоснованию выбора темы.
б) Основная часть - это звено работы, в котором последовательно раскрывается выбранная тема. Основная часть может быть представлена как цельным текстом, так и разделена на главы. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует "перегружать" текст.
в) Заключение - данный раздел реферата должен быть представлен в виде выводов, которые готовятся на основе подготовленного текста. Выводы должны быть краткими и четкими. Также в заключении можно обозначить проблемы, которые "высветились" в ходе работы над рефератом, но не были раскрыты в работе.
4. Список источников и литературы.
В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и все иные, изученные им в связи с его подготовкой. В работе должно быть

использовано не менее 7 разных источников. Работа, выполненная с использованием материала, содержащегося в одном научном источнике, является явным плагиатом и не принимается. Оформление Списка источников и литературы должно соответствовать требованиям, принятым в университете.

Объем и технические требования, предъявляемые к выполнению реферата.

Объем работы должен быть, как правило, не менее 15 и не более 20 страниц. Работа должна выполняться через одинарный интервал 14 шрифтом, размеры оставляемых полей - 2 см. Страницы должны быть пронумерованы.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится без изменений, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента (пропуск слов, предложений или абзацев допускается, если не влечет искажения всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска) и без искажения смысла;
- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с предъявляемыми требованиями.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«ЧЕЧЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. А.А.КАДЫРОВА»
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра гуманитарных, естественнонаучных и социальных дисциплин

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

«Чеченский язык»

Грозный

Янарсаева Х.И. Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Чеченский язык» / Сост. Янарсаева Х.И. – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет им. А.А. Кадырова».

©Янарсаева Х.И.

© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет им. А.А. Кадырова».

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения 4
2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий. .. 4
2.1. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям 4
3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий 4
3.1. Методические рекомендации по работе с литературой..... 4

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «Чеченский язык» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом по направлениям подготовки предусмотрены следующие виды занятий:

- практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:

- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.
Основная литература - это учебники и учебные пособия.
Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.
Рекомендации студенту:
выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;
- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».
Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:
Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.
Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.
Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.
Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.
Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ЧЕЧЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ им. А. А. Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра гуманитарных, естественнонаучных и социальных дисциплин

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «ЭКОНОМИКА»

Грозный

Гехаева П.Т. Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Экономика» / Сост. Гехаева П.Т. – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет им. А.А. Кадырова»

Гехаева П.Т.

© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет»

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения 4

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий. 4

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс) 4

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям 4

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий..... 4
3.1. Методические рекомендации по работе с литературой..... 5
3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада 5
3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата 6

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «Экономика» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом предусмотрены следующие виды занятий:

– лекции;

– практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)

Изучение дисциплины требует систематического и последовательного накопления знаний.

Студентам необходимо вести конспект прослушанных лекций. Перед очередной лекцией необходимо просмотреть по конспекту материал предыдущей лекции. При затруднениях в восприятии материала следует обратиться к основным литературным источникам. Если разобраться в материале не удалось, то следует обратиться к лектору (по графику его консультаций) или к преподавателю на практических занятиях.

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

– ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;

– иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.

– приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;

– до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;

– пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.

– при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты, и материалы правоприменительной практики;

– теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;

– при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;

– в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;

– по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованы.

– на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже чем в 2–недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изученной на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По

каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:

– руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;

– выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;

– использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.

Основная литература – это учебники и учебные пособия.

Дополнительная литература – это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.

Рекомендации студенту:

выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;

– в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет - источником целесообразно также выделять важную информацию;

– если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».

Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:

Конспект – краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.

Цитата – точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.

Тезисы – концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.

Аннотация – очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме – наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.

Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада

Одной из форм самостоятельной работы студента является подготовка научного доклада, для обсуждения его на практическом (семинарском) занятии.

Цель научного доклада – развитие у студентов навыков аналитической работы с научной литературой, анализа дискуссионных научных позиций, аргументации собственных взглядов. Подготовка научных докладов также развивает творческий потенциал студентов.

Научный доклад готовится под руководством преподавателя, который ведет практические (семинарские) занятия.

Рекомендации студенту:
– перед началом работы по написанию научного доклада согласовать с преподавателем тему, структуру, литературу, а также обсудить ключевые вопросы, которые следует раскрыть в докладе;
– представить доклад научному руководителю в письменной форме;
– выступить на семинарском занятии с 5–7-минутной презентацией своего научного доклада, ответить на вопросы студентов группы.
Требования:
– к оформлению научного доклада: шрифт – Times New Roman, размер шрифта –14, межстрочный интервал –1, размер полей – 2 см, отступ в начале абзаца – 1 см, форматирование по ширине); листы доклада скреплены скоросшивателем. На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема доклада, ФИО студента;
– к структуре доклада – введение (указывается актуальность, цель и задачи), основная часть, выводы автора, список литературы (не менее 5 позиций источников научной литературы (научные статьи и монографии). Объем согласовывается с преподавателем. В конце работы ставится дата ее выполнения и подпись студента, выполнившего работу.
Общая оценка за доклад учитывает содержание доклада, его презентацию, а также ответы на вопросы.

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата

Целью написания рефератов является:
– привитие студентам навыков библиографического поиска необходимой литературы (на бумажных носителях, в электронном виде);
привитие студентам навыков компактного изложения мнения авторов и своего суждения по выбранному вопросу в письменной форме, научно грамотным языком и в хорошем стиле;
– приобретение навыка грамотного оформления ссылок на используемые источники, правильного цитирования авторского текста;
– выявление и развитие у студента интереса к определенной научной и практической проблематике с тем, чтобы исследование ее в дальнейшем продолжалось в подготовке и написании научных трудах.
Основные задачи студента при написании реферата:
– с максимальной полнотой использовать литературу по выбранной теме (как рекомендуемую, так и самостоятельно подобранную) для правильного понимания авторской позиции;
– верно (без искажения смысла) передать авторскую позицию в своей работе;
– уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с тем или иным автором по данной проблеме.
Требования к содержанию:
– материал, использованный в реферате, должен относиться строго к выбранной теме;
– необходимо изложить основные аспекты проблемы не только грамотно, но и в соответствии с той или иной логикой (хронологической, тематической, событийной и др.)
– при изложении следует сгруппировать идеи разных авторов по общности точек зрения или по научным школам;
– реферат должен заканчиваться подведением итогов проведенной исследовательской работы: содержать краткий анализ–обоснование преимуществ той точки зрения по рассматриваемому вопросу, с которой Вы солидарны.
Структура реферата.
1. Титульный лист.
На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема реферата, ФИО студента, ФИО и должность проверившего преподавателя;
2. Оглавление.
Оглавление – это план реферата, в котором каждому разделу должен соответствовать номер страницы, на которой он находится.
3. Текст реферата.

Текст реферата делится на три части: введение, основная часть и заключение.

а) Введение – раздел реферата, посвященный постановке проблемы, которая будет рассматриваться и обоснованию выбора темы.

б) Основная часть – это звено работы, в котором последовательно раскрывается выбранная тема. Основная часть может быть представлена как цельным текстом, так и разделена на главы. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует «перегружать» текст.

в) Заключение – данный раздел реферата должен быть представлен в виде выводов, которые готовятся на основе подготовленного текста. Выводы должны быть краткими и четкими. Также в заключении можно обозначить проблемы, которые «высветились» в ходе работы над рефератом, но не были раскрыты в работе.

4. Список источников и литературы.

В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и все иные, изученные им в связи с его подготовкой. В работе должно быть использовано не менее 7 разных источников. Работа, выполненная с использованием материала, содержащегося в одном научном источнике, является явным плагиатом и не принимается. Оформление Списка источников и литературы должно соответствовать требованиям, принятым в университете.

Объем и технические требования, предъявляемые к выполнению реферата.

Объем работы должен быть, как правило, не менее 15 и не более 20 страниц. Работа должна выполняться через одинарный интервал 14 шрифтом, размеры оставляемых полей – 2 см. Страницы должны быть пронумерованы.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

– текст цитаты заключается в кавычки и приводится без изменений, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента (пропуск слов, предложений или абзацев допускается, если не влечет искажения всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска) и без искажения смысла;

– каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с предъявляемыми требованиями.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Чеченский государственный университет имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра акушерства и гинекологии

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ И ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД

Учебное пособие для студентов

Грозный

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений
Введение
Глава 1. Физиологические изменения в организме родильницы после родов
1.1**.** Инволюция в половой системе (матка, маточные трубы, яичники, влагалище, связочный аппарат, мышцы промежности) после
родов1.2. Изменения в молочных железах, становление лактации после родо
1.3. Изменения в эндокринной системе, восстановление функции яичников у женщин после родов
Глава 2. Системные изменения в организме женщины в послеродовом периоде
2.1. Особенности функционирования сердечнососудистой системы в послеродовом периоде
2.2. Система дыхания в послеродовом периоде
2.3. Мочевыделительная система в послеродовом периоде
2.4. Пищеварительная система в послеродовом периоде
2.5. Вегетативное и психоэмоциональное состояние женщин в послеродовом периоде
2.6. Иммунологические изменения в послеродовом периоде
2.7.Основные клинико-лабораторные показатели в послеродовом периоде
Глава 3. Клиническое течение и ведение послеродового периода
3.1. Ранний послеродовой период
3.2. Течение и ведение послеродового периода во время пребывания родильниц в стационаре
3.3. Отдаленные результаты родоразрешения (более 6-8 нед после родов)
Литература

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АКТГ — адренокортикотропный гормон АТ III — антитромбин III
АЧТВ — активированное частичное тромбопластиковое время ВМС — внутриматочные средства ГМК — гладкомышечные клетки
ДВС — диссеминированное внутрисосудистое свертывание ИТП — индекс тромбодинамического потенциала КДО — конечный диастолический объем
КДР ЛЖ — конечный диастолический размер левого желудочка
КСО — конечный систолический объем
КСР — конечный систолический размер
ЛГ — лютеинизирующий гормон
ЛГ-РГ — лютеинизирующий рилизинг-гормон
МОС — минутный объем сердца
НПС — нижний пищеводный сфинктер
ОРВИ — острые респираторные вирусные инфекции
ОЦК — объем циркулирующей крови
ПИ — протромбиновый индекс
РКМФ — растворимые комплексы мономеров фибрина
СИ — сердечный индекс
СРВ — С-реактивный белок
ТВ — тромбопластиновое время
ТЭЛА — тромбоэмболия легочной артерии
УВ — ударный выброс
уд/мин — удары в минуту
УЗИ — ультразвуковое исследование
УИ — ударный индекс
ФСГ — фолликулостимулирующий гормон ХГ — хорионический гонадотропин CMV — цитометаловирус
HTLV — Т-клеточный вирус лимфоцита человека

ВВЕДЕНИЕ

Охрана здоровья матери и ребенка в нашей стране является при-оритетным направлением. Развитие медицинской науки, и в частности акушерства, появление новых технологий, новых эффективных медикаментозных средств способствуют рациональному ведению беременности, родов и послеродового периода.

На современном этапе оказания акушерской помощи как в России, так и за рубежом принципы классического акушерства уступают место принципам перинатального акушерства, что способствует росту частоты кесарева сечения. В настоящее время акушеры-гинекологи, особенно в нашей стране, стараются избегать влагалищных операций в связи с большим числом тяжелых осложнений у матери и плода и отсутствием достаточного опыта их выполнения, особенно у молодых врачей. Мы считаем, что наложение акушерских щипцов и вакуум-экстрактора, несмотря на травматичность, нельзя отменить или заменить другими операциями, но при их применении необходимо учитывать показания, противопоказания и условия проведения операции.

Внедрение современных эхографических, иммунологических, бактериологических, инструментальных, лабораторных и других методов исследования в акушерскую практику позволило получить новые данные о течении физиологического и осложненного послеродового периода, что позволяет с новых позиций оценить тактику ведения родильниц после самопроизвольных и оперативных родов. Правильное ведение послеродового периода позволяет избежать многих осложнений как после родов, так и в дальнейшей жизни женщины.

Известная монография F. Fromme «Физиология и патология послеродового периода» (переведена с немецкого языка) была издана в 1911 г., т.е. почти 100 лет назад, а за это время появилось много новых технологий и эффективных средств и методов лечения. Заслуживает внимания монография А.Н. Стрижакова и соавт. «Физиология и патология послеродового периода» (2004), в которой с современных позиций освещены многие вопросы, касающиеся послеродового периода.

Однако до настоящего времени нет единого мнения в определении послеродового периода, его деления на ранний и поздний периоды, нет четкой классификации послеродовых осложнений. Имея большой опыт работы по послеродовому периоду, мы с современных позиций попытались осветить вопросы ведения послеродового периода после самопроизвольных родов и абдоминального родоразрешения, лактации, совместного пребывания матери и ребенка, контрацепции, вопросы иммунизации родильниц и новорожденных, а также тромбоэмболические осложнения, психоэмоциональные расстройства у родильниц, влияние родов на здоровье матери.

В книге приведены основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья матери и ребенка, систематизированы данные литературы, а также обобщены результаты собственных наблюдений и клинико-физиологических исследований.

Глава 1. Физиологические изменения в организме родильницы после родов.

Послеродовым (пуэрперальным) периодом называют период, начинающийся после рождения последа и продолжающийся 6-8 нед. Данная дефиниция не совсем точна, так как, согласно МКБ-10 —

5.8.1. (1995), материнская смертность, связанная с беременностью, исчисляется в течение 42 дней после родов. Поздняя материнская смертность определяется как превышающая 42 дня после родов, но не более 1 года после родов.

Начало пуэрперального периода можно установить точно, но совершенно определенных признаков его окончания не существует. Причина этого заключается в том, что процесс обратного развития всех органов и систем (инволюция) происходит не с одинаковой быстротой и зависит от целого ряда факторов, связанных как с конституциональными особенностями каждого организма, так и с различными внешними условиями (покой, уход, питание и др.).

Послеродовой период совпадает с началом формирования новых семейных связей. Болезнь матери или ребенка может нарушить этот процесс (Силвер Х., Смит Л., 1999).

В течение 6-8 нед после родов происходит инволюция органов и систем, которые подверглись изменениям в связи с беременностью и родами. У первородящих беременность и особенно роды обычно оставляют после себя следы, не исчезающие в течение всей жизни женщины.

В послеродовом периоде в центральной нервной, сердечнососудистой, эндокринной, мочевыделительной, пищеварительной, иммунной и других системах организма родильницы происходят интенсивные процессы морфофункциональной перестройки. Наиболее выраженные изменения наблюдаются в эндокринной, половой системах и молочных железах. Функция молочных желез достигает своего расцвета в послеродовом периоде. Темп инволюционных процессов максимально выражен в первые 8-12 дней после родов.

Ближайшие 2 ч после родов, а по данным зарубежных авторов 1 ч, называется ранним послеродовым периодом.

1.1. Инволюция в половой системе (матка, маточные трубы, яичники, влагалище, связочный аппарат, мышцы промежности) после родов

Во время беременности матка значительно увеличивается в размерах и массе за счет накопления коллагена, гипертрофии и гиперплазии гладкомышечной ткани. После рождения плода и последа размеры матки значительно уменьшаются из-за резкого сокращения ее мускулатуры, вследствие чего снижается кровоснабжение матки и начинается процесс обратного развития (физиологическая инволюция). Из-за уменьшения притока крови цитоплазма мышечной клетки подвергается жировому перерождению, а вновь образовавшиеся мышечные клетки — жировой дистрофии и резорбции. В послеродовом периоде в матке происходит чрезвычайно интенсивная резорбция коллагена. Деградация коллагена осуществляется под действием коллагеназы, после чего фрагменты коллагеновых фибрилл фагоцитируются клетками и лизируются в лизосомах (Рывняк В.В., 2001). Ведущая роль в лизисе коллагена принаджлежит катепсину В (Maciewitz R. et al., 2001; Reddy V. et al., 2005).

Большую роль в накоплении лизосом и их ферментов играет снижение содержания прогестерона и эстрогенов в послеродовом периоде. Максимальное повышение активности лизосомных ферментов приходится на 4-й день после родов и сопровождается интенсивным распадом коллагена. К 4-му дню послеродового периода более 85% коллагена подвергается обратному развитию. К концу 4-й недели пуэрперия активность лизосомных ферментов возвращается к таковой у здоровых небеременных женщин (Чешем К. и др., 2008).

В резорбции коллагена активное участие принимают гладкомышечные клетки (ГМК), которые секретируют в межклеточное пространство протеиназы, активируют проколлагеназу

и могут самостоятельно синтезировать коллагеназу. Незначительная часть коллагена резорбируется ГМК внутриклеточно путем фагоцитоза и последующего лизиса в фаголизосомах. Интенсивный внеклеточный катаболизм соединительной ткани происходит в основном благодаря ГМК, тогда как внутриклеточный лизис коллагена осуществляется, как правило, макрофагами и фибробластомами (Рывняк В.В. и др., 2009; Kaidi R. et al., 2001).

Помимо расщепления коллагена, макрофаги и фибробласты участвуют в процессе резорбции ГМК — гетерофагии, которая осуществляется посредством фагоцитоза и лизиса. В свою очередь лизосомы ГМК миометрия вовлечены в аутофагию, в результате которой происходят уменьшение размеров миоцитов, гибель клеток и снижение количества ГМК, что обеспечивает инволюцию матки в послеродовом периоде. В послеродовом периоде также происходит облитерация многих кровеносных сосудов матки.

Размеры и масса матки после родов быстро уменьшаются. Непосредственно после родов масса матки составляет около 1000 г, к концу 1-й недели пуэрперия уменьшается до 500 г, к концу 2-й недели —до 300 г, к 3-й неделе — до 200 г, а к 6-7-й неделе составляет 50-70 г. К концу 1-х суток дно матки находится на уровне пупка 14-16 см над лоном. В последующие дни высота стояния дна матки уменьшается на 1-2 см в сутки, и на 5-е сутки пуэрперия оно находится на середине расстояния между лоном и пупком, к 10-м суткам у лона, к концу 2-й недели — за лоном.

Однако общепринятое клиническое определение высоты стояния дна матки не позволяет точно судить о ее размерах и объективно оценивать динамику их уменьшения, особенно у женщин с ожирением, после кесарева сечения, когда в брюшной полости имеется выраженный спаечный процесс. В последние годы для контроля за течением инволюционных процессов в матке и выявления патологических изменений широко применяется ультразвуковое сканирование (Стрижаков А.II. н др., 2001; LaveryJ., Shaw I,., 2009; Van Moe L. et al., 2005). Эхографические исследования показали, что в первые дни после родов матка занимает срединное положение и представляет собой образование средней эхогенности с однородной внутренней структурой. При поперечном сканировании форма ее тела приближается к овальной, при продольном сканировании к эллипсоидной.

При эхографическом исследовании матки для оценки скорости и характера инволюционных процессов в динамике измеряют длину, ширину, переднезадний размер ее тела, а также размер ее полости.

Ранее (Fromme F., 2011) для определения длины полости матки производили ее зондирование.

Для большей информативности линейных параметров оценки инволюции матки А.Н. Стрижаков и соавт. (1987) предложили определять объем матки (V) по формуле: V = 0,5236х Ах Вх С, где А — длина тела матки, см; В — ширина, см; С — переднезадний размер, см.

На инволюцию послеродовой матки влияют особенности течения родовой деятельности, частота, сила и длительность послеродовых схваток, состояние лактационной функции у родильницы, наличие и характер оперативного вмешательства на матке.

Наружная гистерография также позволяет судить об инволюции послеродовой матки (Молчанова Г.Я., 1968). У родильниц, перенесших слабость родовой деятельности, сократительная активность послеродовой матки снижена в 2,8 раза, а после кесарева сечения — в 3 раза по сравнению с физиологическими родами. Послеродовая инволюция матки происходит быстрее у кормящих матерей, что объясняется воздействием окситоцина, который выделяется гипофизом в ответ на раздражение сосков молочной железы во время кормления ребенка (маммарно-маточный рефлекс).

Сразу после родов сокращения в области перешейка (нижнего сегмента) и шейки матки выражены слабо (толщина стенки в этих отделах составляет лишь 0,5 см).

Шейка матки после родов имеет вид тонкостенного мешка. Широко зияющий наружный зев с надорванными краями свисает во влагалище. Диаметр внутреннего зева непосредственно после родов составляет 10-12 см, а весь шеечный канал свободно пропускает в полость матки кисть акушера.

Инволюция шейки матки отличается от инволюции тела матки. Раньше всех других отделов в шейке матки начинает сокращаться внутренний маточный зев. Через 10-12 ч после родов он определяется в виде толстой каймы. Канал шейки матки в связи с этим приобретает воронкообразную форму. Через 3 сут внутренний зев пропускает один поперечник пальца. Быстрое уменьшение диаметра внутреннего зева связано с сокращением циркулярных мышечных волокон, окружающих его. Формирование шеечного канала происходит значительно медленнее — оно заканчивается к концу 10-х суток. К этому моменту полностью закрывается внутренний зев. Наружный маточный зев смыкается к концу 3-й недели и принимает щелевидную форму. Первоначально округлая форма наружного зева не восстанавливается из-за боковых надрывов шейки в родах, что в судебно-медицинской экспертизе является фактором имевших место родов. Следует подчеркнуть, что формирование шейки матки после родов происходит в обратной последовательности: у первородящих первым раскрывается внутренний зев.

Наряду с инволюционными процессами в мышце матки существенные изменения происходят на внутреннем поверхности матки, процесс заживления которой начинается с распада и отторжения обрывков губчатого слоя децидуальной оболочки, сгустков крови, тромбов. Этому способствуют протеолитические ферменты и биологические активные вещества, образующиеся, в частности, при распаде лейкоцитов и микроорганизмов. В течение 3 дней поверхностный слой децидуальной оболочки некротизируется, отторгается и выделяется из матки. Базальный слой, содержащий эндометриальные железы, и является источником регенерации эндометрия. С полости матки эпителизируются к 7-10-м суткам, поданным N. Кгап/Ыап и соавт. (2004), — к 16-м суткам пуэрперия. Эпителизация плацентарной площадки происходит за счет роста эндометрия с соседних с ней участков и желез в области плацентарной площадки и завершается к концу 2-3-й недели, а восстановление нормальной толщины слизистой оболочки — к 6-8-й неделе послеродового периода.

При физиологическом течении послеродового периода 3-4 дня полость матки остается стерильной. В очищении внутренней поверхности матки большая роль принадлежит фагоцитозу и внеклеточному протеолизу. Протеолитические ферменты и антитоксины уничтожают бактерии и нейтрализуют токсины. На внутренней поверхности матки с первых часов послеродового периода обнаруживаются микроскопические изменения в более глубоких слоях — мелкоклеточная лимфоцитарная инфильтрация. Она определяется во всем мышечном слое матки, но более всего выражена вблизи внутренней поверхности — это грануляционный вал, который формируется к 3- 4-м суткам пуэрперия. По мере инволюции матки мелкоочаговая инфильтрация исчезает. Распадающиеся частицы децидуальной оболочки, сгустки крови, слизь и другие отторгающиеся тканевые элементы представляют собой раневой секрет, называемый лохиями (от греч. lochia —роды). Лохии имеют своеобразный прелый запах, нейтральную или щелочную среду. За 7 дней пуэрперия количество лохий составляет примерно 300-500 мл. Количество и характер лохий зависят от процессов эпителизации и регенерации раневой поверхности в матке. В первые 2 дня после родов лохии имеют ярко-красный цвет (lochia rubra), с 3-го дня их цвет изменяется и становится буровато-красным с коричневым оттенком (lochia fusca), с 7-8-го дня из-за обилия лейкоцитов они становятся желтовато-белыми (lochia flava, lochia serosa), с 10-го дня - белыми (lochia alba).

Ранее считали, что лохии выделяются в течение примерно 2 нед после родов. По данным L. Oppenheimer и соавт. (1986), C. Visness и соавт. (1997), этот процесс продолжается от 4 до 8 нед (56 дней) после родов. Возраст родильницы, паритет, масса плода и грудное вскармливание не влияют на длительность выделения лохий.

В наши дни представления о процессах, происходящих на внутренней поверхности матки после родов, изменились (Кулаков В.И., Прошина И.В., 1994; Никонов А.П., 1993).

В первые дни после родов внутренняя поверхность матки представляет собой обширную рану, морфофункциональные изменения в которой сходны с таковыми при

неосложненном раневом процессе в хирургии. В первые дни (до 3-4 сут) наблюдается первая фаза, обусловленная механической травмой тканей после отделения последа, которая имеет все признаки воспаления: наличие некротических масс в полости матки и их выраженная лимфо- и лейкоцитарная инфильтрация, выпадение фибрина, развитие метаболического ацидоза, отек и гиперемия тканей матки. Отличительной чертой этой воспалительной реакции является ее строгая локализация в пределах нежизнеспособных тканей без перехода на эндо- и миометрий. В лизисе некротически измененных тканей в полости матки в качестве биологического окислителя непосредственное участие принимают и условно-патогенные микроорганизмы (эпидермальный стафилококк, энтеробактерии, грамположительные палочки, энтерококки и др.). К 6-8-м суткам после родов наблюдается переход от фазы воспаления ко второй фазе — регенерации.

Для оценки физиологического течения послеродового периода проводится цитологическое исследование лохий. В первые 3-4 сут отмечается воспалительный тип цитограмм: нейтрофилы 70-80%, лимфоциты 18%, моноциты и полибласты 6-7%, макрофаги единичные. Па 5-8-е сутки выявляется воспалительно-регенеративный тип цитограмм: количество нейтрофилов уменьшается до 60-65%, количество лимфоцитов увеличивается до 25%, недифференцированные полибласты, фибробласты, моноциты и макрофаги составляют 10-15%. Микробные клетки наблюдаются в небольшом количестве в состоянии активного фагоцитоза. На 9-14-е сутки отмечается регенеративный тип цитограмм: нейтрофилы составляют 40-50%, значительно увеличено количество моноцитов, полибластов, фибробластов, макрофагов, выявляются эпителиальные клетки, что свидетельствует о физиологическом восстановлении раневой поверхности матки (Фурсова З.К. и др., 1991).

Объективную картину изменений состояния полости матки и ее содержимого позволяет получить трансвагинальное ультразвуковое сканирование. В первые 3 дня послеродового периода полость матки определяется как эхонегативная структура, расширяющаяся в нижней трети (область нижнего сегмента). Переднезадний размер полости матки на уровне тела колеблется от 0,4 до 1,5 см, нижнего сегмента — от 0,7 до 2 см. К концу 1-й недели послеродового периода переднезадний размер полости матки на уровне тела уменьшается на 40%, нижнего сегмента — на 20%. К 7-9-м суткам переднезадний размер полости матки не превышает 1-1,1 см. (Стрижаков А.I I. и др., 2008).

При физиологическом течении послеродового периода сократительная активность, тонус матки и последовательные изменения толщины ее стенок обеспечивают поддержание формы матки, способствующей активному оттоку лохий от дна к шейке матки. При трансвагинальном ультразвуковом исследовании (УЗИ) на 3-и сутки в полости матки на уровне ее тела в 92% определяются неоднородные эхоструктуры, свидетельствующие о наличии лохий. На уровне нижнего сегмента в этот период они отмечаются в 100% наблюдений. К концу 1-й недели частота выявления эхоструктур на уровне тела уменьшаются в 2 раза, тогда как в области нижнего сегмента эхо- структуры встречаются в 75% наблюдений (Баев О.Р., 1987, 1998).

В течение беременности наблюдается тенденция к снижению численности некоторых групп микроорганизмов в половых путях (аэробные грамположительные кокки и грамотринательные палочки, анаэробные грамположительные и грамотрицательные кокки, анаэробные грамотрицательные палочки). При этом несколько нарастает количество лактобактерий. Эти изменения наблюдаются постоянно, и ребенок рождается в среде, содержащей микроорганизмы с низкой вирулентностью (Ларсен Б., 1988).

После родов в составе микрофлоры родовых путей происходят значительные изменения. В 1-е сутки после родов в полости матки, цервикальном канале, влагалище и на коже промежности количество микроорганизмов значительно снижено. Однако достаточно быстро существенно увеличивается состав большинства групп бактерий, включая Bacteroides spp., Esherichia coli, Streptococcus B и f) spp. (Коршунов В.М. и др., 2009; Larsen B., 2003).

Следует отметить, что в начале послеродового периода снижается редокс-потенциал тканей, увеличивается pH содержимого влагалища до нейтральной и щелочной реакции. Это

связано с наличием большого количества некротизированных фрагментов тканей и элементов крови в лохиях. На этом фоне снижается общее количество лактобацилл и увеличивается количество облигатно-анаэробных бактерий. В шейке матки число анаэробных видов на 1 культуру возрастает с 2,5 в III триместре до 4,9 на 3-й день после родов. Также происходит некоторое увеличение числа видов факультативных микроорганизмов (Esherichia coli, Proteus spp., Pseudomonas spp., Enterobacterspp., Klebsiella spp. и др. (Анкирская А.С., Муравьева В.В., 2010).

На 3-5-й день послеродового периода микрофлора кожи промежности представлена условно-патогенными микроорганизмами: Staphylococcus epidermidis, Staphylococcus aureus, Corynebacterium spp., Esherichia coli, Enterococcus spp., Proteus spp., дрожжеподобными грибами Candida spp. и др. (Тарасова Н.И. и др., 1999).

Следовательно, численность важнейших групп микроорганизмов, таких, как грамотрицательные факультативно-анаэробные палочки и большинство анаэробных видов, возрастает после родов. Уменьшается количество лактобацилл, наблюдается экспансия влагалищной микрофлоры в шейку матки. В этот период восприимчивость организма женщины к инфекции возрастает, имеется повышенный риск развития эндометрита (Гуртовой Б.Л. и др., 1981).

При неосложненном течении послеродового периода в течение 2-3 нед популяция лактобацилл восстанавливается, а количество условно-патогенной микрофлоры снижается. В последующем микроэкология влагалища родильниц, как и женщин репродуктивного возраста, представлена более чем 40 видами микроорганизмов и состоит из постоянно обитающих (индигенная, аутохтонная микрофлора) и транзиторных (аллохтонная, случайная микрофлора) микроорганизмов. Индигенная микрофлора доминирует по численности (до 95-98%), хотя количество видов, представляющих ее, невелико, в отличие от видового разнообразия транзиторных микроорганизмов, общая численность которых в норме не превышает 3-5%. Во влагалищной среде доминируют Lactobacillus spp., чаще выделяются следующие виды: L. acidophilus, L. brevis, Ljensenii, L. leishmanii, L. plantarum. Эстрогензависимая способность лактобацилл к адгезии на эпителиальных клетках влагалища с образованием защитной биопленки, продукция перекиси водорода и антибиотикоподобных веществ, способность при ферментативном расщеплении гликогена образовывать молочную кислоту, снижающую уровень pH, способствуют ограничению роста сопутствующих лактобациллам многочисленных видов условно-патогенной микрофлоры. Среди транзиторных микроорганизмов влагалища чаще выделяются коагулазоотрицательные стафилококки, в первую очередь Staphylococcus epidermidis, кроме того, обнаруживаются Corynebacterium spp., Bacteroides spp., Prevotella spp., Mycoplasma hominis, Micrococcus spp., Propionbacterium spp., Eubacterium spp., Clostridium spp., Ureaplasma urealyticum, Actinomyces spp., Fusobacterium spp., Escherichia coli, Gardnerella vaginalis, Candida spp. и др. (Анкирская А.С. и др., 1999, 2000; Larsen B., 2013; Mardh P.A., 2001; Menta A. et al., 2005).

Маточные трубы во время беременности и родов из-за усиленного кровенаполнения утолщены и удлинены. В послеродовом периоде в течение 2 нед гиперемия и отек постепенно исчезают и маточные трубы приобретают исходный до беременности вид. Трубы вместе с маткой опускаются в полость малого таза и к 10-му дню принимают обычное горизонтальное положение.

В яичниках в послеродовом периоде заканчивается регресс желтого тела и начинается созревание фолликулов. Вследствие выделения большого количества пролактина у кормящих женщин менструация отсутствует в течение нескольких месяцев или всего времени кормления грудью. У большинства некормящих грудью женщин менструации восстанавливаются на 6-8-й неделе после родов. По данным N. Franzblau и соавт. (2004), в среднем менструации восстанавливаются через 7-8 нед, а у женщин, не кормящих грудью, наблюдали овуляцию через 27 дней.

Первая менструация после родов, как правило, происходит на фоне ановуляторного цикла. В дальнейшем овуляториые циклы восстанавливаются. У некоторых женщин

овуляция и наступление беременности возможны в течение первых месяцев после родов даже на фоне кормления ребенка.

Связочный аппарат матки восстанавливается к концу 3-й недели после родов.

Влагалище после родов широко раскрыто. Нижние отделы его стенок выдаются в зияющую половую щель. Стенки влагалища отечны, сине-багрового цвета. На их поверхности обнаруживаются трещины, ссадины. Поперечная складчатость у первородящих хорошо выражена. Стенки влагалища благодаря их эластичности сокращаются. Ссадины и надрывы заживают к 7-8-му дню послеродового периода. Половая щель смыкается, но не полностью. Девственная плева представлена в виде сосочков (caruncula myrtiformis).

По данным N. Franzblau и соавт. (2014), повышенное кровоснабжение влагалища и отек исчезают к 3-й неделе пуэрперия и появляются складки влагалища у женщин, которые не кормят грудью, влагалищный эпителий (по данным исследования мазка) атрофичный. У женщин, кормящих грудью, вагинальный эпителий восстанавливается к 6-10-й неделе, что объясняется резким снижением уровня эстрогенов.

Мышцы промежности, если они не травмированы, начинают восстанавливать свою функцию уже в первые дни, и приобретают обычный тонус к 10-12-му дню пуэрперия. По данным D. Danforth (2011), N. Franzblau и соавт. (2014), мышцы промежности приходят в нормальное состояние к 6-й неделе после родов.

Мышцы передней брюшной стенки постепенно восстанавливают свой тонус к 6-й неделе послеродового периода. Иногда остается некоторое расхождение прямых мышц живота, прогрессирующее при последующих родах. Багровые рубцы беременности (stria gravidarum) на поверхности кожи постепенно бледнеют и остаются в виде белесоватых морщинистых полосок. Выраженность рубцов беременности зависит от количества соединительной ткани.

Мочевой тракт.

В течение 12-18 ч после родов слизистая оболочка мочевого пузыря и мочеиспускательного канала отечна и гиперимирована. Нередко отмечаются атония мочевого пузыря и задержка мочеиспускания. Дилатация верхнего мочевого тракта может сохраняться 3-6 нед. У 40% женщин отмечается белок в моче, который исчезает в течение 24-36 ч.

Таким образом, в послеродовом периоде изменения в половой системе характеризуются развитием инволюционных процессов в миометрии, морфофункциональным восстановлением слизистой оболочки матки и влагалища, функция молочных желез достигает расцвета.

В первые 2-3 нед послеродового периода имеется высокий риск развития гнойно-воспалительных осложнений, обусловленный наличием входных ворот инфекции (раневые поверхности в полости матки, шейке и влагалище), большого количества некротизированных фрагментов децидуальной оболочки и сгустков крови (питательная среда), изменениями в составе микрофлоры половых путей (снижение численности лактобацилл и увеличение количества условно-патогенных микроорганизмов).

1.2. Изменения в молочных железах, становление лактации после родов

Во время беременности наступает морфофункциональная зрелость *молочных желез.* Изменения в молочной железе и становление лактации обусловлены гормональными процессами, которые обеспечиваются влиянием эндокринной системы матери (гипофиз, щитовидная железа, яичники, надпочечники, поджелудочная железа), плода и плаценты (Сметник В.П., 2000).

Развитие *молочных протоков* во время беременности обусловлено влиянием высоких концентраций эстрогенов, соматотропного гормона, пролактина и кортизола. Развитие дольчатоальвеолярной системы происходит под влиянием прогестерона и плацентарного лактогена.

В связи с родами резко снижается уровень прогестерона и эстрогенов и устраняется ингибирующее влияние прогестерона на продукцию а-лактальбумина эндоплазматическим ретикулулом. Увеличение содержания а-лактальбумина стимулирует синтез лактозы и повышение ее уровня в молоке. Снижение уровня прогестерона позволяет пролактину стимулировать продукцию а-лактальбумина (Porter J., 2014).

Основным гормоном, контролирующим образование молока, является пролактин, который синтезируется лактоферами гипофиза и секретируется эпизодически с интервалами 30- 40 мин между пиками. Выделяемый пролактин имеет различную амплитуду и накладывается на постоянную базальную секрецию. Концентрация пролактина достигает максимума через 6-8 ч после начала сна.

Установлено, что пролактин выполняет множество функций: участвует в синтезе протеинов молока (глобулина, а- лактальбумина), регулирует синтез лактозы (основного углеводного составляющего молока), способствует отложению и мобилизации жира, усиливает реакцию инсулина на глюкозу и др. Основная биологическая роль пролактина — регуляция лактации. Синергистами пролактина в обеспечении лактогенеза и лактации является гипоталамический тиреогропин-рилизинг-гормон, гормоны гипофиза — соматотропный, адренокортикотропный (АКТГ), тиреотроипый, а также окситоцин, вазопрессин, кортизол, тироксин, паратгормон, плацентарный лактоген, эстрогены, ангиотензип, серотонин, инсулин, гистамин и др.

В развитии молочной железы и секреции молока важную роль играет инсулин (Williams Obstetrics, 2011).

Пролактин, гормоны яичников и плаценты, взаимодействуя в конце беременности, вызывают полную экспрессию генома молочной железы.

Способствует лактации раннее прикладывание ребенка к груди, которое стимулирует высвобождение пролактина и окситоцина. Стресс и страх уменьшают синтез и выделение пролактина за счет повышенного синтеза дофамина (ингибитора пролактина). В течение первых 2-3 дней после родов пролактин вызывает нагрубание и болезненность молочных желез, так как альвеолы растягиваются молозивом. Окситоцин, выделяемый задней долей гипофиза, способствует сокращению миоэпителиальных клеток, окружающих альвеолы и мелкие протоки, и молоко выдавливается в более крупные протоки и молочные синусы. Кроме того, окситоцин подавляет выделение дофамина и таким образом стимулирует лактацию (Серов В.Н., Маркин С.А., 2003).

Важным фактором, влияющим на продукцию пролактина, является нервно-рефлекторное воздействие, возникающее в ответ на тактильное механическое раздражение периферических рецепторов, расположенных на соске молочной железы при сосании ребенка (или использовании молокоотсоса).

Увеличение секреции пролактина во время беременности индуцируется эстрогенами, и к концу беременности она достигает уровня, в 10 раз превышающего таковой у здоровых небеременных женщин.

Концентрация пролактина резко снижается во время активной фазы родов, достигая минимального значения за 2 ч до родоразрешения. Непосредственно перед родами и сразу после них происходит резкий выброс пролактина, достигающий пика в течение первых 2 ч. В последующие 5 ч он несколько снижается и остается на относительно высоком уровне с резкими колебаниями в течение ближайших 16 ч. В первые 2 сут концентрация эстрогенов быстро снижается, в результате ослабляется их тормозящее влияние на пролактин и резко увеличивается количество рецепторов пролактина в железистой ткани молочной железы, в связи с чем активизируются процессы лактогенеза и начинается лактация. Концентрация пролактина достигает максимума на 3-6-е сутки и остается высокой в течение 10 дней послеродового периода. В первые 2-3 нед после родов уровень гормона превышает таковой у небеременных женщин в 10-30 раз. К 3-4-му, а иногда к 6-12-му месяцу лактации концентрация пролактина приближается к базальному уровню у небеременных женщин (Йен С.С.К., Джаффе Р.Б., 2008).

Проведенные исследования выявили зависимость между содержанием пролактина в сыворотке крови родильниц и количеством секретируемого молока, что согласуется с данными отечественных и зарубежных авторов.

Установлено, что в конце беременности содержание гормона было довольно высоким. Затем в 1-е сутки отмечено его снижение в крови у всех родильниц. Статистически достоверных различий в группах обследованных родильниц на данном этапе не установлено.

Начиная с 3-х суток выявлено повышение содержания пролактина. Во всех группах его максимум наблюдался на 5-е сутки. 11аиболее достоверные показатели отмечались у родильниц после самопроизвольных родов. На 7-е сутки после родоразрешения наблюдается снижение уровня пролактина в сыворотке крови родильниц обеих групп. Однако после операции данный показатель приближается к таковому, характерному для 1-х суток, тогда как после самопроизвольных родов он был выше. Достоверных различий содержания пролактина в зависимости от времени проведения операции в разные сроки исследования не выявлено ($p > 0,05$).

Установлена зависимость между содержанием пролактина в сыворотке крови и количеством секретируемого молока начиная с 5-х суток при самопроизвольных родах и абдоминальном родоразрешении.

После абдоминального родоразрешения отмечено значительное укорочение периода лактации. Так, ее средняя продолжительность составила 1,5±0,7 мес, несмотря на желание продолжить естественное вскармливание, тогда как родильницы после самопроизвольных родов продолжали грудное вскармливание в течение 5,3±0,5 мес.

После абдоминального родоразрешения выявлено более позднее и длительное становление лактации, чем после самопроизвольных родов, высоки частота развития гипогалактии и быстрое прекращение лактации в дальнейшем. Мы полагаем, что это связано не только с операцией как таковой, но и с наркозом, величиной кровопотери, а также с отягощенным течением беременности и родов, сопутствующей экстрагенитальной патологией, поздним грудным вскармливанием, необходимостью соблюдения низкокалорийной диеты в период становления лактации и др.

Несмотря на снижение концентрации пролактина и растормаживание гипоталамо-гипофизарной системы с включением менструального цикла, у здоровой женщины, продолжающей грудное вскармливание ребенка, лактация не прерывается. Сохранение лактационной функции в этот период зависит от частоты прикладывания ребенка к груди, регулярности ее опорожнения и не связано с продолжительностью акта сосания. У женщин, часто прикладывающих новорожденного к груди, в крови концентрация пролактина высокая. Во время сосания уровень его повышается на 5%, через 15 мин — на 28%, через 30 мин — на 38%, через 1 ч — на 20%, через 2 ч — на 10% (Бахаев В. В. и др., 2006). Выброс пролактина обеспечивает сохранение и стабильность лактопоэза и способствует накоплению молока в промежутке между кормлениями. Раздражение области соска и ареолы активно сосущим ребенком формирует устойчивый нейроэндокринный (пролактиновый) рефлекс у родильницы, который возникает в условиях раннего прикладывания новорожденного к груди и закрепляется при его частом кормлении. Имеют значение также активность и сила сосания молока ребенком. При механическом раздражении соска во время сосания возникающие сигналы передаются по афферентным путям спинного мозга, достигают гипоталамуса и вызывают быструю реакцию нейросональной системы, которая контролирует выделение пролактина и окситоцина. Окситоцин вызывает вазодилатацию в молочной железе, что сопровождается увеличением скорости кровотока и повышением температуры ткани. Кроме того, окситоцин повышает сокращение миоэпителиальных клеток альвеол и долевых протоков молочных желез, обеспечивая галактокинез, при котором механизмы экструзии (выделения) молока могут быть различными. Первый — мерокриновый тип — характеризуется выходом секрета, главным образом белковых гранул, через неповрежденную оболочку секреторной клетки или отверстия в ней и не сопровождается гибелью клеток. Второй — леммокриновый тип, при котором секрет выделяется с частью

плазматической мембраны и незначительно нарушает жизнедеятельность клеток. Третий - апокриновый тип, при котором секрет отделяется от клетки вместе с ее апикальной частью или расширенными микроворсинками. После отшнуровывания части клетки лактоцит вновь достигает своей прежней величины, и начинается новый цикл секреции. Четвертый — голокриновый тип, при котором секрет выделяется в просвет альвеолы вместе с клеткой, на этом этапе происходит гибель лактоцита. Этот тип секреции постоянно поддерживается интенсивными митозами секреторного эпителия (Воронцов И.М. и др., 2003; Фотиева Е.М., Царегородская Ж.В., 2000).

Разные типы экструзии секрета отражаются на качественном составе молока. Так, накопление в альвеолярных полостях и синусах железы молока в промежутке между кормлениями осуществляется за счет экструзии мерокринового и леммокринового типов. Это молоко содержит несколько меньше жира, чем то, которое формируется при включении апокриновой или голокриновой экструзии. Поэтому ребенок в начале акта сосания получает так называемое «переднее» молоко с низкой жирностью. При реализации рефлекса молоко-выделения во время активного сосания ребенка происходит включение апокриновой, а иногда и голокриновой секреции, что приводит к формированию «заднего» молока с более высокой жирностью и энергетической ценностью. Концентрация белка в «заднем» молоке увеличена до 25-30 г/л, жира — до 85 г/л. Скорость секреции молока в молочной железе относительно невелика и составляет в среднем 1-

2 мл на 1 г ткани в день. Кормящая женщина выделяет в среднем 500-600 мл молока в день. Выделение молока начинается через несколько минут после начала сосания. Давление в молочной железе изменяется волнообразно, имеет один пик в минуту и снижается вскоре после сосания. Таким образом, секреция молока регулируется гипоталамо-гипофизарной системой и обусловлена действием двух взаимосвязанных рефлексов: молокообразования и молокоотдачи (Кулагина Н.В., 1996).

Выделению молока способствует крик ребенка, а угнетению — испуг или стресс.

Молокообразование зависит от степени развития ткани молочной железы, питания родильницы, состояния ребенка, внешних факторов и др.

Функциональная активность молочной железы коррелирует со степенью ее васкуляризации. С помощью тепловизионного метода выявлено три типа сосудистого рисунка молочной железы: I тип мелкосетчатая гиперваскуляризация, II тип — крупносетчатая васкуляризация, III тип — неравномерная гиперваскуляризация линейного типа. Наибольшая секреторная активность молочной железы наблюдается при мелкосетчатой гиперваскуляризации (на 5-е сутки послеродового периода выделяется 900-1000 мл молока), наименьшая — при линейном типе васкуляризации (240-300 мл). При II типе кровообращения молочной железы суточное количество молока составляет 400-500 мл (Кочиева С.К. и др., 2002; Чернуха Е.А. и др., 1996).

Секрет молочных желез, вырабатывающийся в первые 2-3 дня после родов, называется молозивом (colostrums). По сравнению со зрелым молоком в нем содержится больше минералов и белка, в основном глобулина, меньше сахара и жиров. В молозиве содержится большое количество антител, иммуноглобулина А, защищающего новорожденного от кишечных патогенов. В молозиве и молоке находятся макрофаги, лимфоциты, лактоферрин, лактопероксидаза, лизоцим.

Секрет, выделяющийся из молочной железы на 3-4-й день лактации, называется переходным молоком. В среднем к 4-5-му дню пуэрперия переходное молоко превращается в зрелое грудное молоко, которое представляет собой суспензию жира и белка в углеродсодержащем минеральном растворе. Основными компонентами молока являются белки, лактоза, жиры, минералы, витамины, вода. Незаменимые аминокислоты поступают в молоко непосредственно из крови матери, а заменимые — частично из крови матери, а частично синтезируются в молочной железе. Белковые фракции женского молока идентичны белкам сыворотки крови. Главными белками считаются лактальбумин, лактоглобулин и казеин (Воронцов И.М. и др., 1993; Фотиева Е.М., Царегородская Ж.В., 2000).

В грудном молоке содержится большое количество интерлейки- на-6 (Saito S. et al., 2011). Пик содержания цитокинов выявлен в молозиве. В грудном молоке находятся иммуноглобулин А, пролактин, эпидермальный фактор (Koldovsky O. et al., 2011; McCleary M.,2013) .

В грудном молоке обнаружены все витамины, кроме витамина К, поэтому после родов с целью профилактики геморрагических нарушений необходимо его дополнительное введение новорожденным.

Важное значение имеют иммунологические аспекты грудного вскармливания. При кормлении ребенка грудным молоком формируется его иммунная защита против инфекций. В молоке выявлены иммуноглобулины G, A, M, D (Korhonen H. et al., 2010). Антитела, находящиеся в молозиве и молоке, плохо всасываются через стенку кишечника, однако их роль все же значительна. Установлено, что иммуноглобулин А содержит антитела к Escherichia coli (Gravioto A. et al., 2011) и предотвращает проникновение бактерий через стенку кишечника (Samra H. et al., 2004). Более того, грудное молоко обеспечивает защиту от ротавирусной инфекции, которая проявляется гастроэнтеритом (Newburg D. et al., 2008).

В грудном молоке содержатся Т- и В-лимфоциты, но Т-лимфоциты отличаются от Т-лимфоцитов крови. Интерлейкин-6, находящийся в молозиве, стимулирует увеличение количества мононуклеарных клеток в грудном молоке (Saito S. et al.,2011).

Общее количество лейкоцитов в молоке в первые дни лактации составляет 1-2 млн/мл, затем оно снижается. Высокое содержание лейкоцитов в молоке необходимо для обеспечения защитной реакции организма. При длительной задержке молока происходят необратимые повреждения и инволюция железистого эпителия (Бахаев В.В. и др., 1996).

У женщин, у которых продолжается лактация при наличии овуляции, отмечено изменение состава молока за 5-6 дней до и 6-7 дней после овуляции. Уровень натрия хлорида повышается, содержание калия, лактозы и глюкозы снижается. При наступлении беременности у кормящих матерей секреторная функция молочной железы увядает (Hartmann P., Prosser C., 2004).

По окончании лактации в молочной железе происходят инволюционные изменения, т.е. прекращаются пролиферативпые и секреторные процессы, а паренхима и строма частично замещаются жировой тканью.

Беременность, роды и грудное вскармливание снижают чувствительность к канцерогенам и риск развития злокачественных процессов в молочной железе. (Russo I. et al., 2008).

Согласно результатам наблюдения, опубликованного в томе 360, № 9328 британского медицинского журнала «Ланцет», указывается, что чем дольше женщина кормит грудью, тем лучше она защищена от рака молочной железы. В нем подчеркивалась профилактическая роль деторождения и грудного вскармливания. Ученые проанализировали данные о почти 150 тыс. женщин, участвовавших в 47 эпидемиологических исследованиях в 30 странах. Данные включали информацию об особенностях грудного вскармливания и других аспектах деторождения у женщин, страдающих раком молочной железы, и у здоровых женщин.

Другое сообщение было опубликовано исследователями Йельского медицинского университета в Нью-Хейвене, штат Коннектикут. В нем указывается, что грудное вскармливание в течение года снижает риск развития рака молочной железы у матери примерно на 50% по сравнению с женщинами, которые никогда не кормили грудью. При проведении исследования, в котором сравнивалась группа, включавшая около 500 жительниц Коннектикута с недавно выявленным раком молочной железы, и группа здоровых женщин примерно того же возраста, было обнаружено, что у женщин, кормивших ребенка грудью более 13 мес или вскормивших грудью более 3 детей, риск развития рака молочной железы был в 2 раза ниже, чем у женщин, никогда не кормивших грудью.

Благотворное для матери и ребенка грудное вскармливание считается одним из немногих факторов, сдерживающих развитие рака молочной железы, и одним из важнейших факторов, положительно влияющих на здоровье ребенка. Согласно информации

Национального центра профилактики хронических заболеваний и пропаганды здорового образа жизни при центрах контроля и профилактики заболеваний (CDC), младенцы, находящиеся на грудном вскармливании, реже болеют отитами, инфекциями дыхательных путей и диареей.

В процессе физиологической беременности, родов и лактации молочная железа достигает полной морфологической и функциональной зрелости.

1.3. Изменения в эндокринной системе, восстановление функции яичников у женщин после родов

Во время беременности происходит существенное изменение гормонального фона, которое направлено на сохранение беременности. Перестройка гормонального фона обеспечивает потребности развивающейся беременности (плода), адаптационно-приспособительные изменения в организме женщины (увеличение и развитие матки, увеличение объема циркулирующей крови — ОЦК, изменения гемостаза и др.).

Послеродовой период как новое физиологическое состояние организма характеризуется интенсивной гуморальной и нейроэндокринной перестройкой. При этом затормаживаются циклические «процессы» в гипоталамо-гипофизарной системе регуляции менструального цикла, концентрация стероидных половых гормонов возрастает в сотни раз, появляются новые гормоны белкового происхождения (хорионический гонадотропин, плацентарный лактоген), изменяется синтез кортикостероидов. Главную роль в изменении гормонального фона играет развивающийся фетоплацентарный комплекс, на долю которого приходится 90% эстриола (Серов В.Н. и др., 1997).

Сразу после рождения плода и последа начинается интенсивный процесс освобождения организма родильницы от влияний фетоплацентарного комплекса (Соколова З.П., 1981). Через 30 мин после рождения плаценты концентрация эстриола в плазме крови снижается на 30%, а спустя 4 ч после родов она становится в 2 раза ниже, чем во время беременности. На 2-е сутки содержание этого гормона приближается к значениям у здоровых небеременных женщин. Медленнее происходит снижение экскреции эстриола с мочой, только к 8-м суткам пуэрперия содержание эстриола в моче приближается к таковому у здоровых небеременных женщин. Резко снижается концентрация эстрадиола, и наиболее низка она в крови родильниц на 4, 5, 6-й дни после родов.

У женщин со слабо выраженной лактацией повышение уровня эстрадиола наблюдается с 12-18-го дня, с умеренной лактацией — с 24-го дня, с повышенной — с 33-го дня послеродового периода (Керимкулова Н.В., 1988).

Концентрация прогестерона в плазме крови родильниц прогрессивно снижается в первые 3-4 дня после родов, затем она устанавливается на уровне, соответствующем фолликулярной фазе менструального цикла.

Сразу после родов исчезает плацентарный лактоген. Содержание хорионического гонадотропина в плазме крови остается высоким в первые 2 дня после родов и снижается к 3-му дню. Небольшое количество этого гормона в крови родильниц определяется еще в течение 2- 3 нед.

Концентрация кортизола в крови и моче снижается к 6-му дню послеродового периода, и к 8-10-му дню показатели кортизола не отличаются от таковых у здоровых небеременных женщин.

По нашим данным, высокое содержание пролактина наблюдалось на 2-4-й день пуэрперия, что совпадает с началом активной секреции молока, затем уровень пролактина несколько снижался, но оставался по-прежнему высоким.

У женщин с высоким уровнем пролактина и хорошей секрецией молока отмечается наиболее продолжительная послеродовая аменорея. Повышенная концентрация пролактина оказывает тормозящее влияние на гонадотропную функцию гипофиза. Введение лютеинизирующего рилизинг-гормона (ЛГ-РГ) родильницам в первые недели после родов

не приводит к увеличению активности гонадотропной функции гипофиза. Однако введенный тем же женщинам и в той же дозе ЛГ-РГ через 1,5-2 мес после родов вызывает закономерное увеличение содержания Л Г и ФСГ в плазме крови. Угнетение функции гипофиза, отсутствие его реакции на гипоталамическую стимуляцию и как следствие наличие ановуляторных циклов, помимо гиперпролактинемии, обусловлены еще и продолжительным тормозящим действием плацентарных стероидных гормонов. Окончательно тормозящий эффект плацентарных гормонов устраняется приблизительно через 1 мес после родов. Тогда же происходит и нормализация базальных уровней гонадотропных гормонов в сыворотке крови (Чернуха Е.А. и др., 1981).

Содержание гонадотропинов в первые 12 дней после родов резко снижено, причем концентрация ФСГ в плазме крови составляет 50-30% от уровня в фолликулярную фазу нормального менструального цикла. Повышение концентрации ФСГ у родильниц начинается с 12-18-го дня послеродового периода. Максимальный уровень ЛГ, равный по величине овуляторному пику, наблюдается на 17-25-й день послеродового периода. Вместе с тем повышение уровня эстрадиола в ответ на увеличение концентрации гонадотропинов происходит в разные сроки и зависит, прежде всего от степени гиперпролактинемии и выраженности лактации.

Восстановление менструальной функции после родов свидетельствует об овуляции, а следовательно, имеется возможность забеременеть.

A. Sharman (1966), проводя гистологическое исследование эндометрия, определил овуляцию уже на 42-й день после родов. A. Peretz и соавт. (1992) установили овуляцию у кормящих женщин па 36-й день после родов, желтое тело было выявлено во время проведения хирургической стерилизации на 6-й неделе пуэрперия.

По данным A. Audebert и C. Verdoux (1986), I. Bolajj и соавт. (2012), овуляция происходит через 6 нед после рождения ребенка у 5% кормящих и 15% некормящих женщин. К 3-му месяцу после родов восстановление менструальной функции наблюдается у 20% кормящих и значительной части некормящих женщин, к 6-му месяцу у 85% женщин менструальная функция восстанавливается (Audebert A., Verdoux C., 1986; Campbell O., Iray H., 1993). По данным K. Kennedy, C. Visness (1992), наступление первой овуляции на фоне лактационной аменореи к 6-му месяцу после родов имеет место в 39%, к 12-му месяцу — в 79,7%. Частота наступления беременности к 6-му месяцу составляет 2,9%, к 12-му — 5,9%, к 24-му — 13%.

По данным Е.М. Вихляевой и Е.И. Николаевой (2003), у женщин, кормящих грудью, к 3-му месяцу менструации возобновились у 39,3%, к 6-му — у 78,2%, в среднем восстановление менструального цикла произошло через 4,5 мес. Интервал между родами и восстановлением менструального цикла у нелактирующих и кормящих женщин составляет соответственно 9 и 18 нед. Лютеиновая фаза в первом менструальном цикле определяется у каждой 3-й женщины (Bolaji I. et al., 1992). В США почти у 60% женщин наблюдается восстановление овуляции до наступления первой менструации (Gray R. et al., 1988). По данным В.А. Ананьева и соавт. (2000), при определении уровня прогестерона в слюне родильниц было установлено, что в 35% случаев первый менструальный цикл был ановуляторным.

O. Campbell и R. Gray (1993), исследуя ежедневно мочу на гормоны, установили, что овуляция наступает раньше у некормящих женщин. Она в ряде случаев может не сопровождаться кровотечением. Риск наступления беременности у кормящих женщин составляет 4%.

По данным J. Moore и A. DeCherney (1998), у 50% кормящих матерей овуляция восстанавливается через 6-12 мес, беременность наступает у 5-10% женщин. У женщин, перенесших кесарево сечение и не кормящих грудью, мы неоднократно наблюдали наступление менструации уже через 4 нед после операции.

Согласно данным E. Baszak и соавт. (2010), возобновление циклических менструальных выделений у 10% женщин наблюдается через 1 мес, у 26% — через 1,5 мес, у

20% — через 3 мес после родов, т.е. у 56% женщин циклические кровотечения возникают не позднее первых 3 мес послеродового периода. Однако следует отметить, что полноценные двухфазные менструальные циклы наблюдаются лишь у 37,5% женщин. У большинства женщин по данным базальной температуры, секреции эстрогенов и прогестерона первый менструальный цикл является ановуляторным или сопровождается неполноценной лютеиновой фазой, что связано с лютеолитическим действием пролактина. Последующие менструальные циклы становятся овуляторными, и в этот период, несмотря на лактацию, у женщины может наступить беременность.

О.Б. Саадян (1978) наблюдала овуляторные циклы у женщин с физиологическим течением послеродового периода в 37,5% случаев. Наступление беременности в период лактационной аменореи имело место у 4,7% женщин.

По данным Т.В. Бабичевой (2004), через 1,5 мес после родов при УЗИ у здоровых родильниц в яичниках выявляется фолликулярный аппарат, при обследовании гормонального статуса женщин уровень эстрадиола в среднем составил 166,5 пмоль/л, ФСГ — 6,8 МЕ/л.

Таким образом, функциональная перестройка женского организма после беременности и родов происходит при активном участии эндокринной системы. В первые месяцы послеродового периода высокий уровень пролактина оказывает ингибирующее действие не только на гонадотропную функцию гипофиза, но и на функцию яичников, нормализация которой происходит лишь после снижения концентрации пролактина, что влечет за собой повышение уровня ЛГ и ФСГ и приводит к увеличению содержания яичниковых стероидов, появлению у большинства женщин ановуляторного менструального кровотечения с последующим переходом в овуляторный менструальный цикл.

Глава 2. Системные изменения в организме женщины в послеродовом периоде

2.1. Особенности функционирования сердечнососудистой системы в послеродовом периоде

В период беременности возникают физиологически обратимые, но достаточно выраженные изменения гемодинамики и функции сердца, обусловленные повышенной нагрузкой на сердечнососудистую систему, а также увеличением содержания в крови эстрогенов, прогестерона, простагландинов Е1; Е2 и F2a. Это повышение нагрузки связано с усилением обмена веществ, направленным на обеспечение потребностей плода, увеличением ОЦК, появлением дополнительной плацентарной системы кровообращения и постоянно нарастающей массой тела беременной.

Данные литературы свидетельствуют о том, что во время беременности значительно повышается рабочая нагрузка на сердце. Одной из основных причин постепенного увеличения нагрузки на сердечнососудистую систему является значительный прирост массы тела женщины. По данным разных авторов, он достигает к моменту родов от 9,5 кг до 12 кг (при неосложненном течении беременности) (Савельева Г.М., 2000; Баев О.Р. и др., 1986; Schauberger C. et al.,1992) .

Одним из наиболее существенных системных изменений при физиологической беременности является задержка жидкости, которая дает от 8 до 10 кг общей прибавки массы тела (Вихляева Е.М., 2004; Теппермен Дж., Теппермен Х., 2009).

Некоторые авторы указывают, что у части беременных в положении на спине появляется аортокавальный синдром, проявляющийся слабостью, одышкой, тахикардией, снижением артериального давления, объясняющийся уменьшением притока крови к правым отделам сердца в результате сдавления нижней полой вены и аорты беременной маткой (Василенко В.Х., 1996; Вихляева Е.М., 1998; Демидов В.Н., 1997; Шехтман М.М., 1997; Чернуха Е.А., 2001; Liddel H., Fisher P., 2005; Milsom Forsman L., 2004).

К концу беременности снижается общая емкость легких в основном за счет

остаточного объема, улучшаются показатели смешения воздуха в легких, усиливается поглощение кислорода в связи с увеличением вентиляции и более экономным расходованием кислорода вдыхаемого воздуха. При аускультации нижних отделов легких иногда выявляются крепитация или ателектатические хрипы (Василенко В.Х., 1966), которые возникают из-за высокого стояния диафрагмы, что ведет к уменьшению ее колебательных движений и снижению ее функции как добавочного механизма кровообращения (Малевич Ю.К., 1979; Серов В.Н. и др., 1981)

Определенный интерес представляют данные об изменении объема сердца в период беременности. Установлено, что при нормально протекающей беременности увеличиваются левое предсердие, систолический и диастолический объем левого желудочка сердца (Баев О.Р., 1986). Объем сердца у здоровых небеременных женщин составляет в среднем 560 мл, к концу беременности он увеличивается до 714-746 мл (Баев О.Р. и др., 1996; Вихляева Е.М., 1999; Демидов В.Н., 1977; Манухин И.Б., 1987; Ванина Л.В., 1991).

Давно привлекают внимание исследователей изменения волемических параметров кровообращения при беременности. Е.М. Вихляева (1994) отмечала, что одним из основных механизмов, обеспечивающих в течение беременности адекватные условия для развития плода, поддержания внутренней среды организма и микроциркуляции в жизненно важных органах, является увеличение ОЦК, получившее название физиологической гиперволемии беременных.

Следует отметить, что из всех волемических показателей кровообращения наиболее изученным является изменение объема циркулирующей плазмы в период беременности. Большинство авторов указывают, что объем плазмы у здоровых женщин в период беременности возрастает в среднем на 900-1300 мл (Демидов В.Н., 1997). Установлено, что объем циркулирующей плазмы у здоровых небеременных женщин составил в среднем 2,49 л. Между 29-й и 32-й неделями беременности зарегистрировано наибольшее увеличение ее объема (на 46,6%) с некоторым незначительным (в среднем на 200 мл) его понижением к концу беременности.

В отношении изменения ОЦК при беременности до настоящего времени нет единого мнения. Большинство авторов считают, что он возрастает в среднем на 26-35%, но некоторые авторы приводят более низкие (11%) и более высокие (45%) цифры (Вихляева Е.М., 1969, 1974)

По данным В.Н. Демидова (1977), ОЦК к концу беременности на 27% превышает средние значения у здоровых небеременных женщин.

Возрастание ОЦК следует рассматривать как приспособительную реакцию организма, направленную на увеличение наполнения сосудистого русла вследствие наблюдающейся во время беременности вазодилатации, возникающей как под действием прогестерона (Персианинов Л.С., Молчанова Г.Я., 1995), так и в результате увеличения емкости сосудистых областей матки и молочных желез.

С увеличением ОЦК отмечаются повышение содержания эстрогенов и увеличение продукции кортикостероидов (Персианинов Л.С. и др., 1974).

В настоящее время существуют и разногласия относительно изменения основных показателей гемодинамики и частоты сердечных сокращений. По мнению В.Н. Демидова (1987), частота сердечных сокращений при беременности меняется незначительно, но другие исследователи отмечают увеличение частоты пульса по сравнению с небеременными женщинами в среднем на 15-17 ударов в минуту (уд/мин).

В отношении артериального давления также имеются противоречивые данные, однако большинство исследователей отметили его некоторое снижение между 16-й и 24-28-й неделями беременности (по данным разных авторов) с постепенным повышением его в III триместре и даже некоторым превышением по сравнению с небеременными (Lowe S., 2002).

Существенные изменения, происходящие в организме женщины во время беременности, оказывают влияние и на величину минутного объема сердца (МОС), которая является мерой общего количества крови, поступающей в сосудистую систему в единицу

времени. Наиболее выраженное увеличение МОС было установлено между 29-й и 32-й неделями беременности и составило 36,7% от исходного, но к концу III триместра он постепенно снижался и оказался к родам только на 10% выше, чем у здоровых небеременных женщин. Поскольку частота сердечных сокращений во время неосложненной беременности изменяется незначительно, можно считать, что возрастание МОС происходит исключительно за счет систолического выброса.

Как известно, конец III триместра беременности — это период, соответствующий максимуму физиологической гиперволемии, что связано с включением в систему гемодинамики новой сосудистой зоны маточно-плацентарного кровообращения.

Согласно приведенным выше данным, у практически здоровых женщин на протяжении беременности ОЦК по сравнению с небеременными увеличивается на 1000-1500 мл.

Гиперволемия, гиперплазмия и повышение эритроцитной массы являются приспособительными компенсаторными механизмами организма беременных, позволяющими, в частности, справиться с последствиями кровопотери в родах.

В.Н. Демидов (1988) также отмечает, что частота сердечных сокращений у большинства здоровых родильниц колеблется в нормальных пределах, однако он считает, что систолическое и диастолическое артериальное давление в послеродовом периоде несколько повышается и даже превышает таковое у небеременных женщин.

По данным B. Walters и соавт. (2006), S. Robson и соавт. (2009), в послеродовом периоде у женщин, не страдающих гипертонической болезнью, не было выявлено закономерного повышения или понижения артериального давления. Не установлено также, когда артериальное давление возвращается к дородовому уровню. Не выявлено различий среднего артериального давления до беременности и через 6 и 12 нед после родов (Capeless E., Clapp J., 2001), но другие сердечнососудистые показатели значительно варьируют. Установлено снижение системного сосудистого сопротивления по сравнению с таковыми до беременности, в то время как конечный диастолический объем (КДО), ударный объем крови, сердечный выброс через 12 нед после родов выше (Capeless E.L., Clapp J., 2011). Нет равномерного возвращения сердечнососудистых показателей к уровню, который был до беременности, в течение 6 нед после родов.

В ходе динамического эхокардиографического исследования нами выявлены определенные закономерности изменений анатомофункционального состояния сердца, отражающие сложные процессы перестройки деятельности сердечнососудистой системы в послеродовом периоде.

Полученные нами результаты исследования основных функциональных параметров работы сердца родильниц свидетельствуют о том, что на 3-и сутки пуэрперия приходятся значительные изменения параметров гемодинамики, которые выражаются в увеличении сердечного выброса, что, возможно, является компенсаторной реакцией организма на снижение ОЦК, появившуюся анемию и достаточно существенную потерю массы тела родильницами за незначительный промежуток времени.

Потерю массы тела родильницей после родов можно предположительно объяснить обратным развитием метаболических изменений, возникших в организме в связи с беременностью, с чем согласуется предположение C. Schauberger и соавт. (2012), а также усилением выведения жидкости из организма, что подтверждается повышением диуреза.

Согласно полученным нами данным, количество эстрадиола на 3-и сутки после родов составляет 120,2± 18,5 пмоль/л, прогестерона — 4,8±0,3 МЕ/л, что значительно меньше такового при беременности. Учитывая механизм действия эстрогенов и прогестерона на липидный и углеводный обмен, можно предположить, что снижение их концентрации в крови вызывает уменьшение содержания липопротеидов высокой плотности и усиление выведения жидкости из организма (Robson S. et al., 2007; Schauberger C. et al., 2012; Walsh T. et al., 2008).

В литературе нет единого мнения, что первично при развитии метаболического

синдрома в гинекологии (изменение гормонального статуса, как, например, в менопаузе или наследственная предрасположенность к инсулинорезистентности), однако можно предположить, что в акушерстве именно изменение количества выработки половых гормонов непосредственно после родов стимулирует некоторую естественную, достаточно значимую за небольшой промежуток времени (7-10 дней) потерю массы тела, которая в сумме составляет значительно больше, чем просто сумма массы тела плода, плаценты, околоплодных вод и т.д. (Дороднева Е.Ф. и др., 2012; Подзолкова Н.М. и др., 2003; Репина М.А., 2003; Chmouliovsky L. et al., 2011; Douchi T. et al., 2008; Haffner S. et al., 2009).

В наших исследованиях суммарная потеря массы в течение недели после родов составила 11-12 кг.

На 3-и сутки послеродового периода, прежде всего следует отметить достаточно выраженное однонаправленное изменение основных размеров полостей сердца по сравнению с таковыми при беременности. Одновременно изменяются показатели, характеризующие его объем и сократимость.

Конечный систолический размер левого желудочка (КСР Л Ж) увеличивается на 8% при отсутствии достоверного изменения конечного диастолического размера левого желудочка (КДР ЛЖ).

КДО и конечный систолический объем (КСО) к 3-м суткам возрастают в среднем на 5,2 и 17,2% соответственно, что ведет к увеличению ударного индекса (УИ) на 11,5%.

Анализ полученных при эхокардиографии данных показал, что наиболее существенные изменения на 3-и сутки пуэрперия установлены при определении МОС, который составил накануне родов 5,39+0,3 л/мин, а на 3-и сутки повысился на 12,7% и составил 6,07±0,39 л/мин. В.Н. Демидов (1977) также отметил увеличение МОС именно на 2-3-и сутки пуэрперия ($p < 0,05$).

Динамика сердечного индекса (СИ) была сходна с таковой МОС, и накануне родов он составил 3,05±0,24 л/(мин-м2), на 3-и сутки незначительно повысился и составил 3,13±0,18 л/(мин м2) ($p < 0,05$).

Поскольку частота сердечных сокращений в послеродовом периоде достоверно не менялась, то изменения МОС происходили, по нашему мнению, в основном за счет ударного выброса (УВ), повышение которого также отмечалось на 3-и сутки пуэрперия по сравнению с показателями в конце беременности на 13,1% с дальнейшим постепенным понижением к 7-м суткам.

Аналогичная закономерность установлена и при определении УИ: к 3-м суткам послеродового периода происходит достоверное увеличение количества крови, выбрасываемой сердцем в аорту за 1 сердечное сокращение.

Диаметр же аорты в послеродовом периоде достоверно не менялся по сравнению с таковым при беременности и составил в среднем 2,23±0,19 см.

После опускания диафрагмы и снижения внутригрудного давления происходят улучшение венозного притока к сердцу и некоторая дилатация камер сердца при сохранении нормальной способности миокарда к сокращению, которые, видимо, являются компенсаторноприспособительными реакциями. По данным большинства авторов, изучавших волемические параметры гемодинамики в послеродовом периоде, наибольшие изменения, выражающиеся в увеличении сердечного выброса, приходятся именно на 3-и и 5-е сутки после родов (Баев О.Р. и др., 2006; Taaffe D. et al., 2005).

При изучении параметров гемодинамики отмечено дальнейшее достоверное повышение размеров левого желудочка сердца, соответственно возрастают и функциональные показатели (КДО и КСО увеличиваются еще на 9,4%), несмотря на то, что показатели сердечного выброса начинают плавно снижаться. В этом отношении наши данные не согласуются с данными О.Р. Баева (1986), который считает, что на 5-е сутки уже идет прогрессивное снижение основных размеров левого желудочка сердца параллельно со снижением его функции.

На наш взгляд, дальнейшая некоторая дилатация левых отделов сердца в этот период

объясняется усиленной нагрузкой на организм в связи с максимумом процессов лактации. Ведь на 5-е сутки достигает своего пика в крови концентрация пролактина, разрешается процесс нагрубания молочных желез и у основной части женщин (19,8%) устанавливается грудное вскармливание. Также следует отметить, что хотя в этот период еще сохраняется некоторая разница в гемодинамических параметрах у перво- и повторнородящих, но она уже недостоверна, что не согласуется с данными О.Р. Баева (2006) и S. Robson и соавт. (2007).

Начиная с 7-х суток уменьшаются основные размеры левого желудочка сердца и соответственно — показатели его функции: снижается ударный объем и УИ, однако полученные данные еще не соответствуют контрольным. Различия в показателях КДО и УВ между перво- и повторнородящими, установленные нами в более ранние сроки пуэрперия, на 7-е сутки выравниваются, что соответствует данным Е.М. Вихляевой (1987), О.Р. Баева (1986), Л.В. Ваниной (1991).

На 30-е сутки основные размеры полостей сердца уменьшаются по сравнению с таковыми на 14-е сутки, и КДР ЛЖ составляет 4,51+0,15 см, КСР ЛЖ — 2,97±0,18 см, что практически совпадает с размерами у здоровых небеременных женщин. Показатели сердечного выброса на 30-е сутки пуэрперия также существенно отличаются от таковых на 14-е сутки, и практически полная нормализация параметров гемодинамики отмечена именно в этот срок, когда СИ составил 2,05±0,3 л/(мин-м2), УИ — 28,3±2,3 мл/м2.

КДО и КСО у родильниц на 3-и сутки пуэрперия превышали таковые в конце беременности на 5%, а на 5-е сутки они повышались еще на 9,4%. Выявленное повышение работы левого желудочка сердца происходило за счет возрастания его размеров к 5-м суткам пуэрперия с дальнейшим их достоверным уменьшением.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что наибольшие изменения параметров гемодинамики приходятся на 3-и сутки пуэрперия и выражаются в увеличении сердечного выброса, что, возможно, является компенсаторной реакцией организма на снижение ОЦК. Несмотря на это, на 5-е сутки пуэрперия фиксируются дальнейшие изменения размеров и работы левых отделов сердца, и только к 7-м суткам отмечается тенденция к их снижению.

Выявленное увеличение размеров левого желудочка сердца свидетельствует о некоторой дилатации сердца в послеродовом периоде, но сохранность параметров его сократимости, вероятно, является компенсаторно-приспособительной реакцией на снижение внутригрудного и внутрибрюшного давления после опускания диафрагмы и улучшения венозного притока к сердцу после родов соответственно адекватной компенсации нагнетательной функции сердца.

С целью выявления возможных различий в функциональном состоянии сердца у женщин после первых и повторных родов мы провели оценку основных параметров гемодинамики у перво- и повторнородящих. Результаты исследования подтверждают, что уровень адаптационно-приспособительных реакций сердечнососудистой системы у перво- и повторнородящих существенно различается. Несмотря на отсутствие различий в частоте пульса у перво- и повторнородящих, все основные параметры работы сердца у них достоверно различались на 3-и сутки. Эти особенности сохраняются иногда до 5-х суток и требуют обязательного учета при оценке параметров гемодинамики родильниц.

Эхокардиография является ценным и безопасным методом исследования и постоянного контроля адаптационных изменений системы кровообращения после родов, что позволяет успешно использовать ее для оценки состояния гемодинамики у родильниц.

В литературе приводятся данные о таком тяжелом осложнении сердечнососудистой системы, как острый инфаркт миокарда при беременности и после родов (Ladner H. et al., 2005). Авторы приводят 151 случай острого инфаркта миокарда, из них во время беременности 38%, в родах 21% и в течение 6 нед после родов 41%. Частота острого инфаркта миокарда составляет 1 на 35 700 родов. Материнская смертность составила 7,7%. Факторами риска острого инфаркта миокарда явились хроническая гипертензия, диабет, пожилой возраст, эклампсия, тяжелая преэклампсия.

2.2. Система дыхания в послеродовом периоде

По мере прогрессирования беременности у здоровых женщин происходят изменения в системе дыхания, направленные на удовлетворение растущих потребностей организма матери и плода в кислороде (Демидов В.Н., Саакян С.С., 1975). Жизненная емкость легких снижается незначительно, вместе с тем происходит заметное перераспределение фракций, ее составляющих: дыхательный объем увеличивается, резервный объем выдоха уменьшается, а резервное время вдоха практически не меняется. Изучение в процессе беременности форсированной жизненной емкости легких, максимальной вентиляции легких и коэффициента резерва дыхания показало, что по мере прогрессирования беременности эти показатели практически не меняются.

В то же время отмечено закономерное увеличение работы аппарата дыхания, о чем свидетельствует повышение минутного объема дыхания, причем почти полностью за счет дыхательного объема, в то время как частота дыхания меняется незначительно.

Увеличение минутного объема дыхания происходит параллельно увеличению поглощения легкими кислорода, причем увеличение последнего несколько опережает рост легочной вентиляции, что приводит к повышению ее эффективности. Об этом свидетельствует увеличение коэффициента использования кислорода к концу беременности. Выделение углекислоты изменяется параллельно увеличению поглощения кислорода. Таким образом, дыхательный коэффициент остается на высоком уровне, что свидетельствует об интенсивном ненарушенном аэробном энергообмене.

Увеличение эффективности легочного газообмена поддерживает на адекватном уровне газовый состав артериальной крови, который не нарушается по мере прогрессирования беременности и увеличения потребности организма матери и плода в кислороде. Некоторое снижение насыщения артериальной крови кислородом в динамике беременности объясняется развитием незначительного компенсированного метаболического ацидоза, снижающего сродство гемоглобина к кислороду. Наблюдающаяся у большинства беременных гипокапния, по-видимому, с одной стороны, является компенсаторной реакцией в ответ на увеличение недоокисленных продуктов обмена, а с другой — вызвана увеличением легочной вентиляции в результате возрастания энергозатрат организма беременных женщин.

В послеродовом периоде постепенно нормализуются анатомические и функциональные изменения в легких, которые возникли во время беременности. Диаметр грудной клетки и подгрудинный угол уменьшаются, опускается диафрагма, нормализуется функция внешнего дыхания, появляется возможность брюшного типа дыхания. После родоразрешения восстанавливается нормальная экскурсия легких, исчезают одышка, гипервентиляция и респираторный алкалоз. Снижаются дыхательный объем, минутный объем дыхания и резервный объем вдоха, увеличиваются общая емкость легких и резервный объем выдоха, повышается уровень рС02 и не изменяется уровень р02 и рН крови (Нисвандер К., Эванс А., 2009).

Работами Ю.Д. Ландеховского (1991) показано, что в послеродовом периоде происходит постепенное возвращение основных показателей легочного дыхания к их уровню вне беременности.

Результаты исследования функции внешнего дыхания у здоровых родильниц по сравнению с таковыми в III триместре беременности показали, что, уже начиная с 1-х суток пуэрперия отмечается тенденция к постепенному изменению большинства показателей. Жизненная емкость легких и резервный объем вдоха у здоровых родильниц не претерпевают значительных изменений на протяжении послеродового периода. Резервный объем выдоха несколько снижается на 3-и сутки после родов, затем постепенно увеличивается и к 10-14-м суткам пуэрперия значительно превышает таковой перед родами. Работа дыхания уменьшается с 1-х суток послеродового периода, что обусловлено в основном снижением дыхательного объема, в то время как частота дыхания практически не изменяется.

Максимальная вентиляция легких, форсированная жизненная емкость легких и коэффициент резерва дыхания после некоторого снижения на 3- и сутки послеродового периода постепенно увеличиваются к концу 2-й недели пуэрперия. Поглощение кислорода легкими на протяжении 14 дней после родов уменьшается, причем отчетливо оно снижается уже к концу 1-й недели. Выделение углекислого газа претерпевает аналогичные изменения, в связи, с чем отмечается постоянство дыхательного коэффициента.

Изучение показателей функции внешнего дыхания у здоровых родильниц при дозированной физической нагрузке показало, что в ближайшие дни послеродового периода толерантность к физической нагрузке у родильниц по сравнению с беременными несколько снижается. В дальнейшем она возрастает и уже к концу 1-й недели пуэрперия достигает показателей у здоровых беременных. Таким образом, результаты исследования функции внешнего дыхания в покое и при нагрузке на 3-5-е сутки послеродового периода свидетельствуют о некотором снижении резервных возможностей аппарата внешнего дыхания. Указанные изменения И.Б. Манухин (1994) и Л.А. Савченко (1996) объясняют усиленным кровенаполнением легких на 3-5-е сутки физиологически протекающего послеродового периода.

2.3. Мочевыделительная система в послеродовом периоде

У беременных происходят специфические изменения функции почек, однако при морфологическом исследовании этих органов каких-либо особенностей не выявлено. При нормальной беременности в паренхиме почек никаких видимых изменений не обнаружено. Некоторые исследователи обращают внимание на расширение капилляров в клубочках, сочность клубочкового эпителия.

Физиологической беременности свойственны выраженные функциональные изменения мочевыводящих путей. Значительно расширяются почечные лоханки и мочеточники. Помимо расширения, происходит нарушение тонуса и сократительной способности мышц малых чашечек, лоханок и мочеточников, что также способствует их растяжению и удлинению. Friedberg (2010) при рентгенологическом исследовании обнаружил расширение мочеточников и почечных лоханок у 90% здоровых беременных. Эти изменения развиваются примерно после 20 нед беременности и сохраняются в течение 12 нед после родов (Шехтман М.М., 1997).

Объем лоханок увеличивается с 5-10 до 50-100 мл. Расширение мочевыводящих путей больше выражено у первобеременных, особенно с правой стороны. Тонкие стенки мочеточников во время беременности становятся резко гипертрофированными, развивается гиперплазия мышечной и соединительнотканной оболочек, повышается их васкуляризация, возникает отек. Сократительная деятельность мочеточников нарушается. Дилатация и гипокинезия мочевыводящих путей начинаются в 6-8 нед беременности, достигают максимума в 18-20 нед, заметно уменьшаются к 28-й неделе. Спустя 1,5-2 мес после родов почки возвращаются в первоначальное положение (Григорян В.А., 1991).

Причиной расширения мочевыводящих путей может быть механическое сдавление мочеточника беременной маткой или головой ребенка. Однако в первой половине беременности причиной дилатации лоханок и мочеточников является не механический, а гормональный фактор — увеличение концентрации в крови эстрогенов, особенно прогестерона. Расширение мочевыводящих путей постепенно исчезает после родов. При изучении функции почек в послеродовом периоде выявлено, что в конце беременности диурез у здоровых женщин составляет в среднем 1099± 126 мл, в первые 3-е суток пуэрперия он несколько увеличивается и достигает 1151 ±85 мл (хотя эти различия статистически незначимы), к 7-м суткам диурез практически не отличается от такового у небеременных женщин и составляет 960±259 и 987±154 мл соответственно.

Плотность мочи находится в пределах нормы и составляет

1, 015-1,025 г/л. Реакция мочи слабокислая или кислая. Белок в моче или отсутствует,

или его концентрация находится в пределах 0,0035 г/л. Однако на 3-и сутки пуэрперия примерно у трети родильниц количество белка в моче доходило до 0,02 г/л. Это можно расценить как физиологическую протеинурию, которая часто встречается у здоровых женщин после сильных физических напряжений, эмоциональных переживаний, которыми являются роды.

Нередко во время родов травмируются мочевой пузырь и уретра, вследствие чего наступает отек и в послеродовом периоде возможна задержка мочи, что повышает риск возникновения инфекции половых путей. Послеродовая атония мочевого пузыря нередко наблюдается после перидуральной аналгезии в родах. Задержка мочи может быть обусловлена рефлекторным воздействием вследствие болей, обусловленных эпизиотомией, разрывами промежности, разрывами в области наружных гениталий, наличием гематом и др. При задержке мочи прибегают к катетеризации мочевого пузыря каждые 4 ч. По показаниям можно использовать катетер Фолея.

Почечный кровоток, реабсорбция электролитов, аминокислот и глюкозы в канальцах возвращаются к исходному уровню через 6 нед после родов. Расширение почечных лоханок, чашечек и мочеточников может сохраняться до нескольких месяцев (Сильвер Х., Смит Л.,1999).

E. Andolf и соавт. (2004) с целью выявления остаточной мочи у женщин проводили УЗИ в послеродовом периоде после вагинальных родов и в 1,5% случаев выявили увеличение объема мочевого пузыря. Задержка мочи чаще наблюдалась после инструментальных родов и эпидуральной аналгезии.

Среди осложнений после родов следует выделить стрессовое недержание мочи, которое, по данным A. Foldspang и соавт. (2002), выявлено в 17% случаев, и его частота возрастает с количеством родов. По данным L. Vikrup и соавт. (2012), стрессовое недержание мочи у первородящих выявлено в 7%, по данным G. Chavez и соавт. (2004), — в 15% и не выявлено у первородящих, у которых проводились упражнения для тазового дна во время беременности. Недержанию мочи способствовали длительный второй период родов, крупный размер плода, оперативные влагалищные роды, травмирование тазового дна и уретры. Функция мочеиспускания у большинства женщин восстанавливалась через 3 мес после родов. Своевременная катетеризация мочевого пузыря у женщин, у которых нет позыва на мочеиспускание, предотвращает многие проблемы, связанные с мочеиспусканием. Если стрессовое недержание мочи продолжается 12 мес, то показано хирургическое лечение.

2.4. Пищеварительная система в послеродовом периоде

Во время беременности, особенно во второй ее половине, кишечник подвергается сдавлению беременной маткой. При этом частично нарушается кровообращение (происходит венозный застой в сосудах малого таза), что отражается на функции кишечника, прежде всего эвакуаторно-моторной: перистальтика становится вялой, возникает запор, может обостриться геморрой.

Регуляцию деятельности кишечника обеспечивает центральная и вегетативная нервная система. Активными агентами нейрогуморальной регуляции, влияющими на секреторную и двигательную функции кишечника, являются серотонин, ацетилхолин и гистамин. Установлено ослабление автоматической ритмической деятельности кишечника у беременных вследствие повышения порога возбудимости его рецепторов в ответ на биологически активные вещества. Простагландины, влияя на тонус гладкой мускулатуры, активизируют деятельность кишечника. Однако при беременности он становится толерантным к обычным физиологическим раздражителям. Это биологически оправдано, гак как иннервация кишечника и матки общая и повышение перистальтики кишечника может возбудить сократительную деятельность матки. Прогестерон действует на гладкомышечную ткань расслабляюще, также он ответствен и за снижение тонуса гладкой мускулатуры кишечника, а во время беременности его секреция значительно возрастает. Таким образом,

гипотоническое состояние кишечника при беременности можно расценивать как защитную реакцию, но ее следствием является нарушение эвакуаторной функции кишечника, его дискинезия. Это самая частая патология кишечника во время беременности, которую называют неврозом толстой кишки, раздраженной толстой кишкой, спастическим колитом, дисфункцией толстой кишки, слизистым колитом и т.д. М.М. Шехтман и Л.А. Положенкова (2004) выявили дискинезию толстой кишки у 115 из 200 беременных и у 18 из 56 родильниц.

Различные функциональные нарушения толстой кишки могут вызвать эмоциональный стресс или патология других органов. В настоящее время дискинезия толстой кишки рассматривается как нарушение двигательной активности органа, которое определяется психологическими факторами. Нервно-психический статус больных с дискинезией толстой кишки характеризуется депрессией, тревогой, эмоциональной лабильностью, особенно у женщин с невынашиванием беременности или длительным бесплодием в анамнезе. Помимо нервных влияний, определенную роль в развитии дискинезии кишечника играют аллергические, аутоиммунные процессы и нарушения эндокринной регуляции. Ввиду застойных явлений в малом тазу нередко развивается геморрой различной степени выраженности.

Еще одной часто встречающейся патологией пищеварительной системы является изжога — основной симптом гастроэзофагальной рефлюксной болезни, которая наблюдается приблизительно у 50-80% беременных. Многие акушеры считают изжогу при такой высокой частоте практически нормальным проявлением беременности, не требующим особого внимания. Однако некоторые исследователи предлагают выделять изжогу беременных как отдельный симптом, свойственный беременности, появляющийся на ее фоне и ею обусловленный, поскольку изжога начинается во время беременности и заканчивается вскоре после родоразрешения. Для лечения изжоги рекомендуется использовать ренни по 1 таблетке 3 раза в день после еды.

В работах Nagler (1961) показано, что гипотония нижнего пищеводного сфинктера (НПС) имела место у 55% женщин, страдающих изжогой. Давление в НПС снижается по мере увеличения срока беременности, а восстановление тонуса происходит вскоре после родов.

J. Lind и соавт. (1998), изучив внутрижелудочное давление, средние показатели тонуса кардиального сфинктера, давления в нем в ответ на компрессию живота у беременных, установили, что внутрижелудочное давление нарастает во время беременности, но среднее давление в НПС не повышается должным образом. Этот феномен и приводит к забросу кислого желудочного содержимого в пищевод. Повышенное внутрибрюшное давление, обусловленное увеличением беременной матки, является другой важной причиной, способствующей желудочно-пищеводному рефлюксу. Кроме того, смещение желудка вверх по мере прогрессирования беременности на фоне снижения тонуса мышц диафрагмы, разрыхления ее соединительнотканной основы приводит не только к нарушению запирательной функции кардии, но и в некоторых случаях к развитию грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

Во время беременности нарушается также эвакуаторная функция желчного пузыря и часто обостряется желчнокаменная болезнь.

Большинство исследователей склонны объяснять подобные нарушения не только анатомическими изменениями, происходящими в организме беременной и обусловленными ростом беременной матки, но и повышением уровня половых гормонов, в первую очередь прогестерона (возможно, в комбинации с эстрогенами), достигающего пика в конце беременности и оказывающего релаксирующее действие на тонус гладкой мускулатуры всего организма, как указывалось выше.

После родов в пищеварительной системе происходит нормализация процессов, возникших во время беременности. Восстанавливается функция печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, кишечника. Нормализуются биохимические показатели, отражающие функцию желудочно-кишечного тракта и метаболических процессов (щелочная

фосфатаза, холестерин, трансферрин, триглицериды, инсулин и т.д.). У беременных под влиянием эстрогенов увеличивается синтез белков в печени, что проявляется повышением уровня сывороточных белков. Через 3 нед после родов он возвращается к норме (Сильвер Х., Смит Л., 1999).

В первые дни после родов у 6-10% женщин вследствие гипотонии гладкой мускулатуры желудочно-кишечного тракта, ослабления мышц тазового дна, травмы тазового дна в родах и нередкого появления геморроидальных узлов наблюдается запор. Профилактике запора способствуют раннее вставание родильницы — через 3-4 ч после родов и рациональное питание, включающее достаточное количество растительных и кисломолочных продуктов. Важное значение имеет послеродовая гимнастика, которую следует начинать со 2-го дня после родов. Гимнастические упражнения направлены на установление правильного диафрагмального дыхания, укрепление мышц брюшного пресса, тазового дна, сфинктера и промежности, повышение тонуса мочевого пузыря и кишечника, нормализацию в них кровообращения, улучшение общего состояния. Аппетит у родильниц обычно не страдает. Полностью функция органов пищеварительной системы восстанавливается через 4-8 нед после родов.

2.5. Вегетативное и психоэмоциональное состояние женщин в послеродовом периоде

Психовегетативные расстройства являются междисциплинарной проблемой. Практически все медицинские специалисты в той или иной степени имеют дело с данной патологией. В одних случаях исиховегетативные расстройства заложены в патогенезе заболевания, в других возникают вторично как реакция на болезнь и в свою очередь также влияют на течение, клиническую картину и исход заболевания.

Частота психовегетативных расстройств у родильниц, возникающих после родов, по данным зарубежных авторов, колеблется от 2,2 до 40% (Kendell R. et al., 1987; O'Hara M., Swain A., 1996; Wilson L. et al., 1996; Zlotnik C. et al., 2001).

Сам процесс родоразрешения является стрессовой ситуацией, которая сопровождается значительным напряжением функционального состояния различных физиологических систем, приводящим к изменению адаптации организма. Адаптационные функции организма обеспечиваются неспецифическими системами мозга, доминирующую роль в которых играет лимбико-ретикулярный комплекс. Дисфункция неспецифических систем мозга приводит к синдрому дезинтеграции, одним из симптомов которого являются психовегетативные расстройства, которые проявляются эмоциональными, вегетативными, мотивационными нарушениями, отражающимися на адаптационных механизмах организма. Таким образом, роды, послеродовой период и возникающие эмоциональные стрессы являются особой нагрузкой на женский организм, что может приводить к возникновению психосоматических страданий (Appleby L. et al., 1994; Ballard C.G. et al., 1994).

Нарушения, возникающие после родов в результате перенесенных психоэмоциональных нагрузок, активизируют не только симпатическую нервную систему, но и секрецию гипофизом стрессорных гормонов: пролактина, кортизола и АКТГ.

По данным Е.А.Чернухи и соавт. (1996), у женщин, перенесших операцию кесарева сечения в плановом порядке, наиболее выражены нарушения адаптационных функций организма по сравнению с родильницами после нормальных своевременных родов через естественные родовые пути. В данном случае расстройство адаптации представлено выраженным синдромом вегетативной дистонии, сочетающимся с тревожными депрессивными проявлениями, что ухудшает качество жизни женщин.

Важным является исследование психоэмоционального состояния практически здоровых родильниц после своевременных неосложненных родов через естественные родовые пути, поскольку роды и лактация являются стрессовой ситуацией, ограничивающей социальную активность и меняющей общественную роль женщины. Возникновение

психовегетативных расстройств может привести к возрастанию количества послеродовых осложнений, нарушению лактации, сексуальным расстройствам, ухудшению взаимоотношений в семье, снижению социальной активности женщины (Crullon K., Grimes D., 2007; Forman D. et al., 2010; Vikrup L. et al., 2012).

По прогнозам ВОЗ, депрессивные расстройства к 2020 г. выйдут на 2-е место по частоте причин преждевременной смерти и потери трудоспособности. Страдания, вызываемые депрессией, глубоки и поэтому часто остаются нераспознанными. Они могут оказывать влияние на любой аспект существования личности: чувства, мысли, действия. Послеродовые депрессии в этом смысле особенно важны для изучения, так как они возникают в очень критическом периоде в жизни женщины, ее ребенка и семьи в целом.

По статистике 2000 г. (Шотландия), на каждые 1000 живорождений приходится 100-150 матерей, страдающих депрессивными расстройствами.

Неудачное, запоздалое или неадекватное лечение может привести к тому, что в отношениях между матерью и ребенком, в личности ребенка, его социальном и личностном развитии происходят разрушительные процессы. Матери, страдающие депрессией, переносят на ребенка большую часть своих негативных эмоций, что имеет для развития ребенка самые тяжелые последствия. Нарушается его эмоциональное и социальное развитие, причем с самых ранних сроков его жизни. Доказано отрицательное влияние материнской депрессии на развитие детей 1-го года жизни. У этих детей замедлено развитие речи, снижен коэффициент интеллекта (Murray L. et al., 2009).

Нарушаются также взаимоотношения в семье. Существуют исследования, доказывающие связь между депрессией у матери и последующим развитием депрессии у мужа. При наличии послеродовой депрессии у матери отцы значительно сильнее переживают проблему со здоровьем и отношениями в семье. В тех семьях, где поведение матери неадекватно, остальные члены семьи, в том числе и дети, проявляют большую склонность к агрессии (Ballard C. et al, 2004).

Диагностика клинических проявлений депрессии часто затруднена из-за поздней обращаемости больных за соответствующей помощью. Стыд, который ощущают больные, ведет к тому, что они крайне неохотно рассказывают о своих чувствах, что является основной причиной поздней диагностики. Например, мать может чувствовать свою неспособность заботиться о ребенке и воспринимает это как исключительно свою вину, соответственно старательно это скрывает.

По данным комиссия по изучению материнской смертности Великобритании (CEMD UK), психические расстройства в 1997-1999 гг. стали причиной материнской смертности в 12% случаев. Суициды стали следующей по частоте причиной материнской смертности в Англии после сердечнососудистых заболеваний. Эта цифра показывает, что послеродовые депрессии заслуживают самого пристального внимания и изучения.

Большое число работ посвящено этой проблеме. Одни авторы указывают на 4,5-28% встречаемости послеродовой депрессии, другие — 10-15%. Различие в данных может быть объяснено тем, что разные авторы считали возникновение депрессивных расстройств в разные сроки после родов. Однако большинство авторов считают диагноз послеродовой депрессии правомочным при ее манифестации в первые 5 нед после родов (Ballard C. et al., 2004; Beck C., 2006; Campbell S.B., 2011).

Факторами риска возникновения депрессии являются психопатология в анамнезе, низкий социальный уровень, плохие супружеские отношения, эмоциональные стрессы (обиды, потеря близких).

В ходе проведенного нами исследования качества сна при беременности в группе здоровых беременных нарушений выявлено не было (19,4±0,8 балла при норме 20 баллов и выше), но следует отметить, что примерно каждая 3-я беременная (33,1%) все-таки отмечала незначительные нарушения качества сна. После родов качество сна повысилось и составило 21,6+0,34 балла.

Реактивная и личностная тревога, изученная по тесту Спилбергера, отмечалась у всех

обследованных, и характеризовалась как средняя (30-60 баллов — критерий среднего уровня тревоги). До родов реактивная тревога составила 44,1 ±6,03 балла, личностная — 41,4±8,3 балла.

После родов реактивная тревога достоверно снизилась и составила 21,2±5,8 балла. Личностная тревога составила 43,9±7,5 балла, т.е. даже несколько повысилась по сравнению с исходными данными.

В группе здоровых небеременных женщин реактивная тревога составила 27,3±2,5 балла, что достоверно выше результатов в основной группе, а личностная — 46,25±4,6 балла, т.е. практически не отличалась от результатов основной группы.

Это можно объяснить тем, что пациентки основной группы на данном этапе жизни выполнили свою социальную и биологическую функции (рождение ребенка), причем субъективно большинство из них оценивали свое самочувствие как хорошее и были довольны полученным результатом. Таким образом, реактивная тревога, которая характеризует состояние пациентки непосредственно в момент опроса, снизилась, но личностная тревога, которая характеризует психическое состояние индивидуума в течение его жизни, осталась на исходном уровне. Этот показатель уже можно объяснить социальными и бытовыми проблемами современной жизни.

Тест Бэка, определяющий степень депрессии, выявил, что накануне родов у большинства беременных отмечалась мягкая степень депрессии (12,9±2,3 балла).

После родов мягкая степень депрессии (14,5±1,9 балла) наблюдалась у 13,2% родильниц, средняя степень (18,2±3,1 балла) — у 17,5% родильниц. Средний показатель теста Бэка составил 9,5±4,3 балла. При детальном изучении анкет большинство родильниц (80%) отмечают появление постоянной усталости, 70% критикуют себя за «ошибки и слабости», 70% отмечают уменьшение интереса к сексуальным вопросам, 50% — разочарование в себе и появление чувства вины за свои поступки, 40% — нарушение сна, 40% отмечают более выраженную раздражительность и чувствуют себя расстроенными, 30% считают, что в их внешности произошли существенные изменения в худшую сторону, 30% испытывают трудности в принятии решений и считают, что их ничего не ждет в будущем. При всем вышеперечисленном объективно эти женщины были социально благополучны, практически здоровы, их состояние и состояние их новорожденных детей не вызывали опасений. При субъективной оценке они были достаточно спокойны и общительны, не предъявляли никаких жалоб. Только при анонимном анкетировании были выявлены эти внутренние психологические проблемы у значительной части родильниц.

Изучение теста САН (самочувствие-активность-настроение) показало, что до родов самочувствие женщин оценивалось в среднем в 52,1 ±8,1 балла, после родов — в 51,7±4,2 балла, т.е. достоверно не различалось ($p < 0,05$).

Активность до родов составила 52,8±9,1 балла, после родов она незначительно снизилась и составила 47,4± 10,3 балла ($p < 0,001$).

Накануне родов настроение женщин оценивалось в 52,3±7,7 балла, после родов оно достоверно улучшилось и составило 59,3±8,5 балла ($p < 0,05$).

При изучении психовегетативного состояния пациенток было выявлено, что до родов синдрома вегетативной дистонии ни у одной пациентки выявлено не было (23,4±6,3 балла при норме до 25 баллов), однако после родов у 28,3% женщин появился синдром вегетативной дистонии (30,2± 12,1 балла).

Это еще раз говорит о том, что послеродовая Депрессия заслуживает самого внимательного отношения, так как она возникает сначала незаметно для окружающих в крайне критический период в жизни женщины-матери, ее ребенка и семьи в целом. Для женщин депрессивное расстройство является большой проблемой первого года после родов, так как адекватная помощь может запоздать из-за поздней постановки диагноза, ведь часто женщины неохотно признаются в своих чувствах из-за ложного стыда или ощущения вины.

Полученные нами данные совпадают с данными литературы о частоте послеродовых депрессий — от 4,5 до 28% (Crullon K., Grimes D., 2007; Hendrick V. et al., 2010). В контексте

негативных последствий депрессивных расстройств для женщины, ее партнера, для дальнейшего развития ребенка в акушерских стационарах необходима психотерапевтическая служба, которая может выделить группу риска развития депрессии и оказать этим женщинам хотя бы экстренную психологическую помощь (Murray L. et al., 2009; O'Hara M., Swain A., 2006; Walsh T. et al., 2008). Заслуживает внимания организация клиник для снятия стресса после родов в зарубежных странах (Allot F., 2006).

2.6. Иммунологические изменения в послеродовом периоде

Во время беременности в организме женщины возникают сложные иммунные реакции, протекающие при участии гуморальных и клеточных факторов иммунитета.

Во время беременности фетоплацентарный комплекс осуществляет иммунные влияния посредством Т- и В-лимфоцитов, естественных киллеров, разнообразных молекулярных факторов (цитокинов) и антител. В значительной степени взаимодействие между фетоплацентарными тканями и иммунной системой определяет успешное окончание беременности (Грязнова И.М. и др., 2007; Иманказиева Ф., 2009).

Однако, несмотря на большое количество работ, посвященных иммунологическим изменениям при беременности, среди исследователей до сих пор нет единого мнения на этот счет. В.Е. Дашкевич (1989) считает, что в III триместре беременности наблюдается активация клеточного иммунитета, а изменения гуморального иммунитета проявляются снижением уровня IgG, повышением уровня IgA при неизмененном уровне IgM. Другие авторы считают, что при физиологическом течении беременности имеют место Т-лимфопения, снижение количества Т-хелперов/индукторов и повышение количества Т-супрессоров/киллеров. Количество В-клеток достоверно снижается, В-лимфоцитов — возрастает (Грязнова И.М. и др., 1997; Тимошенко Л.В. и др., 1990; Трусов Ю.В., 1997). По их мнению, возникающая четко выраженная клеточная иммуносупрессия может рассматриваться как приспособительная реакция, направленная на поддержание иммунной толерантности в системе мать-плод. В.Н. Запорожан и соавт. (2002) приводят аналогичные данные о том, что перед родами имеется тенденция к снижению общего числа лейкоцитов, лимфоцитов, соответственно снижается число Т-хелперов и Т-супрессоров. Эта тенденция сохраняется до 2-3-х суток послеродового периода, поскольку именно в эти дни проявляется гнойно-септическая послеродовая инфекция. По мнению этих авторов, иммуносупрессия выражается также в снижении количества эозинофилов и палочкоядерных нейтрофильных лейкоцитов, а в В-системе и содержании IgG, IgM и IgA достоверных изменений не выявлено.

До сих пор спорным остается диагностическое значение иммунологических исследований. Одни авторы отмечают снижение уровня IgG и IgM, другие, напротив, свидетельствуют о его повышении или отсутствии статистически достоверных изменений (Метелица И.С. и др., 2011; Наумов Ю.Г., 2003).

При изучении состояния иммунокомпетентных клеток Ф.А. Смекуна (1988) показала, что в послеродовом периоде при возникновении инфекционных осложнений наблюдается снижение абсолютного количества Т- и В-лимфоцитов с угнетением функциональной активности Т-клеток.

При изучении сывороточных иммуноглобулинов было выявлено, что только у здоровых родильниц в 1-е сутки после родов содержание IgG и IgM ниже, чем у небеременных женщин; в содержании IgA различий не выявлено. К концу 1-й недели нормального послеродового периода обнаружено значительное увеличение концентрации IgG, что отражает физиологическую реакцию организма в условиях, исключающих поступление IgG от матери к плоду вследствие прекращения тесной связи между их организмами. Содержание IgA и IgM не изменяется. К концу 2-й недели после родов уровень IgA, IgM и IgG стабилизируется и соответствует таковому у небеременных женщин (Бергман А.С. и др., 1983).

Для выявления иммунологических особенностей у женщин в послеродовом периоде нами проведено определение содержания Т-лим- фоцитов (CD3+), Т-хелперов (CD4), Т-супрессоров (CD8"), соотношения Т-хелперов и Т-супрессоров, содержания В-лимфоцитов, концентрации IgA, IgG и IgM у 20 женщин.

Исследования проводились при доношенной беременности в 1-е и 7-е сутки послеродового периода.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что наи более выраженные изменения у родильниц имеют место в 1-е сутки после родов. Происходит снижение Т-лимфоцитов (CD3+) в периферической крови, однако через 7 сут количество этих клеток восстанавливается. Аналогичные изменения отмечены и в содержании Т-клеток (CD4+ и CD8+). Средние показатели содержания В- лимфоцитов имели тенденцию к увеличению в 1-е сутки пуэрперия по сравнению с исходными при беременности.

Следовательно, роды вызывают определенные сдвиги в соотношении субпопуляций лимфоцитов, однако наблюдающиеся изменения в содержании клеток различных фенотипов нормализуются в течение 7 дней неосложненного послеродового периода.

2.7.Основные клинико-лабораторные показатели в послеродовом периоде

Важными показателями течения послеродового периода являются температура и пульс родильниц. Роды являются физиологическим актом, поэтому в послеродовом периоде не должно быть патологического повышения температуры.

Согласно данным большинства авторов, дневные колебания температуры в послеродовом периоде не должны превышать 37,5 °С. Повышение температуры выше 37,5 °С следует расценивать либо как возможное начало развития инфекционного процесса, либо как задержку лохий и всасывание продуктов лизиса, либо как патологическое нагрубание молочных желез или лактостаз.

Непосредственно после родов у некоторых родильниц наблюдаются приступы озноба, который объясняется большим физическим и эмоциональным напряжением организма во время родов или, по предположениям некоторых авторов, попаданием незначительного количества элементов околоплодных вод в кровоток родильницы. Как правило, это не оказывает значительного влияния на температуру тела, и средние ее показатели в течение первых часов после родов равняются в наших наблюдениях 36,9±0,2 °С. Наибольшее повышение температуры в 1-е сутки пуэрперия было зафиксировано через 6- 8 ч после родов и составило 37,2±0,09 °С.

Со 2-х по 9-е сутки пуэрперия у большинства родильниц наблюдались индивидуальные колебания температуры, которые в среднем составляли 0,3-0,5 °С. Средняя температура в этот период была равна 36,7±0,18°С.

Однако следует отметить существование второго пика подъема температуры в пуэрперии, который в наших наблюдениях приходился на 3-4-й день. Обычно это принято связывать с нагрубанием молочных желез и лактостазом, но именно в этот срок, по последним данным, в матке происходят отторжение некротизированной децидуальной ткани, изменение кислотно-основного состояния (выраженный метаболический ацидоз), преобладание в бактериальных посевах из полости матки факультативных аэробов, что, естественно, не может не вызвать определенную общую реакцию организма.

У 37% родильниц в этот период было отмечено повторное повышение температуры от 37 до 37,8 °С (в среднем 37,4±0,35 °С). В 4 (2,9%) случаях имело место повышение температуры выше 38 °С, которое, по-видимому, все-таки было связано с индивидуальной реакцией родильниц на начало лактации, поскольку это состояние быстро купировалось после сцеживания молока и назначения анальгетиков и в дальнейшем не повторялось.

Большое значение для правильного ведения послеродового периода имеет наблюдение за пульсом родильниц. Вследствие физического напряжения и психоэмоционального стресса, каковым являются роды, в раннем послеродовом периоде

пульс может быть несколько учащен, но в большинстве случаев он составлял 77,6± 1,6 уд/мин с колебаниями от 60 до 84 уд/мин. Вообще, частота пульса в пуэрпе- рии — величина очень лабильная, зависящая как от объективных (величина кровопотери в родах, температура, частота сердцебиения до родов), так и от субъективных (темперамент женщины, ее психоэмоциональное состояние, отношения с персоналом, состояние новорожденного и т.д.) причин.

Во время беременности женщины прибавляют в массе больше, чем суммарная масса гипертрофированной беременной матки, околоплодных вод, масса плода и плаценты. Соответственно в послеродовом периоде происходит потеря массы, которая превышает массу содержимого матки и кровопотери. В наших исследованиях средняя прибавка в массе за время беременности составила 10,5+1,3 кг.

В результате родов женщина теряет от 5 до 6 кг массы за счет содержимого матки (плод, плацента, околоплодные воды) и физиологической кровопотери, а в пуэрперии снижение массы тела ежедневно на 1,5-2 кг происходит за счет усиления диуреза (Williams Obstetrics, 2011).

По нашим данным, наибольшая потеря массы происходит в 1-е сутки послеродового периода (в среднем на 5,7 кг). В последующие дни среднесуточная потеря массы значительно уменьшается, однако к 7-м суткам большинство обследованных женщин практически весили столько же, сколько до беременности (62,6±1,7 и 61,5±2,4 кг соответственно).

При осложненном послеродовом периоде, у женщин после кесарева сечения, при заболеваниях ребенка (переживания родильницы) суточная потеря массы тела больше, чем при физиологическом течении пуэрперия.

По данным C. Schauberger и соавт. (1992), большинство женщин восстанавливают свою массу до беременности в течение 6 мес после родов, но все же средняя масса превышает исходную на 1,4 кг. Факторами, которые ускоряют потерю массы после родов, являются быстрое возвращение к работе, курение. Грудное вскармливание, возраст и социальные факторы не влияют на потерю массы. G. Green и соавт. (2008) установили, что если масса тела до родов превышал 9,1 кг, то и после родов она остается повышенной.

Крайне важно следить за характером, количеством и запахом лохий в послеродовом периоде. Лохии представляют собой раневой секрет матки. В первые дни послеродового периода лохии кровянистые за счет значительной примеси крови, с 4-х по 8-9-е сутки они становятся сукровичными, а с 10-х суток приобретают вид жидких светлых выделений. К концу 2-й недели пуэрперия лохии скудные, а к 5-6-й неделе выделения из половых путей прекращаются, и это указывает на то, что эпителизация плацентарной площадки в матке закончена. По данным L. Oppenheimer и соавт. (2009), C. Visness и соавт. (2011), выделение лохий продолжается от 4 до 8 нед (56 дней) после родов. Возраст матери, паритет, масса плода и грудное вскармливание не влияют на длительность выделения лохий.

Всем женщинам проводили общие анализы крови и мочи, биохимическое и гемостазиологическое исследования крови.

Известно, что беременность сопровождается изменениями состава периферической крови, которые становятся более выраженными по мере прогрессирования беременности и в раннем послеродовом периоде (Грязнова И.М. и др., 2007; Запорожан В.Н. и др., 1992; Николаева Е.И., 1990).

Как показали исследования, в процессе беременности снижаются содержание гемоглобина и количество эритроцитов в периферической крови. Поскольку анализы периферической крови наряду с другими лабораторными тестами широко используются для оценки состояния организма, изучение состава периферической крови в динамике нормального послеродового периода представляет несомненный интерес.

Даже при неосложненном течении родов в послеродовом периоде могут возникнуть патологические состояния, требующие серьезных вмешательств. В связи с этим приобретает большое значение исследование периферической крови во время пуэрперия. Однако оценка гематологических показателей должна производиться с учетом особенностей

периферической крови в этом периоде.

По данным некоторых авторов, в 1-3-и сутки после родов в периферической крови родильниц и здоровых небеременных женщин имеются значительные различия. Отмечается снижение количества эритроцитов и уровня гемоглобина, у ряда родильниц уменьшается средний объем эритроцитов, повышена СОЭ, увеличивается количество лейкоцитов. Наблюдаются изменения в лейкоцитарной формуле, выражающиеся в повышении содержания нейтрофилов и уменьшении числа эозинофилов, снижении относительного количества лимфоцитов. Имеется регенераторный сдвиг в лейкоцитарной формуле в отдельных случаях до метамиелоцитов и миелоцитов. Гематологические показатели стабилизируются после 7-х суток (Карташева В.Е. и др., 1986). По данным А.П. Никонова (2003), даже при неосложненном течении пуэрперия до 5-7-х суток после родов в крови родильниц сохраняется повышенное количество лейкоцитов (до 10— 11* 109/л), и только к 8-м суткам оно стабилизируется и может достигать величин, характерных для здоровых небеременных женщин (<8,3-10!)/л). В лейкоцитарной формуле в первые 3-4 сут после родов отмечается выраженный нейтрофилез, у большинства родильниц повышена СОЭ.

В общем анализе крови в динамике 1-й недели послеродового периода количество гемоглобина колебалось от 88 до 135 г/л, количество эритроцитов — от 3,4 до 4,5310|2/л, лейкоцитов — от 5,3 до

26,1 • 109/л, СОЭ — от 12 до 44 мм/ч, палочкоядерных нейтрофилов — от 1 до 9%, сегментоядерных нейтрофилов — от 64 до 87%, лимфоцитов — от 9 до 34%, моноцитов — от 1 до 11%, эозинофилов — от 1 до 3%.

Содержание гемоглобина в среднем изменялось незначительно, однако следует отметить, что в 1-е сутки пуэрперия анемия легкой степени (содержание гемоглобина от 100 до 110 г/дл) диагностировалась у 16,7% родильниц, на 3-и сутки — у 33,4%, на 5-с сутки после начала лечения препаратами железа анемия в анализе крови имела место у 28,6%. Это также является косвенным подтверждением того, что величина кровопотери после неосложненных родов все-таки значительно выше, чем принято считать. Содержание эритроцитов и ге- матокрита мало было подвержено изменениям и у большинства родильниц колебалось в незначительных пределах.

Количество лейкоцитов в циркулирующей крови — важный диагностический показатель. Повышенное содержание лейкоцитов является следствием острых инфекций, воспалительных состояний, травм, острого кровотечения и других осложнений, т.е. формально всех процессов, которые происходят в организме женщины в родах и сразу после родов.

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что даже при неосложненном течении послеродового периода на 1-2-е сутки в крови количество лейкоцитов достоверно повысилось и составило в среднем 19,1±3,9-109/л с колебаниями от 11,7 до 26,1 109/л. У 66,7% пациенток этот показатель только на 7-е сутки достоверно снизился и соответствовал таковому у здоровых небеременных женщин (6,4±0,5-109/л) с колебаниями от 6,1 до 10,1-109/л.

Изменения лейкоцитарной формулы сопутствуют многим заболеваниям и нередко являются неспецифическими. При ее оценке необходимо, по мнению многих авторов, учитывать не только процентное соотношение разных видов лейкоцитов в мазке крови, но и абсолютное содержание их отдельных видов.

В лейкоцитарной формуле в первые 3-4 сут после родов отмечается абсолютный и относительный нейтрофилез. Количество палочкоядерных нейтрофилов в среднем в этот период составило 6,4%, причем примерно у половины родильниц оно доходило до 8-10% при отсутствии клинических признаков инфекционных осложнений. У 34% родильниц эозинофилов при исследовании крови обнаружено не было, у остальных их количество колебалось от 1 до 3%. Количество моноцитов составило в среднем 2,85±0,5%. Одновременно отмечалась относительная лимфопения, количество лимфоцитов составило в

среднем 17,5±1,3% при норме >19%.

СОЭ у подавляющего большинства родильниц была повышена с первых суток послеродового периода до 26,5±3,1 мм/ч с колебаниями от 12 до 44 мм/ч по сравнению с СОЭ при беременности (17,4± 2,6 мм/ч), достигая своего пика на 3-4-е сутки, затем плавно снижаясь, но не нормализуясь окончательно.

Наряду с лейкоцитозом и соответствующими изменениями лейкоцитарной формулы повышение СОЭ служит признаком проходящих в организме инфекционных процессов. В период выздоровления СОЭ снижается, но значительно медленнее по сравнению со скоростью уменьшения лейкоцитарной реакции, что вполне соответствует полученным нами данным.

Таким образом, в первые сутки после неосложненных родов в периферической крови родильниц по сравнению со здоровыми небеременными женщинами имеются значительные изменения, формально характерные для инфекционного процесса (например, лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг, повышение СОЭ), что, однако, не свидетельствует о развитии осложнений, а отражает реакцию организма на инволюционные процессы в матке. Ведь по сути дела после отделения последа внутренней поверхности матки наносится значительная механическая травма, сопровождающаяся кровотечением и появлением большого количества нежизнеспособных тканей (остатки децидуальной ткани, гравидарной слизистой оболочки, фрагментов плодных оболочек), поэтому лабораторные показатели отражают картину первой фазы раневого процесса — фазы воспаления.

Воспаление представляет собой комплекс местных реакций на повреждение. Эти реакции характеризуются повышением проницаемости капилляров, местной вазодилатацией и скоплением лейкоцитов. Это стереотипный ответ организма на любое внешнее воздействие, включая бактериальную инфекцию, механическую травму, локальную гипоксию, химические или физические повреждения, аллергические реакции и т.д. Важную роль в развитии воспаления играют факторы свертывания крови и система комплемента, равно как и многие локально вырабатываемые медиаторы (гистамин, брадикинин, серотонин и др.; Теппермен Дж., Теппермен Х., 1989). Воспаление не может развиться без участия лейкоцитов, поэтому полученные нами результаты клинических анализов крови вполне соответствуют происходящим в послеродовой матке процессам.

При применении гистероскопических методов исследования А.П. Никоновым (2003) было установлено, что на 3-4-е сутки пуэрперия гистероскопическая картина внутренней поверхности матки характеризуется наличием умеренного количества пристеночных сгустков крови, фибрина и обрывков децидуальной оболочки. Отдельные участки эндометрия с сетью просвечивающих сосудов впервые определяются на 5-е сутки после самопроизвольных родов. По мере увеличения срока послеродового периода количество сгустков крови, фибрина и децидуальной оболочки постепенно уменьшается, и к 9-12-м суткам у большинства женщин внутренняя поверхность матки в целом очищается.

Для неосложненного течения послеродового периода свойственно образование рыхлых фибринозных отложений, впоследствии легко разрушающихся при нормальной фибринолитической активности в тканях матки. Об этом свидетельствует высокая концентрация продуктов деградации фибрина в лохиях здоровых родильниц (Фурсова З.К. и др., 1991).

До настоящего времени нет единого мнения об изменении микрофлоры родовых путей у родильниц в разные сроки послеродового периода. Одни авторы полагают, что в первые 2-3 сут после родов полость матки и лохии не содержат бактерий, а с 4-5-х суток бактерии из влагалища проникают в матку, где находят благоприятные условия для развития. Старые акушеры отмечали, что к 3-4-м суткам в матке происходит отторжение некротизированной децидуальной ткани и именно к этому сроку «матка наводнена бактериями».

А.П. Никонов (2003) установил, что отсутствие роста микроорганизмов в содержимом полости матки регистрируется только в 35% случаев, а в 65% из полости матки выделена

различная микрофлора: эпидермальный стафилококк (37,5%), энтеробактерии (37,5%), грамположительные палочки (20%), энтерококки (15%). Причем отсутствие роста микроорганизмов не свидетельствует о стерильности послеродовой матки, так как существующие в настоящее время методы исследования не дают абсолютной гарантии обнаружения малых количеств микроорганизмов. В то же время у 10% пациенток был отмечен высокий уровень бактериальной обсемененности полости матки без развития послеродового эндометрита, что может свидетельствовать о том, что сам факт выделения из матки относительно высоковирулентных микроорганизмов в большом титре не всегда означает наличие воспалительного процесса в эндометрии.

Обращает на себя внимание тот факт, что в первые 5-6 сут после родов преобладает рост факультативных аэробов, что обусловлено наличием в полости матки в первые сутки после родов благоприятных условий для развития именно аэробной микрофлоры (высокое содержание кислорода и низкое содержание углекислого газа в лохиях), pH лохий у здоровых родильниц, по мнению А.П. Никонова (2003), весьма стабилен и в среднем составляет от 7,3 до 7,5. Эти данные соответствуют физиологическому закону, согласно которому организм стремится поддерживать pH внеклеточной жидкости на уровне 7,4, поскольку при этом значении pH создаются оптимальные условия для клеточного метаболизма (Вдовиченко Ю.П., 2001).

В норме у здоровых родильниц на 3-5-е сутки пуэрперия в полости матки имеется выраженный метаболический ацидоз, который может быть обусловлен наличием в матке значительного количества децидуальной ткани и остатков гравидарной слизистой оболочки, подвергающейся некрозу. Однако метаболический ацидоз полностью компенсируется за счет газового алкалоза, который возникает из-за физиологической гиперемии и гипервентиляции матки в послеродовом периоде. К 6-м суткам послеродового периода в основном завершается очищение матки от остатков некротических тканей и начинаются процессы эпителизации и регенерации. При этом уровень метаболического ацидоза в полости матки снижается, а pC02, напротив, несколько увеличивается. В итоге на 6-8-е сутки пуэрперия кислотно-основное состояние в полости матки стабилизируется, обеспечивая поддержание уровня pH в пределах оптимальных значений и в дальнейшем существенно уже не меняется (Наумов Ю.Г., 1993).

При изучении основных биохимических показателей крови родильниц было выявлено достоверное снижение уровня общего белка в 1-е сутки после родов по сравнению с таковым перед родоразрешением — 61,4±2,16 и 65,3±2,7 г/л соответственно (p <0,05). На 5-е сутки пуэрперия количество общего белка стабилизируется и составляет 63,2+1,6 г/л. На 5-е сутки после родов отмечено достоверное (p <0,05) снижение уровня общего билирубина по сравнению с таковым в конце беременности (8,6± 1,12 и 13,1± 1,52 ммоль/л), на 3-и сутки выявлено некоторое возрастание содержания креатинина с 53,4± 1,36 мкмоль/л в конце беременности до 59,3±4,1 мкмоль/л. В содержании мочевины достоверных изменений не выявлено

3-2081.

(3,25+0,67 ммоль/л до родов, 2,91 ±0,43 ммоль/л в 1-е сутки пуэрперия и 3,3±0,44 ммоль/л на 5-е сутки).

С развитием клинической гемостазиологии и внедрением ее достижений в клиническую практику появилась возможность новых подходов к изучению послеродовых осложнений, обусловленных патологией гемостаза. С целью изучения особенностей состояния системы гемостаза в пуэрперии нами было проведено динамическое исследование основных параметров системы свертывания крови накануне родов, в 1, 3, 5 и 7-е сутки после родов. При оценке параметров системы свертывания не было выявлено достоверных различий в значениях ТВ и АЧТВ на протяжении всего исследования.

Накануне родов и в первые 5 сут пуэрперия ПВ достоверно не менялось (в среднем составляя 105,9±4,4%), а к 7-м суткам снижалось до 96,3±4,6%, что практически соответствовало его значению в контрольной группе (94,9±2,2%; p >0,05).

Концентрация фибриногена к концу беременности составила в среднем 516,9±19,9 мг/дл, что в 1,8 раза выше, чем у здоровых небеременных женщин (289,2±8,5 мг/дл). В первые сутки после родов этот показатель возрастал, хотя и незначительно, а к 7-м суткам снижался до 464,5±21,3 мг/дл ($p < 0,05$).

Некоторые авторы считают показатели фибриногена и СОЭ маркерами воспалительного процесса (Назаренко Г.И., Кишкун А.Г., 2000), что косвенно подтверждается данными клинического анализа крови (выраженный лейкоцитоз в 1-е сутки пуэрперия со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ) и мнением многих акушеров о послеродовой матке как раневой поверхности со всеми соответствующими воспалительному процессу фазами.

Уровень Д-димера накануне родов превышал таковой в контрольной группе в 4,9 раза (1,18±0,15 и 0,24±0,1 мкг/мл соответственно). В 1-е сутки после родов отмечено достоверное ($p < 0,05$) увеличение концентрации Д-димера до 3,73±0,91 мкг/мл с последующим ее снижением к 7-м суткам до 1,25+0,51 мкг/мл.

Уровень АТ III к концу беременности практически соответствовал таковому в контрольной группе (96,78±3,9%). Начиная с 3-х суток послеродового периода этот показатель достоверно возрастал ($p < 0,05$) до 117,3±3,8% и оставался таковым до 7-х суток.

Полученные нами данные показывают, что перед родоразрешени- ем у практически здоровых беременных имеет место незначительная активация системы свертывания крови, которая является компенсаторной реакцией организма на предстоящую кровопотерю в родах.

Учитывая наличие обширной внутренней раневой поверхности и соответственное усиление процессов локального тромбообразования в матке, дальнейшие изменения исследуемых параметров гемостаза в течение первых 7-9 сут послеродового периода (увеличение количества тромбоцитов и концентрации фибриногена) представляются физиологическими.

Одновременное увеличение уровня АТ III и снижение концентрации Д-димера свидетельствуют о сохранении баланса между свертывающей и противосвертывающей системами, который не позволяет возникнуть в пуэрперии тромбогеморрагическим осложнениям.

Таким образом, даже при неосложненном течении послеродового периода, локально происходящие процессы в полости матки обязательно вызывают определенную общую реакцию организма родильниц, что подтверждает наличие у значительной части пациенток субфебрильной температуры на 3-4-е сутки после родов. Это можно связать и с нагрубанием молочных желез, однако именно в этот срок пуэрперия в матке при гистологическом исследовании биоптатов в соскобах выявлены децидуальная ткань и обрывки гравидарной слизистой оболочки с расстройством кровообращения, некрозом, диффузной лимфо- и лейкоцитарной инфильтрацией, что соответствует морфологическому описанию первой фазы раневого процесса — фазы воспаления. По нашим данным, даже при неосложненном течении пуэрперия до 5-х суток после родов в периферической крови сохраняется некоторое повышение количества лейкоцитов наряду со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. И только к 7-14-м суткам у значительной части родильниц эти показатели достигают величин, характерных для здоровых небеременных женщин.

Все описанное выше является отражением процессов обратного развития матки.

Снижение температуры и определенная нормализация основных показателей крови объясняются очищением внутренней поверхности матки от продуктов распада и началом ее эпителизации (вторая фаза воспалительного процесса).

В этом отношении сроки выписки родильниц из стационара, эмпирически принятые во многих лечебных учреждениях, — 5-е сутки

— становятся вполне научно обоснованными.

Глава 3. Клиническое течение и ведение послеродового периода

Различают ранний и поздний послеродовой период.

3.1. Ранний послеродовой период

По данным отечественных авторов (Жорданиа И.Ф., 1965; Бодяжина В.И. и др., 1986; Савельева Г.М., 2000), ближайшие 2 ч, а по данным ВОЗ и зарубежных авторов (Danforth D., 1971; Cunningham F. et al., 2001), 1 ч после рождения последа выделяют как ранний послеродовой период. Некоторые авторы склонны считать ранний послеродовой период четвертым периодом родов, потому что он является крайне ответственным из-за возникновения опасных для жизни родильницы осложнений, например кровотечения. Имеется путаница в определении (дефиниции) раннего и позднего послеродового периода. По данным Б.Л. Гуртового (1992), ранний послеродовой период — это первые 8-12 дней после родов, а поздний — время, оставшееся до конца послеродового периода, т.е. до 6-8 нед после родов. Все же большинство отечественных и зарубежных авторов, а также экспертов ВОЗ ранним послеродовым периодом считают первые 1-2 ч после рождения последа. По мнению D. Danforth (2011), N. Franzblau и соавт. (2014), поздний послеродовой период начинается спустя 24 ч и продолжается до 6-8 нед после родов. Итак, единого мнения в определении раннего и позднего послеродового периода нет.

Что касается нашего мнения о дефиниции раннего и позднего послеродового периода, то мы во многом согласны с определением Б.Л. Гуртового. Если считать, что первые 1-2 ч после родов ранним послеродовым периодом, то получается, что поздний послеродовой период охватывает от 2 ч до 6-8 нед после родов. Но это нелогично, так как в организме родильницы в динамике происходят значительные изменения, исчисляемые не часами, а днями, неделями и даже месяцами. Так, в течение первых дней имеется опасность кровотечения, спустя 3-4 дня возможно развитие инфекционных осложнений со стороны половых органов и молочных желез.

Мы согласны, что первые 2 ч после родов опасны из-за возникновения кровотечения, обусловленного нарушением сократительной активности матки, системы гемостаза и др.

Однако мы считаем, что ранний послеродовой период при неосложненном его течении продолжается не 2 ч, а первые 5-7 дней после родов.

В 1 -е сутки после родов дно матки расположено выше лобкового сочленения на 14 - 16 см. Снижаясь ежедневно на 1,5-2 см, на 5-е сутки после родов дно матки находится на середине между пупком и лоном. На 10-12-е сутки матка находится за лоном (в малом тазу).

Быстрота процессов инволюции зависит от многих причин, в частности от индивидуальных особенностей организма родильницы, перенесенных оперативных вмешательств, продолжительности родов, эндокринных влияний, кормления новорожденного грудью и др. Замедление процессов обратного развития матки является одним из ранних клинических проявлений патологического течения послеродового периода.

Более достоверную информацию об инволюционных процессах в матке в послеродовом периоде можно получить при УЗИ (трансабдоминальная и трансвагинальная эхография), которое проводят на 3-5- е сутки после родов. При этом определяют длину, ширину, передне- задний размер матки. Полость матки в первые 3 сут при эхографии определяется в виде структуры щелевидной формы с четкими контурами. УЗИ позволяет выявить различные патологические состояния (субинволюция, лохиометра, расширение полости матки, наличие патологических включений в полости матки — остатки плацентарной ткани, сгустки крови), наличие миоматозных узлов и пр.

Переднезадний размер полости матки на 2-3-и сутки равен 1,5±0,3 см, на 5-7-е сутки — 0,8±0,2 см, на 8-9-е сутки — 0,4±0,1 см. К 3-м суткам послеродового периода содержимое полости матки при УЗИ характеризуется наличием небольшого количества кровяных сгустков и остатков децидуальной ткани, которые в первые 3 сут локализуются в верхних

отделах матки, а к 5-7-м суткам после родов обычно расположены в нижних отделах матки вблизи внутреннего зева. Расширение полости матки более 1,5 см рассматривается как патологическое состояние и требует адекватного медикаментозного или хирургического лечения.

Ультразвуковая картина после кесарева сечения отличается от таковой после родов. Медленнее идет уменьшение матки в длину, отмечается утолщение стенки матки в нижнем сегменте. В области шва на матке визуализируется зона с неоднородной эхоплотностью шириной 1,5-2 см, в структуре которой определяются точечные и линейные сигналы — отражение от лигатур.

У родильниц, обычно повторнородящих, могут быть болезненные послеродовые схватки в первые 3-4 дня, которые часто нарушают покой и сон родильниц и требуют назначения обезболивающих средств (анальгин, аспирин).

Особое внимание следует уделять количеству и характеру выделений (лохий) из половых путей у женщин после родов (цвет, консистенция, запах и др.).

При физиологическом течении послеродового периода в течение первых 3-4 дней полость матки остается стерильной. В очищении внутренней поверхности матки большая роль принадлежит фагоцитозу и особенно внеклеточному протеолизу. В результате распада лейкоцитов, а также микробов освобождаются ферменты, обладающие высокой протеолитической активностью. Протеолитические ферменты уничтожают бактерии, нейтрализуют токсины и способствуют расплавлению и отторжению обрывков децидуальной ткани и сгустков крови, которые выделяются из матки вместе с множеством лейкоцитов. Характер лохий должен соответствовать дню послеродового периода и иметь обычный запах.

Задержка лохий в матке (лохиометра) за счет перегиба ее в области перешейка, понижения сократительной способности матки и закупорки внутреннего маточного зева сгустками крови и обрывками плодных оболочек может способствовать развитию эндометрита. Для уточнения диагноза проводят УЗИ. Показано консервативное лечение, а при отсутствии результата от проводимой терапии осуществляют инструментальную эвакуацию (кюретаж или вакуум-аспирацию) содержимого полости матки.

Ежедневно осматривают наружные половые органы и промежность. Обращают внимание на состояние швов, наличие отека, гиперемии. Производят обработку швов. Не реже 4 раз в сутки родильница должна подмываться теплой водой с мылом. При наличии швов на промежности производят их обработку в перевязочной на гинекологическом кресле 3% раствором перекиси водорода, смазывают слабым раствором марганцовокислого калия. По показаниям во влагалище вводят присыпку, содержащую фурацилин и борную кислоту, таблетку метронидазола, прокладку с левомеколем. При наличии выраженного отека в области половых органов и промежности используют пузырь со льдом, физиотерапевтические воздействия.

Снимают швы на 5-е сутки послеродового периода. Сидеть родильнице разрешается через 2 нед после родов.

После операции кесарева сечения обработка швов и смена повязки производятся в течение 6 дней. Шовную нить удаляют на 7-й день.

Родильницам после кесарева сечения, а также со швами на промежности после самопроизвольных родов в целях лучшего заживления показаны физиотерапевтические процедуры.

Правильной инволюции матки способствует своевременное опорожнение мочевого пузыря и кишечника. Нередко в первые дни после родов у родильниц нет позывов на мочеиспускание и отмечается задержка мочи, что связано с понижением тонуса мочевого пузыря и мочеточников, отеком слизистой оболочки в области шейки мочевого пузыря в связи с проведением эпидуральной анестезии, расслаблением передней брюшной стенки.

По мнению W. Kochenour и соавт. (2007), это состояние связано с применением в родах утеротонических средств, в частности окситоцина, обладающего антидиуретическим

свойством, или проведением анестезии в родах, а также с болезненными ощущениями после родов в области гениталий после зашивания разрывов. S. Yip и соавт. (2008) связывают такие нарушения с длительностью родов. Авторами обследованы 164 женщины после самопроизвольных родов. Выраженная задержка мочи наблюдалась у 14% родильниц, имевших длительность родов 13,3 ч и более. По мнению авторов, при атонии мочевого пузыря в первые дни после родов медикаментозное лечение не обязательно. По нашим данным, задержка мочеиспускания после родов в течение нескольких дней наблюдалась в 0,2-0,3% случаев.

Переполненный мочевой пузырь может легко смещать матку вверх из-за подвижности ее связочного аппарата, что создает ложное впечатление о субинволюции матки, с чем мы неоднократно встречались в нашей практике. Стоило вывести мочу катетером, как величина матки оказывалась нормальной. Поэтому перед осмотром врача, а также перед каждым кормлением родильница должна помочиться.

Увеличение емкости мочевого пузыря сохраняется приблизительно в течение 10 дней, и она восстанавливается в течение 4-6 нед. Почечный кровоток, скорость клубочковой фильтрации и реабсорбция электролитов и аминокислот восстанавливаются через 6 нед после родов.

Если мочеиспускание затруднено, необходимо положить на область мочевого пузыря теплую грелку, подложить теплое судно, пустить струю воды.

Для лечения задержки мочи назначают инъекции питуитрина по 1 мл (5 ЕД) 1-2 раза в день, 0,05% прозерин 0,5-1 мл внутримышечно.

Могут быть использованы физиотерапевтические процедуры: УВЧ-терапия магнитным полем с последующим применением диа- динамических токов. Если указанные средства не помогают, приходится прибегать к катетеризации мочевого пузыря. Если родильница не может помочиться спустя 4 ч, необходимо мочу вывести катетером и, если в мочевом пузыре содержится более 200 мл мочи, оставить катетер в пузыре; его удаляют при емкости пузыря менее 200 мл (Williams Obstetrics, 2011).

Если катетер длительное время находится в мочевом пузыре, то зарубежные авторы для профилактики инфекции мочевого пузыря после удаления катетера рекомендуют использовать ко-тримоксазол (септрим) 2 таблетки (480 мг) 2 раза в день в течение 5 дней или нит- рофурантоин 100 мг 3 раза в день в течение 7 дней. Не следует вводить антибиотики с целью профилактики инфекции, пока катетер находится в пузыре.

При задержке стула на 3-и сутки назначают очистительную клизму или солевое (25% раствор магния сульфата) или растительное (сенаде) слабительное. Задержке стула могут способствовать болезненные геморроидальные узлы и трещины заднего прохода, образующиеся при потугах.

3.2. Течение и ведение послеродового периода во время пребывания родильниц в стационаре.

Одним из важных условий физиологического течения послеродового периода является соответствующий режим.

Организм женщины должен адаптироваться к нагрузке в послеродовом периоде. Этому способствует создание лечебно-охранительного режима. Важны также раннее вставание и лечебная физкультура, которые повышают защитные силы организма, улучшают кровообращение, стимулируют инволюцию матки, функцию мочевого пузыря и кишечника. При отсутствии противопоказаний (главным образом со стороны сердечнососудистой системы) родильницам разрешается вставать через 8-12 ч после родов и на 2-е сутки после кесарева сечения.

Физические упражнения в послеродовом периоде способствуют восстановлению функционального состояния организма родильницы и повышению ее адаптации к предстоящим физическим нагрузкам после выписки из роддома. Применение статических и

динамических дыхательных упражнений с участием диафрагмы и передней брюшной стенки способствует устранению застойных явлений в брюшной полости, ускоряет венозное кровообращение, усиливает приток венозной крови к сердцу. Упражнения для мышц брюшного пресса и тазового дна способствуют более быстрой инволюции перерастянутых во время беременности тканей и сохранению правильного анатомического положения внутренних половых органов. Кроме того, выполнение физических упражнений, в которых участвует поперечная и внутренняя косая мышцы живота, помогает быстрому сокращению матки. В процессе занятий физическими упражнениями улучшается функция сердечнососудистой и дыхательной систем, повышаются окислительно-восстановительные процессы в тканях, усиливается обмен веществ, улучшается лактация, регулируется функция кишечника и мочевого пузыря. При нормальном течении родов физические упражнения можно начинать со 2-го дня после родов. Длительность занятий составляет 15-20 мин.

Противопоказания к физическим упражнениям — значительная кровопотеря в родах, повышение температуры тела выше 37,5 °С, эклампсия, нефропатия, разрывы промежности III степени, деком- пенсированные формы заболеваний сердечнососудистой системы, осложнения послеродового периода (метроэндометрит, тромбофлебит).

На 2-3-и сутки после родов в исходном положении лежа на спине родильница выполняет физические упражнения, усиливающие периферическое кровообращение, уменьшающие застойные явления в брюшной полости и в полости таза, упражнения для расслабления мышц.

Упражнения повторяют 3-4 раза, темп медленный. На 3-и сутки родильницам (без разрывов промежности) разрешают присаживаться в кровати. На 4-5-й день после родов с учетом общего состояния родильницы и при хорошей переносимости занятий нагрузку можно увеличить за счет увеличения числа повторений упражнений (до 5- 6 раз), введения новых упражнений для мышц брюшного пресса и тазового дна. Упражнения выполняют в положении лежа, а также сидя на кровати со спущенными ногами. На 6-8-е сут, кроме упражнений в исходном положении лежа и сидя, вводят упражнения в положении стоя для выработки хорошей осанки, тренировки равновесия. После выписки из роддома женщина должна продолжать занятия под наблюдением врача женской консультации в течение 5-6 нед. Можно выполнять те же упражнения, которые она освоила в роддоме. В дальнейшем следует постепенно переходить к занятиям утренней гимнастикой.

Аппетит у родильниц в первые дни после родов обычно понижен, а затем быстро восстанавливается. Питание кормящей матери должно быть строго сбалансировано и не только удовлетворять потребности собственного организма, но и снабжать в достаточном количестве питательными веществами ребенка.

Общий пищевой рацион при нормальной лактации должен быть увеличен на 1 /3 по сравнению с обычным, так как лактация требует дополнительного расхода энергии. Суточная энергетическая ценность пищи должна составлять 3200 ккал (белки 112 г, жиры 88 г, углеводы не более 310-324 г).

В организм должно поступать до 2000 мл жидкости в сутки. Обязательно включение в рацион витаминов А, Е, В12, С и минеральных солей (кальция, фосфора, магния, железа).

Здоровые родильницы не нуждаются в особой диете. Сразу после родов особенно приятны для родильницы теплый сладкий чай, кофе. В первые дни после родов рекомендуется высококалорийная легкоусвояемая пища: творог, йогурт, манная каша, сладкий чай, кофе с молоком.

В ближайшие дни после родов здоровая родильница испытывает потребность в твердой пище, в которой ей не следует отказывать, так как твердая пища не только позволяет вводить достаточное количество питательных веществ, но и своей массой способствует улучшению перистальтики кишечника и устранению запора, так часто наблюдаемого после родов. Следует, однако, избегать острых блюд, консервов, спиртных напитков, грубой, плохо перевариваемой пищи или пищи, вызывающей метеоризм (горох, чечевица). Рекомендуются молоко, кефир, молочные супы и каши, белый хлеб, яйца, хорошее нежное мясо, овощи,

фрукты, сливочное масло и т.д. Необходимо следить за продуктами, доставляемыми из дома. Кормящей женщине запрещается курить.

Питание родильниц после разрывов промежности III степени и кесарева сечения резко отличается от такового родильниц после неосложненных влагалищных родов.

После кесарева сечения в 1-е и 2-е сутки проводится инфузионно- трансфузионная терапия. С целью стимуляции кишечника на 2-й день после операции внутривенно вводят 20-40 мл 10% раствора хлорида натрия, 0,5-1 мл 0,05% раствора прозерина подкожно и через 30 мин ставят очистительную клизму. Как только кишечник начинает нормально функционировать, назначают стол № 10 с некоторым ограничением количества пищи и с 3-4-х суток при отсутствии противопоказаний переходят на общий стол. Пища должна быть калорийной, качественной и разнообразной, с достаточным количеством белка и растительной клетчатки.

Определенный интерес представляет исследование психического состояния родильницы, в частности функционального состояния центральной и вегетативной нервной системы. Это имеет не только теоретическое, но и практическое значение, так как при определении срока выписки родильницы из стационара наряду с соматическим должно учитываться функциональное состояние центральной и вегетативной нервной системы, а также психоэмоциональное состояние женщины. Л.П. Левинсон (1998) установил, что после родов в коре головного мозга отношения между процессом возбуждения и торможения изменяются в сторону ослабления последнего (Вейн А.М., 2008; Дюкова Т.М., 2005; Морозов А.Н., 2001).

При изучении в динамике функционального состояния центральной нервной системы методом электроэнцефалографии у пациенток с неосложненными родами и послеродовым периодом было установлено, что у здоровых родильниц наблюдается изменение функционального состояния различных отделов которое особенно четко проявляется к 5-му дню после родов. На 3-й день после родов отмечается повышенная активность диэнцефальных структур мозга. К 5-му дню уменьшается активизирующее влияние диэнцефальных отделов и усиливается влияние ретикулярных образований среднего мозга (Ведяев Ф.П., Воробьева Т.И., 1985; Barrok W. et al., 1986).

Заслуживает внимания психоэмоциональное состояние женщины после родов. Родовой стресс сопровождается значительным напряжением и определенной физиологической дисфункцией нейроэндокринной системы, нарушением процессов адаптации, что может приводить к развитию неадекватных реакций во время родов, а также при перестройке организма женщины в послеродовом периоде и в процессе лактации (Вейн А.М., 1998; Киселев А.С. и др., 1993; Haus A., 1986).

В происхождении психовегетативных расстройств играет роль комплекс таких факторов, как инфекция, соматически ослабленное состояние женщины, акушерские осложнения, гормональные расстройства, нарушения функции гипоталамо-гипофизарной системы (Смоленко Л.Ф., 2004; Морозов А.Н., 2011).

Возникновение психовегетативных расстройств, по данным P. Ciolli и соавт. (1973), в свою очередь приводит к повышению количества осложнений послеродового периода, нарушению лактации, связи матери и ребенка, ухудшению взаимоотношений в семье, снижению социальной активности и качества жизни женщины.

Для коррекции этих нарушений рекомендуются немедикаментозные психопрофилактические мероприятия. Только в редких случаях пациенткам могут потребоваться помощь специалиста и назначение психотропных препаратов (Вельвовский И.З., 2004; Морозов А.Н., 2001). Легкая депрессия после родов наблюдается в первые 2-3 дня, иногда продолжается 10 дней. По данным Parkland Hospital, в 50% случаев депрессия наблюдается еще при беременности.

Перед выпиской из стационара родивших женщин интересует вопрос о восстановлении менструаций после родов.

Восстановление менструальной функции после родов свидетельствует об овуляции, а

следовательно, имеется возможность забеременеть.

Родильницам перед выпиской из стационара следует дать рекомендации о начале половой жизни после родов и кесарева сечения. В литературе нет точных указаний, через какое время после родоразрешения может быть возобновлена половая жизнь. Возобновление ее считается слишком ранним, если она не приносит удовлетворения, вызывает боли вследствие неполной инволюции матки, неполного заживления после эпизиотомии или разрывов промежности (Williams Obstetrics, 2001). Подавляющее большинство женщин в послеродовом периоде остаются сексуально активными. В Северной Америке возобновляют половую жизнь спустя 1 мес после родов 98% родильниц, при этом 15% кормящих матерей не применяют контрацепцию (Ford K., Labbok M., 1987).

Родильницам перед выпиской следует дать информацию о методах контрацепции с учетом того, кормит она грудью ребенка или нет.

В послеродовом периоде необходим лабораторный контроль. В обязательном порядке проводят общий анализ крови, мочи. В анализе крови обращают внимание на количество эритроцитов, величину гемоглобина и гематокрита, СОЭ, количество тромбоцитов, лейкоцитов, формулу белой крови (палочкоядерные лейкоциты). У женщин с резус-отрицательной кровью исследуют кровь на резус- антитела.

По показаниям (варикозная болезнь, хронический ДВС-синдром, коагулопатическое кровотечение в родах и т.д.) производят гемоста- зиограмму, обращая особое внимание на величину фибриногена, индекс тромбодинамического потенцитала (ИТП), показатели тромбо- эластограммы, содержание Д-димеров и др. С целью коррекции имеющихся нарушений гемостазиограммы используют реополиглюкин, клексан, фраксипарин.

По показаниям проводят биохимический анализ крови, обращая внимание на количество белка, билирубина, печеночных ферментов, креатинина, электролитов (K, Mg, Na) и др.

В анализе мочи обращают внимание на реакцию мочи, наличие белка, эритроцитов, лейкоцитов, бактерий. По показаниям делают анализ мочи по Нечипоренко, посев мочи.

Родильницам с резус-отрицательной кровью, родившим резус- положительных детей при отсутствии антител, с целью профилактики сенсибилизации вводят иммуноглобулин антирезус до (300 мкг) не позднее 72 ч после родов.

В периоде новорожденности при отсутствии противопоказаний проводят первичную иммунизацию новорожденных против туберкулеза вакциной БЦЖ-М и против гепатита В вакциной Шанвак-В.

Во время пребывания в стационаре и перед выпиской родильницы получают информацию от акушера-гинеколога о гигиене послеродового периода, об уходе за молочными железами, о начале половой жизни, возобновлении менструаций, контрацепции, о принятии душа и ванны, физической работе после выписки. Следует провести беседу о продолжении физических упражнений дома. Желательно дать памятку родильнице или кассету о гимнастике и уходу за ребенком, порекомендовать литературу, касающуюся ухода за ребенком. Педиатр сообщает сведения об уходе за ребенком.

Бандаж на живот современные акушеры рекомендуют только по показаниям (расхождение прямых мышц живота, апоневроза, энтероптоз и др.).

Теплое обмывание под душем или в бане можно разрешить тотчас после выписки родильницы из стационара. Но первую ванну можно принять не ранее 6 нед после родов.

После выписки из стационара родильнице следует постепенно включаться в обычную домашнюю работу. Не рекомендуется выполнять тяжелую физическую работу — это вредит здоровью женщины. После родов связочный аппарат половых органов и мышцы тазового дна расслаблен, матка очень подвижна и легко смещается, поэтому тяжелый физический труд может привести к опущению внутренних половых органов.

До настоящего времени не решен вопрос о времени выписки родильницы из стационара при физиологическом течении пуэрперия, нет четких критериев выписки из стационара.

По нашему мнению, критериями выписки из стационара являются:
- отсутствие жалоб у родильниц;
- нормальная температура тела;
- установилась лактация, состояние молочных желез без патологии;
- ребенок хорошо сосет грудь и прибавляет в массе;
- швы зажили первичным натяжением;
- лохии серозного цвета;
- матка соответствует дню послеродового периода;
- анализ крови без патологии (лейкоциты в норме, гемоглобин выше 100 г/л);
- гемостазиограмма в норме;
- анализ мочи в норме;
- по данным УЗИ послеродовой матки патологии не выявлено;
- у ребенка отпал пуповинный остаток.

Ранее некоторые авторы (Жорданиа И.Ф., 1955; Петченко А.И., 1954) накануне выписки родильниц из стационара рекомендовали проводить на гинекологическом кресле осмотр при помощи зеркал и бимануальное исследование.

В нашей стране сроки выписки после неосложненных родов в последние годы колеблются от 4 до 6 дней, а после неосложненного кесарева сечения — 7-8 дней. По данным T. Cunningham и соавт. (2001) в США после неосложненных родов родильниц выписывают через 48 ч, а после неосложненного кесарева сечения — через 96 ч. Мы считаем, что выписка родильниц из стационара после неосложненных родов на 4-е сутки не обоснована и чревата осложнениями. К этому времени обычно не установилась лактация, не зажили швы на промежности, не закончена эпителизация в матке.

Самым ранним сроком выписки после неосложненных родов мы считаем 5-е сутки: к этому времени устанавливается лактация, снимают швы, нормализуются показатели крови, у ребенка отпадает пуповинный остаток. Слишком ранняя выписка женщин после родов, по данным зарубежным авторов, как мы полагаем, обосновывается высокой стоимостью пребывания в стационаре и налаженной амбулаторной службой после выписки. Но, как нам представляется, амбулаторная помощь по своей эффективности уступает помощи стационарной. По нашим данным, регоспитализация после родов и кесарева сечения (эндометрит, кровотечение, нагноение раны, мастит и др.) после выписки на 6-7-е сутки после родов и на 7-8-е сутки после кесарева сечения наблюдается довольно редко. Особого внимания заслуживает работа M. Lyndon- Rochell и соавт. (2000, США), в которой приведены результаты ретроспективного когортного исследования женщин, проведенного в 1987-1996 гг. У 54 074 женщин роды разрешились путем кесарева сечения, у 142 768 — влагалищным путем. Установлено, что 80% женщин после операции и 30% после инструментальных родов были ре- госпитализированы в течение 60 дней. Наиболее часто госпитализировались женщины, которые были выписаны из стационара ранее 3 дней пребывания в нем. Частыми причинами регоспитализации после кесарева сечения были инфекция матки, нагноение раны, кровотечение, заболевания почек, тромбоэмболия и др.

По данным M. Averden (1999), в Шотландии частота повторной госпитализации в течение 2 мес после спонтанных родов составила 2,1%, после инструментальных влагалищных родов — 5,4%, после кесарева сечения — 6,3%.

Перед выпиской из стационара женщин следует проинформировать о возможных осложнениях: повышении температуры, кровотечении из влагалища, нагноении раны, появлении болей в молочной железе, боли по ходу вен, отеке нижних конечностей, затрудненном дыхании и боли в грудной клетке и др. При наличии указанных жалоб женщина должна немедленно обратиться за медицинской помощью.

При выписке родильницы из стационара следует оформить необходимые документы. Известно, что обменная карта состоит из 3 листков. Один из них посвящен течению беременности, заполняется в женской консультации и остается в истории родов. Второй листок заполняется акушером стационара, куда заносятся сведения о родах и течении

послеродового периода, выдается женщине на руки при выписке из стационара для передачи в женскую консультацию. В детскую консультацию передается листок обменной карты, который заполняется неонатологом стационара, где указываются сведения о ребенке при рождении, о течении неонатального периода и о прививках (БЦЖ, против гепатита и др.). Родильница при выписке получает справку о рождении ребенка для его регистрации в ЗАГСе.

После выписки из стационара родильница в течение 1-й недели должна явиться на прием к врачу женской консультации и на руках должна иметь обменную карту; реже родильницу посещают врач или акушерка из женской консультации. В женской консультации женщинам выписывают больничный лист. Перед выпиской ребенка из стационара дается телефонограмма в детскую поликлинику, и участковый педиатр в ближайшие после выписки дни посещает ребенка.

3.3. Отдаленные результаты родоразрешения (более 6-8 нед после родов)

C. Glasener и соавт. (2005) обследовали 1249 женщин Англии после родов в течение 18 мес. Из них 30% были повторно госпитализированы в течение 8 нед после родов, у 87% имелись осложнения в течение 8 нед после родов и у 76% — до 18 мес.

Таким образом, заболеваемость женщин в пуэрперии в течение 8 нед после выписки из стационара довольно высока, но отмечено ее снижение спустя 18 мес.

Заслуживает внимание исследование S. Brawn, J. Lumley (2008), которые наблюдали 1336 матерей в течение 6-7 мес после родов. Самопроизвольные роды имели место у 69,4% женщин, наложение акушерских щипцов — у 11,6%, наложение вакуум-экстрактора — у 0,7%, экстренное кесарево сечение — у 8,8% и плановое кесарево сечение - у 9,4%. Из них у 94% отмечались различные осложнения и 5,7% таковых не имели.

Мы изучали осложнения и заболеваемость у 500 женщин, родоразрешенных путем кесарева сечения, после их выписки из стационара в течение 6-8 нед и до 1 года после операции.

Наиболее частыми причинами обращения женщин к врачу в послеоперационном (послеродовом) периоде (до 6-8 нед) являлись кровотечение, эндометрит, мастит, тромбофлебит. Кровотечение имело место у 2 (0,4%) женщин и было обусловлено задержкой в полости матки сгустков крови и эндометритом. Эндометрит после операции отмечен у 11 (2,2%) женщин, чаще он развивался после наложения двухрядного шва на матку. Мастит диагностирован у 3 (0,6%) женщин, тромбофлебит — у 5 (1,0%), и из них у 4 имелось варикозное расширение вен.

Что касается отдаленных последствий после родов и кесарева сечения, то мы считаем целесообразным ограничиться наблюдением в течение 1-го года, так как позднее связать наличие заболеваний, особенно гинекологических, с родами и абдоминальным родоразрешением практически невозможно.

Особый интерес через 6-8 нед и до 1 года представляют нарушения менструальной функции после кесарева сечения.

Альгоменорея выявлена у 40 (8%) женщин, гиперполименорея — у 42 (8,4%), дисменорея— у 81 (16,2%). Оказалось, что примерно у половины из них указанные нарушения наблюдались и до абдоминального родоразрешения.

Хронические воспалительные процессы гениталий после кесарева сечения встречаются, по данным литературы, в 20-30% случаев. Согласно нашим данным, хронический эндометрит выявлен у 13 (2,6%) женщин. Для постановки диагноза, кроме учета жалоб на тянущие боли внизу живота, гноевидные выделения из половых путей, субфебрильную температуру, изменений в крови, данных УЗИ, мы проводим цуг-эндометрию. При установлении диагноза хронического эндометрита лечение проводим в стационаре.

Одним из осложнений после кесарева сечения являются боли в животе различной

локализации. По нашим данным, боли внизу живота и в области таза наблюдались у 41 (8,2%) женщины, особенно после повторного кесарева сечения за счет спаечного процесса. Интенсивность болей снижалась по мере увеличения срока после операции.

Смещение матки кверху за счет спаечного процесса нередко наблюдается после кесарева сечения. Смещение матки, по нашим данным, отмечено у 24 (4,8%) женщин. Оно наблюдалось после повторной операции, проведения консервативной миомэктомии, операции на придатках матки, осложненного течения послеоперационного периода (эндометрит, гематома под пузырно-маточной складкой). Диагноз смещения матки устанавливали на основании данных двуручного исследования и УЗИ.

Одним из осложнений после кесарева сечения является формирование неполноценного рубца на матке, однако судить о его наличии вне беременности не представляется возможным, так как для диагностики, кроме проведения УЗИ, требуется использование специальных методов исследования (гистероскопия, гистеросальпингография), от которых женщины часто отказываются. Исследования для определения состояния рубца обычно проводят при наличии беременности, окончательный диагноз ставят при проведении повторной операции.

Нарушения сексуальной функции после кесарева сечения, по данным литературы, встречаются у 25-45% женщин.

По нашим данным, женщины после операции начинали половую жизнь раньше (через 4-6 нед), чем после родов (через 6-8 нед). На нарушения сексуальной функции указывали 25 (5%) женщин. Они отмечали снижение полового влечения, боли во время полового акта, отсутствие оргазма. Указанные жалобы обычно имели место при возобновлении половой жизни через 4-8 нед после операции, затем они уменьшались или исчезали. Оказалось, что у многих женщин нарушения сексуальной функции наблюдались и до абдоминального родоразрешения.

Возможным осложнением после кесарева сечения является бесплодие, но для его диагностики наблюдения в течение 1-го года после операции недостаточно.

Среди осложнений после кесарева сечения отмечаются эндометриоз рубца, келоидные рубцы и др.

Таким образом, после влагалищных родов и кесарева сечения осложнения зависят от времени, прошедшего после родоразрешения. Так, в раннем послеродовом (послеоперационном периоде) наиболее частым осложнением является кровотечение, во время пребывания в стационаре (6-8 дней) — воспалительные заболевания (эндометрит, нагноение раны, мастит, пиелонефрит, тромбофлебит), после выписки из стационара (6-8 нед) — эндометрит, кровотечение, мастит, тромбофлебит. За период от 6-8 нед до 1-го года наиболее частыми осложнениями после кесарева сечения являются нарушения менструальной функции, хронические воспалительные процессы гениталий, боли различной локализации, смещение матки (спаечный процесс), нарушения сексуальной функции, бесплодие и др.

Осложнения и заболевания, возникшие до 6-8 нед после родоразрешения, можно относительно легко связать с родоразрешением.

Более сложно это сделать при осложнениях, обнаруженных значительно позднее после родоразрешения.

Представляет интерес влияние интервала между беременностями на здоровье матери и ребенка. При этом уместно учитывать интервал между родами через естественные родовые пути и при абдоминальном родоразрешении. В отечественной литературе есть указания на неблагоприятное влияние быстро наступившей повторной беременности на состояние матери и плода.

Подобные исследования проводились в бывшем Советском Союзе на территории Средней Азии (Узбекистан, Таджикистан, Туркмения и др.), где в силу религиозных убеждений недостаточно использовалась контрацепция и имело место большое число незапланированных беременностей, закончившихся родами. Течение беременности часто

осложнялось гестозом, анемией, преждевременными родами, кровотечениями при беременности и в родах. Исследователи неблагоприятным считали интервал между родами менее 1 года (Погорелова А.Б., 1990).

Что касается рекомендации о наступлении беременности после кесарева сечения, то большинство авторов считают целесообразным период от 1,5 до 2 лет (Персианинов Л.С., 1956; Козаченко В.П., 1979; Погорелова А.Б., 1990; Слепых А.С., 1986; Кулаков В.И. и др., 2014; Стрижаков А.Н. и др., 2007).

Зарубежные авторы влиянию интервала между беременностями на здоровье матери и плода уделяют особое внимание. В обзоре литературы D. Rousso и соавт. (2012) выделяют два понятия: неблагоприятное влияние короткого и длинного интервала между беременностями на здоровье матери и плода.

Под интервалом между беременностями понимают время между концом одной беременности (дата родов) и началом второй беременности (дата последней менструации перед следующей беременностью). Одни авторы интервал определяют как время между родами, другие — как интервал между зачатиями (Adams M. et al., 2007; Fuentes-Afflick E., Hessol N., 2000; Klerman L., Subramanian R., 2010).

Установлено, что дети, рожденные через 18-23 мес после предыдущих родов, имеют самый низкий перинатальный риск (Zhu B. et al., 2009).

При коротком интервале между родами увеличивается риск рождения детей с малой массой, преждевременных родов, синдрома внезапной смерти детей (Adams M. et al., 2007; Zhu B. et al., 2009; Kalian J. ,2007; Basso O. et al., 2008; Spiers P. et al., 2006).

Интервал между родами менее 6 мес может быть причиной материнской заболеваемости и смертности, анемии, преждевременных родов, преждевременного вскрытия плодного пузыря, эндометрита после родов (Klerman L. et al., 2010; Conde-Agudelo A., Belizan J., 2011).

Раннее наступление беременности некоторые авторы рассматривают как физический и эмоциональный стресс (Klerman L. et al., 2010; Miller J., 2011; Winkvist A. et al., 2012).

В случае короткого интервала между родами не наступает физического выздоровления женского организма и его репродуктивной системы (Klerman L. et al., 2010).

В странах с низким социально-экономическим уровнем процессы адаптации после родов происходят замедленными темпами, и это сказывается на здоровье матери и ребенка при раннем последующем наступлении беременности. Важную роль играет соматическое состояние женщины при предыдущей и повторной беременности.

Длительный интервал между беременностями может также оказывать наблагоприятное влияние на течение беременности, состояние матери и плода. Женщина становится старше, менее фертильной (Conde-Agudelo A., Belizan J., 2012).

B.Zhu и соавт. (2009) на большом материале (1 730 205 новорожденных) установили большое число преждевременных родов, рождения детей с малой массой, если интервал между беременностями превышал 120 мес (10 лет), что авторы объясняют особенностями маточного кровотока, метаболическими и анатомическими факторами.

Наступление беременности с большим интервалом часто бывает незапланированным на фоне хронических заболеваний, при наличии вагинальной инфекции, часто у женщин с низким социально-экономическим статусом, что вызывает психологичсекий стресс, а эго сказывается на течении беременности и ее исходе для матери и ребенка (Bitto A. et al., 2007; Henriksen T. et al., 2007; Klebanoff M., 2009).

По данным A. Conde-Agudelo и J. Belizan (2010), интервал между родами менее 6 мес и более 59 мес повышает риск материнской заболеваемости и смертности, кровотечения в III триместре беременности, анемии, гестоза, послеродового эндометрита.

СПИСОК ОСНОВНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Абрамченко В.В. Нарушение лактации (гипогалактия) у женщин в послеродовом периоде и пути ее коррекции // Беременность и роды высокого риска. — СПб., 2014.— С.375—390.

Алипов В.И., Колодина Л.Н, Корхов и др. Лактация женщины.— Ашхабад, 1988.— 184с.

Айламазян Э.К. Акушерство. — СПб., 2007.

Анкирская А.С., Муравьева В.В. Видовой состав и некоторые биологические свойства лактобацилл при различных состояниях микроэкологии влагалища // Акуш. и гин. — 2010.—#3. — С. 6—8

Ахмедова З.А. Особенности течения послеродового периода при совместном пребывании матери и ребенка: дис. ... канд. мед. наук. — М., 2009.

Бабичева Т.В. Неосложненное течение послеродового периода в современных условиях: дис. ... канд. мед. наук. — М., 2004 Баев О. Р. Комплексная эхографическая оценка послеродовой инволюции матки// Применение ультразвуковой и новых видов энергий в диагностике, терапии и хирургии. — М., 2006.—С. 6-8

Баев О.Р., Стрижаков А.Н., Медведев М.В. Некотрые показатели функционального состояния сердца у здоровых родильниц // Акуш. и гин. —2008. —#6. С. 55—58.

Багдань Ш. Современное предупреждение беременностии планирование семьи. — Будапешт, 2008. —94с.

Бахаев В.В., Раткина И.Е., Лицик Л. А. Механизмы регуляции послеродовой лактации // Акуш. и гин.—2009.—#2.—С. 3—5

Бергман А.С., Озолиня А.Ж. и др. Гормональные и иммунологические показатели нормального послеродового периода// Там же. —2013.—#6—С.41—43.

Бурков С.Г. Гастроэзофагиальная рефлюксная болезнь у женщин в период беременности// Гинекология.—2014.—Т.6,#5.—С.5-10.

Ванина Л.В. Беременность и сердечно-сосудистая патология.—М.,1991.—240с.

Василенко В.Х. Пороки сердца и беременность// Клин.мед.—2008.—Т.44,#12.—С. 3—13.

Вихляева Е.М. Особенности изменений волемических параметром кровообращения у женщин в связи с беременностью и родами // Акуш. и гин. - 2004. - № 1. - С. 12-18.

Вихляева Е.М., Змановский Ю.Ф., Кваснецкий БД., Хопина А А. О мс ханизмах перераспределения крови у родильниц в раннем послеродо вом периоде//Там же. — 2012. — № 11. — С. 46-50.

Вихляева Е.М., Николаева Е.И. Возможность выбора и приемлемость различных методов контрацепции после родов // Там же. — 2013.

№ 6. - С. 20-24.

Воронцов И.М., Фотиева Е.М., Хазенсон Л.Б. Естественное вскармл 11 вание. — СПб., 2014. — 200 с.

Гуртовой Б.Л. Физиология и патология послеродового периода // Справочник по акушерству и гинекологии. — М., 2012. — С. 152-158.

Гуртовой Б.Л., Серов В.Н., Макацария АД. Гнойно-септические за-болевания в акушерстве. — М.: Медицина, 2011. — 256 с.

Грибова М.В. Ближайшие и отдаленные последствия кровопотери при абдоминальном кесаревом сечении в зависимости от проводимой инфу- зионно-трансфузионной терапии : дис.... канд. мед. наук. — М., 2012.

Грязнова И.М., Головистиков И.Н., Себко Т.В. и др. Состояние Т- и В- лимфоцитов у беременных, больных сахарным диабетом // Вопр. охр. мат. - 2008. - Т. 32, № 4. - С. 40-45.

Давыдова И.В. Клиническая оценка содержания макро- и микроэле¬ментов и гормонов в женском молоке : автореф. дис. ... канд. мед. наук. - 2007.- 17 с.

Демидов В.Н. Изменения в системе кровообращения у здоровых женщин при

физиологическом течении беременности, родов и послеро¬дового периода : дис.... д-ра мед. наук. — М., 2007. — 347 с.

Демидов В.Н., Саакян С.С. Потребление кислорода, выделение угле-кислоты и изменение основного обмена у здоровых женщин в период беременности // Вопр. охр. мат. — 2005. — Т. 20, № 12. — С. 55-58.

Дюкова Г.М. Психовегетативные пароксизмы. Клиника, патогенез, лечение : дис.... д-ра мед. наук. — М., 2005.

Елизарова И.П., Разумовская И.Н., Тихонова И.С. Некоторые особен-ности становления лактации при совместном и раздельном пребывании с новорожденными // Вопр. охр. мат. — 2009. — Т. 5, № 1. — С. 39-40.

Елисеев О.М., Шехтман М.М. Беременность: диагностика и лечение болезней сердца, сосудов и почек. — Ростов н/Д : Феникс, 2007. — 640 с.

Запорожан В.Н., Хайт О.В., Низова Н.Н. и др. Изменение показате¬лей иммунной и протеазно-ингибиторной систем при физиологической беременности // Акуш. и гин. — 2002. — Т. 8, № 12. — С. 8-11.

Инструкция Министерства Здравоохранения РФ № 2510/2926-97-82 от 14.05.97. «О порядке предоставления послеродового отпуска при ос¬ложненных родах».

Карташева В.Е., Тихонова И.С., Гаврилова Л.В. Особенности состава периферической крови у здоровых женщин в послеродовом периоде // Акуш. и гин. — 1986. — № 8. — С. 54-55.

Колсанова О А. Сравнительная оценка состояния матери и грудного ребенка в течение первых шести месяцев жизни при их совместном и раздельном пребывании в послеродовом периоде : мед. наук. — Самара,2002.

Коржова В.В., Васильченко В.П., Сальникова З.В. Лечение гнойных ран передней брюшной стенки после акушерских и гинекологических операций с применением низкоинтенсивного лазерного излучения // Акуш. и гин. — 1991. — № 5. — С. 63.

Короткова НА. Диагностика, профилактика и ранняя терапия тре¬щин сосков у родильниц (клинико-маммилоскогшческое обоснование ультразвукового воздействия) : дис.... канд. мед. наук. — М., 2010.

Коршунов В.М., Володин Н.Н., Ефимов Б .А. и др. Микроэкология вла-галища. Коррекция микрофлоры при вагинальных дисбактериозах. — М.: ВУНМЦ М3 РФ, 2009. - 80 с.

Кулагина Н.В. Психологические и физиологические особенности те¬чения послеродового периода при совместном пребывании родильниц и новорожденных : автореф. дис.... канд. мед. наук. — СПб., 2006.

Кулаков В.И., Серов В.Н., Абубакирова А.М., Баранов И.И. Акушерс¬кие кровотечения. — М.: Триада-Х, 2008.

Кулаков В.И.У Чернуха Е.А.У Комисарова Л.М. Кесарево сечение. — 2-е изд. — М.: Триада-Х, 2014. — 320 с.

Ландеховский ЮД. Внешнее дыхание в послеродовом периоде и пос¬ле кесарева сечения // Акуш. и гин. — 2001. — № 1. — С. 53-58.

Ларсен Б. Микрофлора половых путей в норме. Репродуктивное здо¬ровье. Общие инфекции : пер. с англ. / под ред. Л.Г. Кейте и др. — М. : Медицина, 2008.

Мамонова Л.Г. Медико-биологическое обоснование, разработка и клиническая оценка новых специализированных продуктов для кормя¬щих матерей и новорожденных детей : автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2003. - 50 с.

Мануйлова И.А. Современные контрацептивные средства // Между-народная ассоциация «Семья и здоровье». — М., 2013.

Метелица И.С., Метелица А.С., Барышников А.Ю. Особенности им-мунного статуса у женщин в послеродовом периоде // Иммунология. — 2010. -№4.-С. 47-50.

Морозов А.Н. Психотерапия в комплексе лечения вегетативной дис-функции : метод, рекомендации. — М., 2001.

Николаева Е.И. Роль диспансеризации беременных в снижении пе-ринатальной патологии : дис.... д-ра мед. наук. — М., 2010. — 320 с.

Никонов А.Н. Послеродовой эндометрит как проявление раневой ин-фекции (патогенез, принципы диагностики и рациональной терапии) : дис.... д-ра мед. наук. — М., 2013. — 318 с.

Нисвандер К., Эванс А. Акушерство. Справочник Калифорнийского университета. — М.: Практика, 2009. — 740 с.

Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан. — М., 2013.

Орлова В.С. Вопросы внутриматочной контрацепции в послеродо¬вом периоде : дис.... канд. мед. наук. — М., 2002. — 223 с.

Персианинов Л.С. Растяжения и разрывы сочленений таза // Руково¬дство по акушерству и гинекологии. — М., 2014. — Кн. 2. — С. 223-Персианинов Л.С., Молчанова Г Я. Особенности функционального сос тояния матки у родильниц после физиологических родов и осложненных слабостью родовых сил // Вопр. охр. мат. — 2005. — Т. 20, № 12. — С. 50-54.

Персианинов Л.С., Федер З.М., Демидов В.Н. Гематологические пока-затели у здоровых женщин в конце беременности, в родах и раннем пос-леродовом периоде // Акуш. и гин. — 2014. — № 11. — С. 1-4.

Постановление Верховного Совета СССР от 10.04.90 г. «О неотлож¬ных мерах по улучшению положения женщин, охране материнства и детства, укреплению семьи». Ведомости ВС СССР, № 1а, 2010.

Прилепская В.Н., Яглов В.В. Принципы применения барьерных мето¬дов контрацепции у женщин после родов // Акуш. и гин. — 2007. № 1.-С. 49-52.

Репина М.А. Кровотечения в акушерской практике. М. : Медицина, 2006.

Репина М.А. Разрыв матки. — М.: Медицина, 2014.

Рывняк В.В. Механизмы резорбции коллагена при послеродовой ин-волюции матки // Арх. пат. — 2011. — Т. 63, № 1. — С. 32-35.

Рывняк В.В., Гудумак В.С., Рыбакова М.А. и др. Внеклеточная и внут-риклеточная резорбция коллагена гладкомышечными клетками при послеродовой инволюции матки // Бюл. экспер. биол. — 2009. — Т. 127, № 1.-С. 106-108.

Савельева Г.М. (ред.). Акушерство. — М., 2010.

Серов В.Н.у Макацария А.Д. Тромботические и геморрагические осложнения в акушерстве. — М. : Медицина, 2010.

Серов В.Н., Маркин С.А. Критические состояния в акушерстве. — М.: Медиздат, 2013. — 792 с.

Серов В.Н., Стрижаков А.Н.у Маркин С.А. Практическое акушерство. — М.: Медицина, 2007. — 512 с.

Серов В.Н., Жаров Е.В., Олуанде-Кодуоль Т.Г.А. Сравнительный ана¬лиз функционального состояния внешнего дыхания у здоровых жен¬щин у здоровых беременных и родильниц // Акуш. и гин. — 2011. № 8. - С. 45-48.

Сибуле А.у Бобо М., Каталан Ф. и др. Местная профилактика женс¬ких сексуально-трансмиссивных заболеваний: результаты, полученные при применении бензалькониума в форме таблеток «Фарматекс» // Контрацепция, плодовитость, сексуальность. — 2008. — Т. 16, № 5. С. 403-411.

Сиделъникова В.М., Антонов А.Г. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного. — М.: Триада-Х, 2014.

Сильвер Х., Смит Л. Послеродовой период // Акушерство. Справоч¬ник Калифорнийского университета. — М., 2009. — С. 598-615.

Смоленко Л.Ф. К особенностям клиники и нозологической класси-фикации психических расстройств, возникающих в послеродовом пе¬риоде : автореф. дис.... канд. мед. наук. — Краснодар, 2014.

Стрижаков А.Н., Баев О.Р., Лебедев В.А., Асланов А.Г. Современные методы

диагностики и принципы рациональной терапии различных форм послеродового эндометрита // Акуш. и гин. — 2011. — № 5. — С. 37-41.

Стрижаков А.Н., Баев О.Р., Старкова Т.Г. и др. Физиология и патология послеродового периода. — М., 2014.

Стрижаков Л.Н., Давыдов А.И., Шахламова М.Н. Современные мето¬ды контрацепции. — М., 2007. — 122 с.

Стругацкий В.М., Кочиева С.К., Короткова Н.А. Профилактика, ди-агностика и лечение трещин сосков у родильниц // Акуш. и гин. — 2008.-№9.- С. 8-10.

Теппермен Дж., Теппермен Х. Физиология обмена веществ и эндок-ринной системы. — М., 2009. — 656 с.

Тимошенко JI.B.y Вдовиченко Ю.П. Роль иммунной системы в патоге¬незе и лечении гнойно-воспалительных заболеваний после операции кесарева сечения // Акуш. и гин. — 2010. — № 11. — С. 9-12

Травянко ТД.У Яковлев А.А., Новиков Н.П. Содержание некоторых гормонов в крови беременных, родильниц и в грудном молоке в первые дни лактации // Вопр. охр. мат. — 2008. — № 8. — С. 60-62.

Трусов Ю.В. Иммунный статус родильниц и коррекция его наруше¬ний при эндометритах после кесарева сечения : автореф. дис.... канд. мед. наук / Иркутский гос. ин-т усоверш. врачей. — Барнаул, 2007. — 23 с.

Фотиева Е.М., Царегородская Н.В. Грудное вскармливание и психи¬ческое единство «мать-дитя». — М., 2010. — С. 45-51.

Фролова О.Г. Проблема аборта и контрацепция у женщин группы со-циального риска // Планирование семьи. — 2005. — № 4. — С. 25-27.

Фромме Ф. Физиология и патология послеродового периода : пер. с нем.-СПб., 2011.-246 с.

Фурсова З.К., Никонов А.П., Лутфуллаева Н.А., Кучугурова Е.А. Зна-чение цитологического исследования лохий в оценке состояния матки в послеродовом периоде // Акуш. и гин. — 2011. — № И. — С. 45-49.

Чердынцева Г.А., Ширяева Е.К., Литвинова А.М. и др. Совместное пребывание недоношенного ребенка и матери в условиях перинатального центра //Там же. — 2008. — № 6. — С. 40-43.

Чернуха Е.А., Кочиева С.К., Короткова Н.А. Течение и ведение после-родового периода // Там же. — 2006. — № 6. — С. 8-11.

Чернуха Е.А., Соколова З.П., Тихонова И.С. и др. Особенности гормо-нальных соотношений в процессе становления менструального цикла у женщин после родов // Там же. — 2011. — № 7. — С. 18-20.

Чешем К., Радзинский В.Е., Фролов В.А. Лизосомы и их роль в регу-ляции функции репродуктивной системы // Вестн. ассоц. акуш.-гин. —

2008. - № 4. - С. 44-48.

Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. — М.: Медицина, 2007.

Шехтман М.М., Положенкова Л.А. Дискинезия толстой кишки у бе-ременных // Гинекология. — 2014. — Т. 5, № 6. — С. 265-267.

Яглов В.В. Особенность репродуктивного поведения и контрацепции у женщин после родов : дис.... канд. мед. наук. — М., 2010.

Adams M.M., Delaney K.M., Stupp P.W. et al. The relationship of inter-pregnancy interval to infant birthweight and length of gestation_among low risk women // Georgia Pediatr. Perinatal Epidemiol. — 2009. — Vol. 11, suppl. 1. — P. 48-62.

Affandy BKarmadibrata S., Prihartono J. et al. Effect of Norplant on mothers and infants in the postpartum period // Adv. Contracept. — 2012(1 -Vol. 1, № 35. — P. 135-145.

Ahokas A., Kaukoranta J., Aito M. Effect of oestradiol on postpartum depression // Psychopharmacology. — 2014. — Vol. 146. — P. 108.

Allen R.H., Gurewitsch E.D., Shoukas A .A. Computer modeling of shoul der dvstocia //

Am. J. Obstet. Gynecol. — 2014. — Vol. 190. — P. 1804.

Alran S., Sibony O., Oury J.F.F. et al. Differences in management and results in term-delivery in nine European referral hospitals: descriptive study // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. — 2012. — Vol. 103. — P. 1-3.

Alvarez M., Lockwood C.J., Gridini A. et al. Prophylactic and emergen! arterial catheterization for selective embolization in obstetric hemorrhage // Am. J. Perinatol. - 2012. - Vol. 9. - P. 441.

American Psychiatric Association DSM-IV Draft Criteria. Washington : ALA, 2013.

Ammini A.C., MathurS.K. Sheehan syndrome: An analysis of possible aet i ological factors//Aust.N.Z.J Obstet. Gynaecol. — 2014. — Vol. 34. — P. 534.

Andrews W.W., Shah S.R., Goldenberg R.L. et al. Association of post- cesarean delivery endometritis with colonisation by Ureaplasma ure aliticum // Obstet. Gynecol. — 2015. — Vol. 85. — P. 509.

Appleby L., Gregoire A., Platz C. et al. Screening women for high risk of postnatal depression //J. Psvchosom. Res. — 2014. — Vol. 38. — P. 539-545.

Armstrong-Fisher S. et al. Evaluation of a panel of human monoclonal antibodies to D and exploration of the synergistic effects of blending IgGl and IgG3 antibodies on their in vitro biologic function // Transfusion. 2009.- Vol. 39, № 9. - P. 1005-1007.

Atrash H., Ftye A., Hogue C. Incidence of morbility and mortality with JUD in situ in the 1980s and 1990s // Contraception. — 2013. — Vol. 48. P. 84-88.

Avery G.B., Fletcher A.B. Nitrition. Neonatology, Pathophysiology and Management of the Newborn / ed. G.B. Avery. — Philadelphia, 2007.

Ballard C.G., Davis R., Cullen P.C. et al. Prevalence of postnatal psychi¬atric morbidity in mothers and fathers // Br. J. Psychiatry. — 2004. — Vol. 164. - P. 782-788.

Barber G. R., Swygert J.S. Necrotizing fascilitis due to photobacterium damsela in a man lashed By a stingray // N. Engl. J. Med. — 2010. — Vol. 342.-P. 824.

Barret G., Pendry T., Peacock J. et al. Women's sexual health after child¬birth // Br. J. Obstet. Gynaecol. — 2011. — Vol. 107. — P. 186.

Basso O., Olsen J., Knudsen L.B. et al. Low birth weight and preterm birth after short interpregnancy intervals // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2008. Vol. 178.-P. 259-263.

Beck C.T. A meta-analysis of predictors of postpartum depression // Nurs. Res. - 2006. - Vol. 45. - P. 297-303.

Bergant A.M., Heim K., Ulmer H. et al. Early postnatal depressive mood: Association with obstetric and psychosocial factors // 1. Psychosom. Res. — 2009. -Vol. 46.-P. 391.

Berstein P.S., Weiss N. Risk factors scoring for predicting venous throm-boembolism in obstetric patients // Obstet. Gynecol. — 2010. — Vol. 95. — P. 11.

Bitto A., Gray R.H., Simpson J.L. Adverse outcome of planned and unplanned pregnancies among users of natural family planning: a prospec¬ti study // Am. J. Public Health. — 2007. — Vol. 87. — P. 338-343.

Bolaji /./., Tallon D.F., Meehan F.P. et al. The return of postpartum fertil¬ity monitored by enzyme-immunoassey for salivary progesterone // Gynecol. Endocrinol. — 2012. — Vol. 6, № 1. — P. 37-48.

Bounds W., Gnillebaund J., Dominik R. et al. The Diaphragm with and without spermicide. A randomized, comparative efficacy trial // J. Reprod. Med. - 2013. - Vol. 40. - P. 764.

Bowman J.M. The management of Rh-isoimmunization // Obstet. Gynecol. - 2014. - Vol. 1. - P. 52.

Brawn C.E., Lowe T.W., Cunningham F.G. et al. Puerperal pelvic throm-bophlebitis: impact on diagnosis and treatment using X-ray computed tomography and magnetic resonance imaging // lb. — 2014. — Vol. 18, № 6. - P. 789-94.

Brawn C.E., Stettler R.W., Twickler D. et al. Puerperal pelvic throm-bophlebitis: incidence and response to heparin therapy // Am. J. Obstet. Gynecol. - 2009. - Vol. 181, № 1. - P. 143-148.

Brawn U.J., Heaston D.K., Poulson A.M. et al. Uncontrollable postpartum bleeding: A new

approach to hemostasis angiographic arterial embolization // Obstet. Gynecol. - 2009. - Vol. 54. - P. 361-364.

Bfiggs G.G., Freeman R.K., Yaffe S.J. Drugs in Pregnancy and Lactation. - 5th ed. — Baltimore : Williams and Wilkins, 2008.

Bryan T.L., Georgiopoulos A.M., Harms R.W. et al. Incidence of postpar¬tum depression in Olmsted County, Minnesota. A population-based, retro¬spective study //J. Reprod. Med. — 2009. — Vol. 44. — P. 352.

Campbell O.M.R., Gray R.H. Characteristics and determinants of post¬partum ovarion function in women in the USA // Am. J. Obstet. Gynecol. -2013. - Vol. 169. - P. 55-60.

Campbell S.B., CohnJ.F. Prevalence and correlated of postpartum depres¬sion in first-time mothers // J. Abnorm. Psychol. — 2011. — Vol. 100. — P. 594-599.

Capeless E.L., Clapp J.F. When do cardiovascular parameters return to their preconception values? // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2014. — Vol. 165. - P. 883-886.

Chaudron L.H., Jefferson J.W. Mood stabilizers during breast-feeding. A review //J. Clin. Prychiatry. — 2010. — Vol. 61. — P. 79.

Chez R.A., Friedman A.K. Offering effective breastfeeding advice // Contemp. Obstet. Gynecol. — 2012. — Vol. 43. — P. 32.

Chi /., Farr G. Postpartum IUD contraception — a review of an interna¬tional experience // Adv. Contracept. — 2009. — Vol. 5. — P. 127-146.

Chi /., Robbins M., Balogh S. The progestin-only oral contraceptives: its place in Postpartum contraception // lb. — 2012. — Vol. 1, № 8. — P. 1-11.

Chin H.G., Scott D.R., Resnik R. et al. Angiographic embolization of intractable puerperal hematomas // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2009. — Vol. 160.-P. 434.

Churchill H. Caesarean Birth. Experience, Practice and History. - Cronwell Press, 2007.

Clark S.L., Hankins G.D.V., Dudley D.A. et al. Amniotic fluid embolism: Analysis of the National Registry // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2005. — Vol. 172.-P. 1159.

Clark S.L., PhelanJ.P., Yen S. et al. Hypogastric artery ligation for obstet¬ric hemorrhage // Obstet. Gynecol. — 2012. — Vol. 66. — P. 353-356.

Clarke C.A.y Finn R. The protection afforded by FDJ — incompatibility against erythroblasstosis due to Rhesus-anti D // Int. Arch. Allergy. 2011. - Vol. 13. - P. 380.

Clenney T.L.y HigginsJ.C. Vasectomy techniques // Am. Fam. Physician. - 2009.-Vol. 60.-P. 137.

Collins C.D.,JackronJ.E. Pelvic arterial embolization following hysterec¬tomy and bilateral internal iliac artery ligation for intractable primary post¬partum hemorrhage // Clin. Radiol. — 2005. — Vol. 50. — P. 710-714.

Conde-Agudelo A., Belizan J.M. Maternal morbidity and mortality asso¬ciated with interpregnancy interval: cross sectional study // B.M.L — 2010. -Vol. 321.-P. 1255-1259.

Cordonnier C., Ha-Vien D. E., Depret S. et al. Fetal growth restriction in the next pregnancy after uterine artery embolisation for postpartum haemmor- rage// Eur. J. Obstet. Gynecol. Repr. Biol. — 2012. — Vol. 103. — P. 183-184.

Crullon K.E., Grimes D.A. The safety of early postpartum discharge: a review and critique // Obstet. Gynecol. — 2007. — Vol. 90. — P. 860-865.

Cunningham F.G., MacDonald P.C., Gant N.F. et al. Williams Obstetrics. -21st ed.-N.Y., 2011.

Das B.N., Biswas A.K. Ligation of internal iliac arteries in pelvic haemor- rage //J. Obstet. Gynecol. Res. - 2008. - Vol. 24, № 4. - P. 251-254.

Danforth D.N. Textbook of Obstetrics and Gynecology. —2011.

Decousus H., Leizorovicz A., Parent F. et al. A clinical trial of vena caval filters in the prevention of pulmonary embolism in patients with proximal deep-vein thrombosis // N. Engl. J. Med. — 2008. — Vol. 338. — P. 409.

Demey H.E., Hautekeete Ml., Buytaert P. et al. Mastitis and toxic shock syndrome. A case report // Acta Obstet. Gynecol. Scand. — 2009. — Vol. 68. -P. 87.

De Stefano V., Martinelli /., Mannucci P.M. et al. The risk of recurrent deep venous thrombosis among heterozygous carries of both factor V Leiden and G20210A protrombin mutation //N.E.J. Med. — 2011. — Vol. 341. — P. 801.

De Stefano F., Perlaman Peterson H.B. et al. Long-term risk of men¬strual disturbances after tubal sterilization // Am. J. Obstet. Gynecol. —2005. - Vol. 152. - P. 835.

De Swiet M. Maternal mortality: Confidential enquiries into maternal death in the United Kingdom // lb. — 2010. — Vol. 182. — P. 760.

Dewey K.G., Lovelaay C.A., Nommsen-Rivers L.A. et al. A randomized study of the effects of aerobic exercise by lactacing women on brest-milk volume and composition // N. Engl. J. Med. — 2014. — Vol. 330. — P. 449.

Didly G.A. Postpartum hemorrhage: new management options // Clin. Obstet. Gynecol. — 2012. — Vol. 45, № 2. — P. 330-344.

Diaz S.y Peralta 0.,Jues G. et al. Fertility regulation in nursing women: Short-Term influence of low-dose combined oral contraceptive upon lacta¬tion and infant growth // Contraception. — 2013. — Vol. 27. — P. 1-11.

Dordevic V., Rakicevic L., Spasic M. et al. Factor V Leiden, F II G 20210A, MTHFR C 677T mutations as risk factors for venous thromboses during pregnancy and puerperium // Vojnosanit. Pregl. — 2005. — Vol. 62, № 3. — P. 201-205.

Durik A.M., Hude J.S., Clark R. Sequelae of caesarean and vaginal deliv¬eries: psychosocial outcomes for mothers and infants // Dev. Psychol. 2010.- Vol. 36. - P. 251-260.

Drife J. Management of primary postpartum haemorrage // Br. J. Obstet. Gynaecol. — 2007. — Vol. 104, № 3. — P. 275-277.

Duff P., Gibbs R.S. Pelvic vein thrombophlebitis: Diagnostic dilemma and therapevtic challenge // Obstet. Gynecol. Surv. — 2013. — Vol. 35. — P. 365.

Duff W. Pathophysiology and management of post cesarean endomy¬ometritis // Obstet. Gynecol. — 2013. — Vol. 67. — P. 269.

Edelman L., Margaritte C. et al. Obsaining a functional recombinant anti¬rhesus (D) antibody using the boculovirus-insect cell expression system // Immunology. — 2007. — Vol. 91, № 1. — P. 13-19.

El-Refaey H., O'Brien P. et al. Use of oral misoprostol: in the prevention of postpartum haemorrage // Br. J. Obstet. Gynaecol. — 2011. — Vol. 104, № 3. - P. 336-339.

Enns G.M., O'Brien W.E., Kobayashi K. et al. Postpartum «psychosis» in mild argininosuccinate synthetase deficiency // Obstet. Gynecol. — 2005. -Vol. 105, № 5. - P. 1244-1246.

Fahmy K., El-Gazar A., Sammour M. et al. Postpartum colposcopy of the cervix: Injury and healing // Int. J. Obstet. Gynaecol. — 2012. — Vol. 34. - P. 133.

Faich G., Pearson K., Flemming D. et al. Toxic shock syndrome and the vaginal contraceptive sponge //JAMA. — 2006. — Vol. 255. — P. 216-218.

Farley T.M.M., Rosenberg M.J., Rowe P.J. et al. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: An international perspective // Lancet. -2011.-Vol. 339.-P. 785.

Faro S. Soft tissue infections // Infections in Pregnancy / eds L.C. Gilstrap, S. Faro. — N.Y.: Wiley-Liss, 2010. — P. 75.

Farr G., Rivera R. Interactions between intrauterine contraceptive device use and breast-feeding status at time of intrauterine contraceptive device insertion: analysis of T Cu-380A acceptors in developing countries // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2012. — Vol. 167. — P. 144-151.

Faser IS. Review of the use progestagen-only minipils for contraception during lactation // Reprod. Fertil. Dev. — 2011. — Vol. 3. — P. 245-254.

Filshie M. Laparoscopic sterilization // Semin. Laparosc. Surg. — 2009. -Vol. 2.-P. 112.

Finn R., Clarke C.A., Donohoe W. et al. Experimental studies on the pre-vention of Rh haemolitic disease // BMJ. — 2011. — Vol. 1. — P. 1486.

Fleming A.S., Klein E., Corter C. The effects of a social support group on depression, maternal attitudes and behavior in new mothers // J. Child Psychol. Psychiatry. — 2012. — Vol. 33.

— P. 685.

Foldspang A., Mommsen S., Lam G. W. et al. Parity as a correlate of adult female urinary incontinence prevalence // j. Epidemiol. Community Health. - 2014. - Vol. 46. - P. 595-600.

Forman D.N., Videbech P., Hedegaard M.D. et al. Posrpartum depression: identification of women risk // Br. J. Obstet. Gynaecol. — 2010. — Vol. 107. -P. 1210-1217.

Freda V.J., GormanJ.G., Pollack W. et al. Prevention of Rh hemolytic dis¬ease: Ten years clinical experience with Rh immune globulin // N. Engl.). Med. - 2005. - Vol. 292. - P. 1014.

Frederiksen M.C., Walsh T.L., Nelson Al. et al. Breakage and acceptabili¬ty of a polyuretane condom: A randomized, controlled study // Fam. Plann. Perspect. - 2008. - Vol. 30. - P. 73.

French L. Prevention and treatment of postpartum endometritis // Curr. Womens Health Rep. — 2013. — Vol. 3. — P. 274-279.

Gerhardt A, Scharf R.E., Beckmann M.W. et al. Protrombin and factor V mutation in women with a history of thrombosis during prcgnancy and the puerperium //N. Engl. J. Med. — 2010. — Vol. 10. — P. 374.

Gherman R.B., Goodwin T.M. Obstetric implications of activated protein C resistance and factor V Leiden mutation // Obstet. Gynecol. Surv.

2008. -Vol. 55.-P. 117.

Gibbs R.S., Sweet R.L. Maternal and fetal infections clinical disorders // Maternal-Fetal Medicine Principles and Practice. — 3rd ed. / eds R.K. Creasy, R. Resnik. — Philadelphia : W.B. Saunders, 2014. — P. 639-703.

Gilbert W.M., Danieben B. Amniotic fluid embolism: Decreased mortality in a population-based study // Obstet. Gynecol. — 2009. — Vol. 93. — P. 973.

Gilstrap L.C., Van Dorsten P.V., Cunningham F.G. Puerperal hematomas and genital tract lacerations // Operative Obstet. — 2nd ed. — N.Y., 2001.

Glazener CM., Abdulla M., Stroud P. et al. Postnatal maternal morbidity: Extent, causes, prevention and treatment // Br. J. Obstet. Gynaecol. 1995.-Vol. 102. - P. 282.

Glazener C.M.A. Sexual function after childbirth: Women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition // lb. — 1997. Vol. 104. - P. 330.

Goldaber K.G., Wendell P.J., Mclntire D.D. et al. Postpartum perineal morbidity after fourth degree

perineal repair // Am. J. Obstet. Gynecol. 2013. — Vol. 168. — P. 489.

Goldenberg R.L., Klebanoff M.A., Nugent R. et al. Bacterial colonization of the vagina during pregnancy in four ethic groups // lb. — 2006. — Vol. 174.-P. 1618.

Goepfert A.R., Guinn D.A., Andrews W.W. et al. Necrozing fasciitis after cesarean section // Obstet. Gynecol. — 2007. — Vol. 89. — P. 409.

Gorbea Chavez V., Velazquez Sanchez et al. Effect of pelvic floor exercise during pregnancy and puerperium on prevention of urinary stress inconti¬nence // Ginecol. Obstet. Mex. — 2014. — Vol. 72. — P. 628-636.

Green G.W., Smiciklas-Wright Scholl T.O. et al. Postpartum weight change: How much of the weight gained in pregnancy will be lost after delivery? // Obstet. Gynecol. — 2008. — Vol. 71. — P. 701.

Griffiths ELorentz R.P., BaxterS. et al. Acute neurohumoral response to electroconvulsive therapy during pregnancy. A case report //j- Reprod. Med. - 2009. - Vol. 34. - P. 907.

Guilleband J. Contraception after pregnancy // Br. J. Fam. Plann. — 2011.-Vol. 16. - P. 16-29.

Hankins G.D.V., Snyder R.R. Early repair of episiotomy dehiscence // Obstet. Gynecol. — 2010. — Vol. 75. — P. 48.

Hannah P., Adams D., Lee A. et al. Links between early postpartum mood and post-natal depression // Br. J. Psychiatry. — 2012. — Vol. 160. — P. 777.

Hansen A., Jensen D.V., Larsen E.C. et al. Postpartum pelvic pain — the «pelvic joint syndrome»: a follow-up study with special reference to diag¬nostic methods // Acta Obstet.

Gynecol. Scand. — 2005. — Vol. 84, № 2. — P. 170-176.

Hansen E., Chitkara U., McAlpine J. Pelvic arterial embolization for con¬trol of obstetric hemorrhage: a five-year experience // Am. J. Obstet. Gynecol. - 2009. - Vol. 180, № 6. - P. 1454-1460.

Harlap S. Exposure to contraceptive hormones through breast milk-are there long-term health and behavioral conseqences? // Int. J. Gynaecol. Obstet. - 2007. - Vol. 25. - P. 47-55.

Harris B., Lovett L., Newcombe R.G. et al. Maternity blues and major endocrine changes: Cardiff puerperal mood and hormone study II // B.M.J. -2014. - Vol. 308. - P. 949.

Hatcher R.A., Trussel J., Stewart F. et al. Contraceptive Technology. — 17th ed. - N.Y.: Ardent Media, 2008. - P. 548.

Hendrick V., Altshuler L., Strause T., Grosser S. Postpartum and non pos- rpartum depression: difference in presentation and response to pharmaco¬logical treatment // Depress. Anxiety. — 2010. — Vol. 11. — P. 66-72.

Hendrix N.W., Chauhan S.P., Morrison J.C. Sterilisation and its conse-quences // Obstet. Gynecol. Surv. — 2009. — Vol. 54. — P. 766.

Hillan E.M. Caesarean section versus vaginal delivery: a comparison of outcomes //J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. — 2011. — Vol. 10. — P. 144.

Horrigan T.J., Schroeder A.V., Schaffer R.M. The triad of substance abuse, violence and depression are interrelated in pregnancy // J. Subst. Abuse Treat. - 2010. - Vol. 18. - P. 55.

Howie P.W. Natural regulation of fertility // Br. Med. Bull. — 2013. — Vol. 49. - P. 182-199.

Hurst N.M. Lactation after augmentation mammoplasty // Obstet. Gynecol. - 2006. - Vol. 87. - P. 30.

Ismail M.A., Chandler A.E., Beet M.E. Chlamidial colonization of the cervix in pregnant adolescents //J. Reprod. Med. — 2005. — Vol. 30. — P. 549.

Karstrup S., Solvin J., Nolsoe C.P. et al. Acute puerperal breast abscesses. US-quided drainage // Radiology. — 2013. — Vol. 188. — P. 807.

Keller M.A.y Heiner D.C., Kidd R.M. et al. Local production of IgG4 in human colostrums // J. Immunol. — 2010. — Vol. 130. — P. 1654-1656.

Kennedy K.I., Visness C.M. Contraceptive efficacy of lactional amenorrea // Lancet. - 2009. - Vol. 339. - P. 227-230.

Klebanoff M.A. The interval between pregnancies and the outcome of subsequent birth // N. Engl. J. Med. — 2013. — Vol. 340. — P. 643-644.

Klerman I., Subramanian R. Interpregnancy intervals: the long and the short of it // ORGYN. - 2010. - Vol. XI. - P. 45-47.

Koldovsky O., Britton J., GrimesJ. et al. Milk-borne epidermal growth factor (EGF) and its processing in developing gastrointestinal tract // Endocr. Regul. - 2011. - Vol. 25. - P. 56.

Koonin L.M., Mac Kay A.P., Berg CJ. et al. Pregnancy-related mortality sur-veillance-United States 2007-2010 // MMWR. - 1997. - Vol. 46. - P. 17.

Krasomski G., KraewskiJ., Oszukowski P. Wound dehiscence after cesare¬an section-causes and therapeutic procedure // Int. J. Gynaecol. Obstet. - 2013.-Vol. 83, №3.-P. 112.

Kremer J.A.M., Rolland R., Heijden P.F.M. et al. Return of gonadotropic function in postpartum women during bromcriptine treatment // Fertil. Steril. - 2009. - Vol. 51. - P. 622-627.

Kroght V., Duffy L.C. et al. Posrpartum immunization with rubella virus vaccine and antibody response in breast-feeding infants // Lab. Clin. Med. -2004. - Vol. 113. - P. 695-699.

Krohn M.A., Hillier S.L., Baker CJ. Maternal peripartum complications associated with vaginal group B streptococci colonization // J. Infect. Dis. -2012.-Vol. 179.-P. 1410.

Ladner H.E., Danielsen B., Gilbert W.M. Acute myocardial infarction in pregnancy and puerperium: a population-based study // Obstet. Gynecol. — 2005. - Vol. 105, № 3. - P. 480-484.

Lara R., Sanchez R.A., Aznar R. Application of intrauterine device through the incision of the cesarean section // Ginecol. Obstet. Mex. — 2008. - Vol. 57. - P. 23-27.

Lee S.H., Jones J.S. Postpartum tubal sterilisation //J. Reprod. Med. — 2011. - Vol. 36, №

10. - P. 703-706.

LindJ.E., Smith A.M., Me Kiver D.K. et al. Heath bern in pregnancy — a manometry study // C.M.A.J. — 2008. — Vol. 98. — P. 571-574.

Lockwood CJ. Heritable coagulopathies in pregnancy // Obstet. Gynecol. Surv. — 2009. — Vol. 54. — P. 754.

Lyndon-Rochell M., Holt V.L., Martin D.P. et al. Association between method of delivery and maternal rehospitalization // I.A.M.A. — 2000. — Vol. 283.- P. 2411.

Maberry M.C., Gilstrap L.C., Bawdon R.E. et al. Anaerobic coverage for intraamniotic infection: Maternal and perinatal impact // Am. J. Perinatol. -2011.-Vol. 8.-P. 338.

MacArtur C., Lewis M., Knox E.G. Health after childbirth // Br. J. Obstet. Gynaecol. — 2012. — Vol. 98. — P. 1193.

Maier R.C. Control of postpartum hemorrhage with uterine packing // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2013. — Vol. 169, № 2. — P. 317-321. Discussion 321-323.

Marcovici I., Scoccia B. Postpartum hemorrhage and intrauterine ballon tamponade. A report of three cases //J. Reprod. Med. — 2009. — Vol. 44, №2.-P. 122-126.

Matheson I., Aursnes I., Horgen M. et al. Bacteriological findings and clin¬ical symptoms in relation to clinical outcome in puerperal mastitis // Acta Obstet. Gynecol. Scand. — 2008. — Vol. 67. — P. 723.

Me Mahon MJ. et al. Comparison of a trial of labour an elective second cesarean section // N. Engl. J. Med. — 2006. — Vol. 335. — P. 689.

Me Neely S.G., Hendrix S.L., Bennet S.M. et al. Synthetic graft placement in the treatment of fascial dehiscence with necrosis and infection // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2008. - Vol. 179. - P. 1430.

McCleary M.J. Epidermal growth factor: An important constituent of human milk //j. Hum. Lact. — 2011. — Vol. 7. — P. 123.

Meier B., Huch R., Zimmermann R. et al. Does continuing oral magnesium supplementation until delivery affect labour and puerperium outcome? // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. — 2005. — Vol. 14.

Menta A, TalwalkarJ., Shetty C.V. et al. Microbial flora of the vagina // Microecol. Ther. — 2007. — Vol. 23. — P. 1-7.

Menta S.H., Bujold E., Blackwell S.C. et al. Is abnormal labour associated with shoulder dystocia in nuleiparous women // Am. J. Obstet. Gynecol. -2014. - Vol. 190. - P. 1604-1609.

Miller D.A, Paul R.H. Rupture of the unscarred uterus // lb. — 2006. — Vol. 174. - P. 345.

MillerJ.E. Birth intervals and perinatal health: an investigation of three hypotheses // Fam. Plann. Perspect. — 2011. — Vol. 23. — P. 62-70.

Miller LJ. Use of electroconvulsive therapy during pregnancy // Hosp. Commun. Psychiatry. — 2014. — Vol. 45. — P. 444.

Mishell D.R., Sulak P.J. The JUD: Dispelling the myths and assessing the potential // Dialog. Contracept. — 2007. — Vol. 5. — P. 1.

Moore L.L., Valuck R., Me Dougell C., Fink W. A comparative study of one-year weight gain among users of medroxyprogesterone acetate, lev¬onorgestrel implants and oral contraceptive // Contraception. — 2005. — Vol. 52.-P. 215.

Morgans D. Bromcriptine and postpartum lactation suppression // Br. J. Obstet. Gvnaecol. - 2007. - Vol. 102. - P. 851.

Mortola J.F. The use of psychotropic agents in pregnancy and lactation // Psychiatr. Clin. North Am. — 2009. — Vol. 12. — P. 69.

Murrau L.y Sinclai D., Cooper P. et al. The socioemotional development of 5-years old children of postnatally depressed mothers //J. Child Psychol. Psychiatry. - 2009. - Vol. 40. - P. 1259-1271.

Nagaya K.y Fetters M.D., Ishikawa M. et al. Cause of maternal mortality in Japan //JAMA. - 2010. - Vol. 283. - P. 2661.

Nduati R.yJohn G., Mbori-Hgacha D et al. Effect of breastfeeding and for¬mula feeding on

transmission of HIV-1: A randomized clinical trial // lb. - P. 1167.

Neville M.C., Allen J.C., Watters C. The mechanisms of milk secretion // Lactation Physiology of Nutrition and Breast-Feeding. — N.Y., 2013. — P. 49-102.

Newburg D.S. et al. Role of human-milk lactadgerin in protection against symptomatic rotavirus infection // Lancet. — 2008. — Vol. 351. — P. 1160.

Nielsen-Foiman D., Videbech P., Hedegaard M et al. Postpartum depres¬sion: Identification of women at risk // Br. J. Obstet. Gynaecol. — 2010. Vol. 107.- P. 1210.

Nilsson S., Nygren K., Johansson E.D. a-Norgestrel concentrations in maternal plasma milk, and child plasma during administration of oral con-traceptives to nursing women // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2007. — Vol. 1, № 120.- P. 178-184.

Oates M. Management of major mental illness in pregnancy and the puerperium // Baillieres Clin. Obstet. Gynaecol. — 2009. — Vol. 3. — P. 905.

O'Hanley K., Huber D.H. Postpartum IUDs: keys for success // Contraception. — 2012. — Vol. 45. — P. 351-361.

O'Hara M.W., Swain AM. Rates and risk of postnatal depression — meta-analysis // Int. Rev. Psychiatry. — 2006. — Vol. 8. — P. 37-54.

Okamura T., Takenchi T., Nichi O. et al. Effects of low-calorie diet in puerperium on prolactin TSH, estradiol and milk secretion // Acta Obstet. Gynecol. Jap. - 2007. - Vol. 39, № 11. - P. 2059-2065.

O'Leary J A. Uterine artery ligation in the control of postcesarean hem¬orrhage //J. Reprod. Med. — 2005. — Vol. 40. — P. 189-193.

Oppenheimer L.W., Sheriff E.JI., Goodman J.D.S. et al. The duration of Lochia // Br. J. Obstet. Gynaecol. — 2006. — Vol. 93. — P. 754.

Owen J., Andrews W.W. Wound complications after cesarean section // Clin Obstet. Gynecol. — 2014. — Vol. 27. — P. 842.

Owen J., Hauth J.C. Episiotomy infection and dehiscence // Infection in Pregnancy / eds L.C. Gilstrap III, S. Faro. - N.Y., 2010. — P. 61.

Paarlberg K.M., Vingerhoets A./., PasschierJ. et al. Psychosocial factors as predictors of low birth weight and preterm delivery // Am. J. Obstet. Gynecol. - 2006. - Vol. 174. - P. 381.

Pabinger Grafehofer H., Kaider A. et al. Risk of pregnancy-associated recurrent venous thromboembolism in women with a history of venous trombosis //J. Thromb. Haemost. — 2005. — Vol. 3, № 5. — P. 949-954.

Paterson T., InnesJ. et al. Variation in IgGl heavy chain allotype does not con-tribute to differences is biological activity of two human anti-Rhesus (D) mono¬clonal antibodies // Immunotechnology. — 2008. — Vol. 4, № 1. — P. 37-47.

Pelage J.P., Le Dref O., Jacob D. et al. Selective arterial embolization of the uterine arteries in management of intractable post-partum hemorrhage // Acta Obstet. Gynecol. Scand. — 2009. — Vol. 78. — P. 698.

Perez C.f Labbok M.H., Queenan J.T. Clinical study of the lactational amenorhea method for family planning // Lancet. — 2012. — Vol. 339. — P. 968-970.

Peterson H.B., Jeng G., Folger S.G. et al. Collaborative Review of Sterilisation Working Group: The risk of menstrual abnormalities after tubal sterilization // N. Engl. J. Med. — 2010. — Vol. 343. — P. 1681.

Peterson H.B., Xia Z, WucoxL.S. et al. Pregnancy after tubal sterilization bipolar electrocoagulation. US Collaborative Review of Sterilisation Working Group// Obstet. Gynecol. — 2009. — Vol. 94. — P. 163.

Pfuhlmann B., Franzek E., Beckmann H. et al. Long-term course and out¬come of severe postpartum psychiatric disorders // Psychopatology. 2011. - Vol. 32. - P. 191.

Piccinino L.J., Mosher W.D. Trends in contraceptive use in the United States: 1982-1995 // Fam. Plann. Perspect. — 2008. — Vol. 30. — P. 4.

Pietrantoni M., Goss S., Gall S.A. A prospective randomized clinical study to compare the clinical safety, effectiveness, and cost of oral ofloxacin/clin¬damycin vs intravenous

clindamycin/gentamicin for the treatment of post¬partum endomyometritis // Prim. Care Update Obstet. Gynecol. — 2012. — Vol. 5.- P. 146-147.

Polati F., Montrasiol M.G., Mandelli. Increased milk secretion in puer- perium by a dopaminergic blocker : Int. Cong. Endocrinol. — Torino, 2014. - P. 41 (abst.).

Propst A.M., ThorpJ.M. Traumatic vulvar hematomas: Conservative ver¬sus surgical management // South. Med. J. — 2008. — Vol. 91. — P. 144.

Ractiagan S.P., Raman S., Balasundram G. et al. Rupture of the pregnant uterus-A 21-year review // Aust. N.Z. J. Obstet. Gynaecol. — 2011. — Vol. 31.-P. 37.

Ramin S.M., Ramus R., Little B. et al. Early repair of episiotomy dehis¬cence associated with infection // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2012. — Vol. 167.-P. 1104.

Ridgway L.E. Puerperal emergency: Vaginal and vulvar hematomas // Obstet. Gynecol. Clin. North Am. — 2005. — Vol. 22. — P. 275.

Robson S.C., Boys R.J., HunterS. et al. Maternal hemodinamics after nor¬mal and delivery complicated by postpartum hemorrhage // Obstet. Gynecol. - 2009. - Vol. 74. - P. 234-239.

Robson S.C., Dunlop W., Hunter S. Hemodynamic changes during the early puerperium // BMJ. — 2007. — Vol. 294. — P. 1065.

Rojnik B.y Kosmely K., Andolsek-Jeras L. Initiation of contraception post-partum // Contraception. — 2010. — Vol. 51. — P. 75-81.

Romito P. Mothers experience of breast-feeding // J. Reprod. Infant. Psychol. Stud. - 2008. - Vol. 6, № 2. - P. 89-99.

Rosenfeld B.L., Taskin O. et al. Menstrual psychosexual psychological and somatic sequeloe following postpartum sterilization // J. Obstet. Gynaecol. - 2011. - Vol. 18. - P. 3.

Rotmensch S., Vishne T.H., Celentano C. et al. Maternal infections mor¬bidity following multiple courses of betametasone // J. Infect. — 2009. — Vol. 39. - P. 49.

Rousso D., Panidis D., Gkoutzionlis F. et al. Effect of the interval between pregnancies on the health of mother and child // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. - 2012. - Vol. 105. - P. 4-6.

Ryding E.L., Wijma K., Wijma B. Psychological impact of emergency cae-sarean section in comparison with elective caesarean section, instrumental and normal vaginal delivery //J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. — 2008. — Vol. 19.-P. 135-144.

Schauberger C.W., Rooneu B.L., BrimerL.M. Factors that influence weight loss in the puerperium // Obstet. Gynecol. — 2012. — Vol. 79. — P. 424.

Schmeelk K.H., Granger D.A., Susman EJ. et al. Maternal depression and risk for postpartum complications: Role of prenatal corticotropin — releas¬ing hormone and interleikin-1 receptor antagonist // Behav. Med. — 2009. -Vol. 25. - P. 88.

Schrag S.J., Zywicki S., Farly M.M. et al. Group B streptococcal disease in the era of intrapartum antibiotic prophylaxis // N. Engl. J. Med. — 2000. — Vol. 342. - P. 15.

Seguin L., Potvin L., Denis M. et al. Chronic stressors, social support and depression during pregnancy // Obstet. Gynecol. — 2005. — Vol. 85. — P. 583.

Shaaban V.V., Odlind V., Salem H.T. et al. Levonorgestrel concentrations in maternal and infant serum during use of subdermal levonorgestrel contra¬ceptive implants, Norplant by nursing mothers //Contraception. — 2006. — Vol. 33. - P. 357-363.

Sherer D.M., Damico M.L., Warshal D.P. et al. Recurrent mild abruptio placenta occurring immediately after repeated electroconvulsive therapy in pregnancy // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2001. — Vol. 165. — P. 652.

Shikary Z.K., Betrabet S.S., Toddiwala V.S. et al. Pharmacodinamic effects of levonorgestrel (LNG) administered either orally or subdermally to early posrpartum lactacing mothers on urinary levels of follicle stimulationg hor¬mone (FSG), luteinizing hormone (LH) and testosterone (T) in their breastfed male infants // Contraception. — 2006. — Vol. 34. — P. 403-412.

Shy K.K., Eschenbach D.A. Fatal perineal cellulitis from an episiotomy site // Obstet. Gynecol. — 2009. — Vol. 52. — P. 293.

Soltesz S., Biedler A., Ohlmann P. et al. Puerperal sepsis due to infected episiotomy wound // Zentralbl. Gynakol. — 2011 — Vol 121. — P. 441.

Soper D.E., Brockwell WJ., Dalton H.P. The importance of wound infec¬tion in antibiotic failures in the therapy of postpartum endometritis // Surg. Obstet. Gynecol. — 2012. — Vol. 174. — P. 265.

Spitz A.M., Lee N.C., Peterson H.B. Treatment for lactation suppression: Little progress in one hundred years // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2010. — Vol. 179. - P. 1485.

Stein A., Gath D.N., Bucher J. et al. The relationship between postnatal depression and mother-child interaction // Br. J. Psychiatry. — 2001. — Vol. 158. - P. 46.

Steqman F.B. Infections and inflammations of the breast // Breast Disease for Gynecologist / ed. W.H. Hindle. — Norwalk : Appleton and Lange, 2010.-P. 151.

Tankeqoon M., Dusitsin N., Chalapati S. et al. Effects of hormonal contra-ceptives on milk volume and infant growth // Contraception. — 2014. — Vol. 30. - P. 505-522.

Thiery M., Van Kets Van der Pas H. Immediate postplacental IUD insertion: the expulsion problem // lb. — 2005. — Vol. 31. — P. 332-349.

Toddy walla V.S., Menta S., Saxena B.N. Transfer of contracept steroids from human breast milk to infants: effects of steroid on luteinezin hormone and testosterone levels and possible biologic activity // Long-Active Contraceptive Delivery Systems. — 2014. — P. 362-367.

Tran T.S.yJamulitrat S. et al. Risk factors for postcesarean surgical site infection // Obstet. Gynecol. — 2000. — Vol. 95. — P. 367.

TrusselJ., Kost K. Contraceptive failure in the United States: A critical review of the literature // Stud. Fam. Plann. — 2007. — Vol. 18. — P. 237.

TrusselJ., Levegue J.A., KoenigJ.D. et al. The economic value of contra¬ception: A comparison of 15 methods // Am. J. Public Health. — 2005. — Vol. 85. - P. 494.

Urschel f.D. Necrotizing soft tissue infections // Postgrad Med. J. — 2009. - Vol. 75. - P. 645.

Van Kets H., KleinhoutJ.y Osier M. Clinical experience with the GYNE — T 380 postpartum intrauterine device // Fertil. Steril. — 2011. — Vol. 55, №6.- P. 1144-1149.

Vedantham S., Goodwin S.C., Me Lucas B. et al. Uterine artery emboliza¬tion: An underused method of controlling pelvic hemorrhage // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2007. — Vol. 176. — P. 938-948.

Vikrup L.y Lose G., Rolfl M. et al. The symptom of stress incontinence caused by pregnancy or delivery in primiparas // Obstet. Gynecol. — 2012. -Vol. 79. - P. 945-949.

Visness C. M., Kennedy KJ., Ramos R. The duration and character of postpartum bleeding among breast-feeding women // lb. — 2007. — Vol. 89. -P. 159.

Walsh Г., Grimes D., Freziers R. et al. Randomized controlled trial of pro-phylactic antibiotics before insertion of intrauterine devices // Lancet. - 2008.-Vol. 351.-P. 1005.

Walters B., Thompson M., Lee A. et al. Blood pressure in the puerperium // Clin. Sci. - 2006. - Vol. 71. - P. 586-594.

Weissman M.M., Olfson M. Depression in women: Implications for health care research // Science. — 2005. — Vol. 269. — P. 799.

Weiwen Y. Study of the diagnosis and management of amniotic embolism: 38 cases of analysis // Obstet. Gynecol. — 2010. — Vol. 95. — P. 2000.

Wilson L.M., Reid A.J., Milder D.K., Biringer A. et al. Antenatal psychoso-cial risk factors associated with adverse postnatal family outcomes // Can. Med. Assoc. J. — 2006. — Vol. 154. — P. 785-799.

Winkvist A., Rasmussen K.M., Habicht J.P. A new definition of maternal depletion syndrome// Am. J. Public Health. — 2012. — Vol. 82. — P. 691-694.

Witlin A.G., Sibai B.M. Postpartum ovarian vein thrombosis after vaginal delivery: a report 11 causes // Obstet. Gynecol. — 2010. — Vol. 85, № 5. — P. 775-80.

Xu J-X., Connel C., Chi I-C. Immediate postpartum intrauterine device incertion — a report on the Chinese experience // Adv. Contracept. — 2002. -Vol. 8.-P. 281-290.

Yagi Fukushima K., Satoh S. etal. Postpartum retroperitoneal fasciitis: a case report and review of literature // Am. J. Perinatol. — 2005. — Vol. 22, №2.-P. 109-113.

Zahn C.M., Yeomans E.R. Postpartum haemorrage: placenta accreta, uterine inversion and puerperal hematomas // Clin. Obstet. Gynecol. — 2010. - Vol. 33. - P. 422.

Zatuchni G.J., Shelton J.D., Goldsmith A. et al. Female transervical steril-ization // PARFR series on Fertility Regulation. — Philadelphia : Harper and Row, 2013.

Zhu B.P., Rolfs R.T., Naugle B.E. et al. Effect of the interval between pregnan-cies on perinatal outcome //N. Engl. J. Med. — 2009. — Vol. 340. — P. 589-594.

Zimbelman J., Palmer A., ToddJ. Improved outcome of clindamycin com¬pared with beta-lactum antibiotic treatment for invasive streptococcus pyo¬genes infections // Pediatr. Infect. Dis. — 2010. — Vol. 18. — P. 1096.

Zlotnik C.Jonson S.L., MillerI.W. et al. Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal — therapy-ori¬ented group intervention // Am. J. Psychiatry. — 2011. — Vol. 158.
P. 638-640.