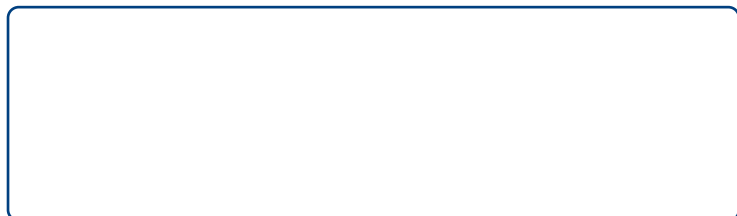


**Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Научно-клинический центр имени Башларова»**



Утверждаю
Проректор по учебно-
методической работе

_____ А.И. Аллахвердиев
«1» июня 2026 г.

Оценочные материалы для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации	Б2.О.01(П) Производственная практика (клиническая)
Уровень профессионального образования	Высшее образование- подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры
Специальность	31.08.01 Акушерство и гинекология
Квалификация	Врач – акушер-гинеколог
Форма обучения	Очная

Махачкала, 2026

Оценочные материалы по производственной практике (клиническая практика)

Освоение производственной практики (клиническая практика) направлено на формирование у обучающихся универсальных (УК) и общепрофессиональных (ОПК) компетенций:

УК-1 - Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте.

УК-4 - Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности.

ОПК-1 - Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности.

ОПК-2 - Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.

ОПК-4 - Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

ОПК-5 - Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность

ОПК-6 - Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов

ОПК-7 -Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу

ОПК-8 - Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

ОПК-9 - Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала.

ОПК-10 -Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

1. Компоненты контроля и их характеристика

Текущий контроль осуществляется руководителем практики, который контролирует:

- выполнение индивидуального плана-задания,
- правильность ведения отчетной документации по практике,
- соблюдение ординатором всех правил и норм поведения на рабочем месте,
- освоение программы практики в рамках заявленных компетенций.

- Промежуточная аттестация

- завершающий этап прохождения практики,
- проводится в форме зачета/экзамена (защита отчета по практике), -

осуществляется в двух направлениях:

- оценка результатов обучения по практике;
- оценка сформированности компетенций в рамках практики.

2. Шкалы и процедуры оценивания.

2.1. Заключение руководителя практики о реализации запланированных результатов обучения по практике и сформированности компетенций в рамках программы практики (далее – заключение руководителя практики)

Критерии заключения:

- **Положительное заключение:** «Планируемые результаты обучения достигнуты, индикаторы достижения компетенций проявлены, компетенции сформированы» необходимые практические навыки, предусмотренные программой практики, освоены и подкреплены теоретическими знаниями. Компетенции в рамках освоения программы практики сформированы.

- **Отрицательное заключение:** «Планируемые результаты обучения не достигнуты, индикаторы достижения компетенций не проявлены, компетенции не сформированы» необходимые практические навыки, предусмотренные программой практики, не сформированы и теоретическое содержание не освоено. Компетенции в рамках освоения программы практики не сформированы.

Форма промежуточной аттестации – зачет/экзамен

Процедура оценивания – собеседование

Шкалы оценивания результатов обучения соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы (сформированность компетенций) в рамках раздела (ов) практики

Форма промежуточной аттестации – Зачет

Результат	Критерии оценивания результатов обучения	Критерии оценивания сформированности компетенций
«Планируемые результаты обучения достигнуты, компетенция сформирована»	Необходимые практические умения и навыки, предусмотренные в рамках освоения раздела (ов) программы практики, сформированы и подкреплены теоретическими знаниями.	Компетенция в рамках раздела практики сформирована. Большинство требований в соответствии с Разделом 1 рабочей программы, предъявляемых к освоению компетенции, выполнены.
«Планируемые результаты обучения не достигнуты, компетенция не сформирована»	Необходимые практические умения и навыки, предусмотренные в рамках освоения раздела (ов) программы практики, не сформированы и теоретическое содержание не освоено.	Компетенция в рамках раздела практики не сформирована. Ни одно или многие требования в соответствии с Разделом 1 рабочей программы, предъявляемые к освоению компетенции, не выполнены.

Форма промежуточной аттестации – Экзамен

Результат	Критерии оценивания результатов обучения	Критерии оценивания сформированности компетенций
Отлично	- положительное заключение руководителя практики, - глубокое и прочное освоение материала программы практики, - исчерпывающее, последовательное, четкое и логически стройное применение материалов программы практики, - способность тесно увязывать теорию с практикой, - свободное применение полученных знаний, умений и навыков, в том числе при их видоизменении, - использование при ответе опыта практической деятельности, - правильное обоснование принятого решения, - исчерпывающее и целостное владение навыками и приемами выполнения практических задач.	Компетенция сформирована. Демонстрирует полное понимание круга вопросов оцениваемой компетенции. Все требования в соответствии с Разделом 2 рабочей программы, предъявляемые к освоению компетенции, выполнены. Проявляет высокий уровень самостоятельности и адаптивности в использовании теоретических знаний, практических умений и навыков и в профессиональной деятельности. Готов к самостоятельной конвертации знаний, умений и навыков в практику.
Хорошо	- положительное заключение руководителя практики; - твердое знание материала программы практики, грамотное, без существенных неточностей в ответах его применение; - правильное применение теоретических положений и полученного опыта практической деятельности при решении задач; - владение необходимыми навыками и приемами их выполнения.	Компетенция сформирована. Демонстрирует значительное понимание круга вопросов оцениваемой компетенции. Все требования в соответствии с Разделом 2 рабочей программы, предъявляемые к освоению компетенции, выполнены. Проявляет достаточный уровень самостоятельности в использовании теоретических знаний, практических умений и навыков в

		профессиональной деятельности.
Удовлетворительно	- положительное заключение руководителя практики; - освоение только основного материала без детализации; - неточности в терминологии, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в ответах; - затруднения при выполнении практических работ.	Компетенция сформирована. Демонстрирует частичное понимание круга вопросов оцениваемой компетенции. Большинство требований в соответствии с Разделом 2 рабочей программы, предъявляемых к освоению компетенции, выполнены. Несамостоятелен при использовании теоретических знаний, практических умений и навыков в профессиональной деятельности.
Неудовлетворительно	Выставляется обучающемуся, который имеет отрицательное заключение руководителя практики хотя бы по одному разделу.	Демонстрирует непонимание или небольшое понимание круга вопросов оцениваемой компетенции. Ни одно или многие требования в соответствии с Разделом 1 рабочей программы, предъявляемые к освоению компетенции, не выполнены.

При оценке «Неудовлетворительно» хотя бы в рамках одной компетенции выставляется итоговая оценка «Неудовлетворительно».

При отрицательном заключении руководителя практики хотя бы по одному разделу или отсутствии отчета по практике выставляется итоговая оценка «Неудовлетворительно».

Вопросы к собеседованию (защите отчета по практике) :

1. Характер жалоб у гинекологических пациенток.
2. Изучение характера жалоб у беременных женщин .
3. Сбор гинекологического анамнеза .
4. Сбор акушерского анамнеза .
5. Исследование (физикальный осмотр, измерение АД, пульс)
6. Физикальный осмотр половых органов, аноректальной области, региональных лимфатических узлов .
7. Навыки общения врача акушера-гинеколога с гинекологическими пациентками.
8. Навыки общения врача акушера-гинеколога с беременными женщинами.
9. Определение срока беременности.
10. Наружное акушерское обследование (приемы Леопольда) .
11. Наружное измерение размеров таза.
12. Антропометрия матки при беременности.

13. Определение предполагаемой массы плода.
14. Расчет физиологической кровопотери в родах .
15. Определение перинатальных факторов риска.
16. Определение факторов риска по материнской смертности .
17. Осмотр шейки матки в зеркалах.
18. Бимануальное влагалищное исследование .
19. Взятие мазков на бактериоскопию .
20. Взятие мазков для цитологического исследования.
21. Взятие мазков на цитогормональный фон.
22. Интерпретация бактериоскопического, цитологического и бактериологического исследований с уретры, с шейки матки и влагалища .
23. Осмотр и пальпация молочных желез.
24. Определение гирсутиного числа .
25. Интерпретация результатов лабораторных исследований (клинический, биохимический анализы крови) .
26. Интерпретация результатов лабораторных исследований гемостаза.
27. Интерпретация результатов лабораторных исследований мочи .
28. Ведение в амбулаторных условиях после выписки из стационара/роддома беременных и родильниц и женщин с заболеваниями половой сферы и молочной железы.
29. Ведение беременных женщин с физиологическим течением беременности в амбулаторных условиях .
30. Диета беременных женщин .
31. Ведение беременных женщин с физиологическим течением беременности и родов (стационар) .
32. Ведение беременных женщин с осложненным течением беременности в амбулаторных условиях .
33. Ведение беременных женщин с осложненным течением беременности в амбулаторных условиях и в стационаре .
34. Ведение физиологических родов.
35. Оценка состояния новорожденных по шкале Апгар .
36. Ведение осложненных родов.
37. Ведение родов при тазовом предлежании плода .
38. Обезболивание при ушивании разрывов промежности после родов.
39. Операция ручного отделения последа и обследования матки.
40. Операция выходных акушерских щипцов.
41. Операция полостных акушерских щипцов .
42. Выполнение вакуум-экстракции плода.
43. Эпизиотомия, эпизиоррафия.
44. Ушивание разрывов промежности III степени .
45. Ведение родильниц в послеродовом периоде, в том числе после осложненного течения беременности и родов, хирургических вмешательств .
46. Выполнение кардиотокографии .
47. Выполнение операции наложения кругового шва на шейку матки.
48. Выполнение операции кесарева сечения .
49. Ведение пациенток с неотложными состояниями в акушерстве (ПОНРП, предлежание плаценты, преэклампсия, эклампсия, массивные акушерские кровотечения)
50. Обучение родильниц вскармливанию доношенного/ недоношенного новорожденного
51. Послеродовая контрацепция.
52. Выполнение биопсии шейки матки.
53. Выполнение полипэктомии.
54. Выполнение пункции заднего свода.

55. Выполнение раздельного диагностического выскабливания матки .
56. Проведение доабортного консультирования.
57. Выполнение аборта посредством дилатации шейки матки и кюретажа.
58. Выполнение аборта посредством мануальной вакуум-аспирации .
59. Выполнение медикаментозного аборта .
60. Введение ламинарий в шейку матки.
61. Вскрытие абсцесса бартолиновой железы.
62. Энуклеация кисты бартолиновой железы.
63. Все виды инъекций (подкожные, внутримышечные, внутривенные, постановка периферического катетера в вены конечностей) .
64. Гистеросальпингография .
65. Гистероскопия.
66. Введение и удаление ВМС .
67. Зондирование полости матки .
68. Диатермокоагуляция шейки матки .
69. Диатермоконизация шейки матки.
70. Прерывание беременности поздних сроков (интраамниальное введение растворов) .
71. Ведение гинекологических пациенток в амбулаторных условиях и в стационаре .
72. Диагностическая лапаротомия .
73. Ведение пациенток с неотложными состояниями в гинекологии (внематочная беременность, апоплексия яичников, кровотечения в связи с абортom).
74. Ведение пациенток с неотложными состояниями в гинекологии (сепсис, септический аборт).
75. Выполнение лапаротомии и сальпингоэктомии (внематочная беременность, сактосаль-пинкс).
76. Выполнение лапароскопии и операция трубного кесарева сечения.
77. Выполнение лапаротомии и операции на яичниках (фенистрация, энуклеация кисты, резекция, удаление яичника) .
78. Выполнение лапаротомии и консервативной миомэктомии .
79. Выполнение лапаротомии и ампутации матки.
80. Выполнение лапаротомии и экстирпации матки .
81. Пластические операции при выпадении стенок влагалища и матки (передняя и задняя пластика, кольпоррафия) .
82. Определение группы крови, резус-фактора экспресс-методом.
83. Определение индивидуальной и биологической совместимости крови .
84. Переливание компонентов крови и кровезаменителей.
85. Обучение пациентов выполнению назначений лекарственной терапии .
86. Применение основных принципов фармакодинамики, фармакокинетики и фармакогенетики при выборе и назначении лекарственных средств пациенткам.
87. Проведение врачебно-экспертной комиссии (ВК).
88. Проведение клинико-экспертной комиссии (КЭК).
89. Проведение контроля лекарственной терапии .
90. Поведение ординатора акушера-гинеколога при неэтичном поведении коллег.
91. Проведение контроля и оценки своего профессионального поведения.
92. Обсуждение с пациентом и его семьей этических и юридических аспектов его здоровья
93. Обучение пациентов соблюдению рекомендаций .
94. Оценка и объяснение пациенту основных закономерностей формирования и регуляции физиологических функций человека в норме и при патологии .

95. Оценка и объяснение этиологии, патогенеза, патоморфологии, ведущих проявлений и исходов наиболее важных деструктивных, воспалительных, иммунопатологических, опухолевых и других болезней человека .

96.Получение согласия пациента или его опекунов на лечение или отказ от него на основе полной информации .

97. Принятие решения, когда этически оправдан отказ пациенту в полной конфиденциальности и сообщении полной информации об его здоровье .

98. Проведение школ позитивного материнства, школ здоровья обслуживаемому населению

99. Проведение экспертизы временной и стойкой нетрудоспособности в акушерстве и гинекологии.

100.Проба Шиллера. Биопсия шейки матки. Показания. Техника операции.

101. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища. Показания. Техника операции.

102. Резекция яичника. Показания. Техника операции.

103. Раздельное диагностическое выскабливание. Показания. Противопоказания. Техника операции.

104. Проведение плодоразрушающей операции.

105. Снятие швов с промежности и с передней брюшной стенки

106. Снятие швов с промежности и с передней брюшной стенки

107. Ведение инфицированных ран промежности и передней брюшной стенки.

108. Наложение вторично-отсроченных швов на промежность.

109. Окклюзия маточных труб по Помероу или путём коагуляции во время гинекологической операции, а также в интервальном периоде.

110. Определение необходимости госпитализации гинекологического больного (беременной) или возможности амбулаторного лечения

111. Оформление медицинской документации на стационарного больного (беременную) (история болезни (родов), лист назначений, экстренное извещение)

112. Навыки оказания лечебно-диагностической помощи в условиях стационара: - составление плана ведения гинекологического больного; - составление плана ведения беременности и родов.

113. Структура работы женской консультации, дневного стационара, кабинета детского гинеколога в детской поликлинике.

114. Основные задачи женской консультации и дневного стационара.

115. Правила оформления медицинской документации, амбулаторной карты, обменной карты.

116. Правила оформления листов нетрудоспособности по заболеванию, беременности и родам.

117. Порядок выдачи и правила оформления родового сертификата.

118. Принципы консультирования по вопросам планирования семьи.

119. Просветительская работа о половом здоровье женщины и принципам подготовки к беременности.

120. Средства контрацепции (внутриматочные, гормональные, барьерные, хирургические, естественные).

121. Экстренная контрацепция.

122. Принципы подбора методов контрацепции.

123. Концепция приемлемости методов контрацепции. Контрацепция в различные возрастные периоды женщины

124. Объем и кратность обследования пациенток с ДДМЖ. Терапия. Показания для консультации онколога.

125.Маршрутизация пациенток в зависимости от классификации BI-RADS.

126. Показания для срочной госпитализации пациенток: внематочная беременность, апоплексия яичников, перекрут ножки опухоли яичника, перекрут субсерозного узла, некроз миоматозного узла.
127. Маршрутизация пациенток с клиникой острого живота в гинекологии.
128. Диспансерное наблюдение пациенток с миомой матки. Показания для госпитализации с целью оперативного лечения
129. Реабилитация и диспансерное наблюдение пациенток с нарушением менструального цикла и патологией эндометрия.
130. Организация помощи супружеским парам с бесплодием в условиях женской консультации.
131. Кровотечение во время беременности. Маршрутизация пациенток в зависимости от срока гестации.
132. Обследование пациентки в прегравидарном периоде с привычным невынашиванием беременности в анамнезе.
133. Гистероскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний в дневном стационаре
134. Методы консервативного лечения пациенток с выпадением женских половых органов в условиях ЖК
135. Первичная аменорея. Методы обследования на амбулаторном этапе.
136. Вторичная аменорея. Методы обследования на амбулаторном этапе.
137. Дисфункциональные маточные кровотечения. Показания для госпитализации. 138. Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция. Методы лечения в условиях женской консультации.
139. Хламидийная и гонококковая инфекция. Диагностика и лечение в амбулаторных условиях.
140. Возможности дневного стационара
141. Причины и сроки выдачи листка нетрудоспособности во время беременности.
142. Бесплодие. Алгоритм обследования супружеской пары.
143. Тактика ведения пациенток с наличием менопаузальных симптомов: лабораторные и инструментальные методы исследования.
144. Заместительная гормональная терапия на амбулаторном этапе.
145. Реабилитация пациенток после удаления придатков матки.
146. Реабилитация и подготовка пациенток с привычным невынашиванием беременности в анамнезе.
147. Проведение врачебной комиссии пациенткам с длительным периодом нетрудоспособности
148. Особенности ведения беременности у пациенток с ИЦН и поздними выкидышами в анамнезе в условиях женской консультации.
149. Гестационный сахарный диабет и беременность. Особенности течения беременности и её ведения в женской консультации. Сроки плановой госпитализации для родоразрешения. 150. Возможности УЗИ в акушерстве.
151. Значение кардиотокографии модифицированного биофизического профиля в диагностике состояния плода.
152. Тактика ведения беременности у пациенток с рубцом на матке. Показания для дородовой госпитализации с целью планового кесарева сечения. Условия для ведения родов через естественные родовые пути.
153. Коррекции ИЦН в условиях женской консультации: показания, противопоказания, предварительное дообследование.
154. Показания для экстренной госпитализации во время беременности. Маршрутизация пациенток.
155. Профилактика резус-иммунизации, тактика ведения беременности у пациенток с резус-иммунизацией в условиях женской консультации.

156. Методы прерывания беременности в 1 триместре.
157. Показания для прерывания беременности на поздних сроках беременности: обследование пациентки на амбулаторном этапе, создание консилиума, оформление необходимой документации, маршрутизация пациентки для прерывания беременности по медицинским показаниям.
158. Неопухолевые заболевания шейки матки: методы обследования пациенток в амбулаторных условиях, показания для консультации онкологов, первичная и вторичная профилактика, стратегия скрининга.
159. Консервативные методы лечения эндометриоза. Показания для плановой госпитализации. Реабилитация больных. Индекс фертильности.
160. Принципы консультирования по вопросам планирования семьи. Просветительская работа о половом здоровье женщины и принципам подготовки к беременности.
162. Санаторно-курортное лечение у пациенток, наблюдающихся в женской консультации. Показания, противопоказания, оформление документации, ожидаемый результат.
163. Сроки проведения врачебной комиссии при длительной нетрудоспособности пациенткам с гинекологическими заболеваниями и доброкачественными диффузными изменениями молочных желез.
164. Медико-социальная экспертиза: необходимая документация, показания для проведения.
165. Структура работы женской консультации, дневного стационара, кабинета детского гинеколога в детской поликлинике.

Ситуационные задачи.

Ситуационная задача № 1

Беременная К., 40 лет, доставлена в клинику из района в тяжелейшем состоянии с доношенной беременностью. Беременность 7. Роды 4, Самопроизвольных выкидышей 2. Во время данной беременности были отеки конечностей. При отсутствии родовой деятельности. Появились боли в животе и кровотечение. Со слов беременной количество теряемой крови 400 мл. Одновременно появилась общая слабость, одышка, была рвота. Кожа и видимые слизистые бледные, холодный пот. Пульс нитевидный, не сосчитывается. Артериальное давление не определяется. Температура 35,5°C. Тоны сердца приглушенные, чистые. Язык влажный. Живот вздут, брюшная стенка напряжена, болезненна. Симптом Щеткина -Блюмберга положительный. Матка плотной консистенции, напряжена, части плода ясно не определяются. Над входом в таз с трудом пальпируется головка. Сердцебиение плода не выслушивается. Из родовых путей небольшое кровотечение. В моче белок.

1. Диагноз?
2. Какой дифференцированный диагноз необходимо провести при данной акушерской патологии?
3. Что нужно сделать для уточнения диагноза?
4. Какая тактика экстренного родоразрешения?
5. Показана ли гемотрансфузия?
6. Какое необходимо сделать лабораторное обследование?
7. Причины, ведущие к отслойке нормально расположенной плаценты?
8. Какая клиника возникшего осложнения?
9. Почему наступила внутриутробная гибель плода?
10. Какой характерный вид имеет плацента при отслойке?
11. Матка Кювелера при отслойке плаценты, описать.
12. Осложнения, возникающие при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты во время беременности, в родах и в послеродовом периоде?
13. Какой прогноз для в/ плода.

14. Какие показания были при данной акушерской ситуации для ампутации матки?
15. Как устанавливается диагноз гипо- и афибриногенемии?
16. Как проводится борьба с анемией? **Эталон ответа к задаче № 1**
1. Диагноз. Беременность 7-я, 40 недель. Осложнения: многорожавшая, ОАА. Длительный гестоз второй половины беременности. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Кровотечение. Постгеморрагическая анемия. Шок. Внутриутробная гибель плода. Операции: кесарево сечение. Надвлагалищная ампутация матки без придатка. Гемо- и плазматрансфузия.
2. Дифференциальный диагноз проводится: 1. разрыв матки, 2. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, 3. не исключается предлежание плаценты.
3. Для уточнения диагноза в условиях стационара родильного дома при развернутой операционной необходимо сделать влагалищное исследование.
4. Показан при данной акушерской операции путь экстренного родоразрешения - кесарево сечение с обязательной гемо- и плазматрансфузией по жизненным показаниям.
5. При выраженных явлениях острого малокровия и шока, угрожающих жизни женщины - немедленное родоразрешение, а если родовые пути не подготовлены - кесарево сечение для спасения жизни матери.
6. Проводится лабораторное обследование, биохимические анализы, группа крови и резус фактор, свертывающая система крови.
7. Причины, ведущие к отслойке плаценты: ОАГА, рубец на матке, тяжелые токсикозы, нарушение свертывающей системы крови, травмы матери, многорожавшие женщины.
8. Клиника: картина внутриматочного кровотечения, анемия, напряжение матки, не позволяющая пальпировать части плода, нарушение гемодинамики.
9. Внутриутробная гибель плода наступила от асфиксии в результате нарушения маточноплацентарного кровообращения. При отслойке больше 1/3 материнской поверхности приводит к тяжелой асфиксии. Отслойка всей плаценты приводит к быстрой гибели плода.
10. Плацента при преждевременной отслойке имеет характерный вид. На материнской поверхности расположены плотно прижатые к ней темные кровяные сгустки, после удаления которых обнаруживаются углубления плацентарной ткани. В плаценте в результате кровоизлияний и нарушения питания образуются дегенеративные очаги и инфаркты.
11. При тяжелых случаях преждевременной отслойки плаценты при множественных кровоизлияниях стенку матки - возникает матка Кювелера, как результат глубоких патологических изменений в результате интоксикации. Орган- матка становится функционально неполноценным.
12. Осложнения, возникающие при отслойке плаценты со стороны матери: кровотечение, анемизация, шок, нарушение гемодинамики, вплоть до смертельного исхода матери. Со стороны плода: асфиксия и гибель плода. В послеродовом периоде: гипотония матки, анемия, инфекция.
13. Прогноз для плода зависит от степени кровотечения при отслойке. При отслойке на небольшом участке сгусток рассасывается и беременность и роды протекают нормально. При отслойке больше 1/3 материнской поверхности детского места плод погибает от асфиксии в результате маточно-плацентарной недостаточности.
14. Учитывая наличие матки Кювелера, орган, потерявший свою функцию – показана ампутация ее.
15. Диагноз гипо- и афибриногенемии устанавливается на основании клиники. При маточном кровотечении в связи с дефицитом фибриногена кровь, вытекающая из половых путей не свертывается и не содержит сгустков. Если 3-4 мл венозной крови не

свертываются в течение 5-10 минут, то у больной гипо- и афибриногенемия. Более точные данные дает коагулограмма.

16. Борьба с анемией: повторное переливание крови, кровозаменителей, а в целях профилактики инфекции назначают антибиотики и антианемическая терапия.

Ситуационная задача №2

Роженица К., 40 лет, многорожавшая, доставлена в родильный дом в тяжелом состоянии. Роды в срок.

Настоящая беременность восьмая: первые пять закончились нормальными родами в срок, дети живые, шестая - искусственным абортom без осложнений, седьмая - срочными родами, в родах проводили ручное отделение последа, в послеродовом периоде в течение 10 дней наблюдалось повышение температуры. Во время настоящей беременности женскую консультацию не посещала, собиралась рожать дома. Через 6 ч. от начала активной родовой деятельности отошли околоплодные воды и появились сильные, болезненные потуги, которые вскоре приняли почти непрерывный характер. Затем внезапно появилась очень сильная боль внизу живота, со слов женщины, как удар ножом в живот. После этого родовая деятельность полностью прекратилась. Появилась общая слабость, головокружение, тошнота, рвота, постоянная боль в животе, усиливающаяся при изменении положения. Общее состояние быстро ухудшалось, что заставило родственников вызвать машину скорой помощи.

При поступлении состояние женщины тяжелое, отмечается вялость, апатичность. На вопросы отвечает с трудом, стонет. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные, черты лица заострены. Температура тела - 35,8 °С. АД - 100/60-100/55 мм рт. ст., пульс - 116 в 1 мин., слабого наполнения и напряжения. Со стороны сердца и легких патологических изменений не обнаружено.

Живот несколько вздут, окружность - 112 см, болезнен при пальпации, симптом Щеткина-Блюмберга положительный, при перкуссии определяется тупость в отлогих местах. Контуры матки определяются не четко. Под передней брюшной стенкой пальпируется подвижный плод. Сердцебиение плода не прослушивается, шевеление отсутствует более часа. Размеры таза: distantia spinarum-26 см, distantia cristarum-28 см, distantia trochanterica-30 см, conjugata externa-21 см. Родовая деятельность отсутствует.

При влагалищном исследовании: влагалище свободное, открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет. Предлежащая часть не определяется. Мыс крестца не определяется, емкость малого таза хорошая. Имеются кровянистые выделения в небольшом количестве.

1. Ваш диагноз. Какое осложнение родов имеет место?
2. Что называется разрывом матки?
3. Приведите классификацию разрывов матки.
4. Назовите причины совершившегося разрыва матки применительно к данному случаю.
5. Перечислите клинические признаки разрыв матки, которые описаны в данной задаче.
6. Тактика ведения?
7. Какой таз у данной женщины?
8. Как вы оцениваете состояние гемодинамики у данной женщины?
9. Чем обусловлено тяжелое состояние роженицы?
10. Какие профилактические мероприятия могли бы предотвратить данное осложнение родов?
11. Назовите причины быстрой гибели плода при совершившемся разрыве матки?
12. Назовите, кто относится к группе риска по возникновению данного осложнения родов?

Эталоны ответов к задаче № 2

1. Беременность 40 недель. Роды седьмые, срочные. Совершившийся разрыв матки. Антенатальная гибель плода. Геморрагический шок I стадии.
2. Разрывы матки - это нарушение ее целостности во время беременности (редко) и в родах.
3. Классификация: I. По времени происхождения: разрывы во время беременности, разрывы во время родов. II. По патогенетическому признаку: 1) самопроизвольные разрывы матки, механические, гистопатические, механогистопатические 2) насильственные разрывы матки: травматические, смешанные.
- III. По клиническому течению: угрожающий разрыв, начавшийся разрыв, совершившийся разрыв. IV. По характеру повреждения: трещина (надрыв), неполный разрыв, полный разрыв. V. По локализации: разрыв в дне матки, разрыв в теле матки, разрыв в нижнем сегменте, отрыв матки от сводов влагалища.
4. Гистопатические (многокорожавшая, воспаление матки в анамнезе, медицинский аборт и ручное обследование полости матки в анамнезе).
5. Прекращение активной родовой деятельности после острой боли в животе, отчетливая пальпация плода через переднюю брюшную стенку, пальпация нечетких контуров матки, отсутствие сердцебиения плода, тяжелое состояние женщины (геморрагический шок), кровянистые выделения из половых путей, положительный симптом Щеткина-Блюмберга, появление перкуторной тупости в отлогих местах живота.
6. Экстренная лапаротомия, а затем производят надвлагалищную ампутацию или экстирпацию матки.
7. Нормальные размеры таза.
8. Шок I ст.
9. Тяжелое состояние роженицы связано с шоком и нарастающей кровопотерей.
10. Наблюдение в женской консультации, дородовая госпитализация в стационар, роды в специальном учреждении.
10. Острая асфиксия, связанная с отслойкой плаценты.
11. К этой группе риска относятся беременные с узким тазом, неправильным положением плода, перенесенной беременностью (крупный плод), многокорожавшие женщины с дряблой брюшной стенкой и дряблой маткой, имеющие отягощенный акушерский анамнез (патологические роды, осложненные аборты, послеродовые и послеабортные воспалительные заболевания), перенесшие кесарево сечение и другие операции на матке.

Ситуационная задача №3

Родильница И., 26 лет. Рост 172 см Вес 79 кг. После срочных родов находится на родовом столе. Через 1 час после их окончания при очередном массаже выделился сгусток крови до 250 мл. и продолжаются яркие кровянистые выделения. Общая кровопотеря достигла 400 мл и продолжается.

В анамнезе 3 беременности, 1 из них закончилась срочными родами без осложнения, 2 самопроизвольными выкидышами. Во время последней беременности страдала анемией. Объективно: Кожа и видимые слизистые бледноваты. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 82 удара в минуту. АД 115/70 мм. рт. ст. на обеих руках.

Живот мягкий безболезненный при пальпации. Изменений со стороны внутренних органов нет. Матка мягкая, выше пупка, на массаж реагирует плохо. Выделения из половых путей - алая кровь.

1. Какое акушерское кровотечение называется гипотонией матки и с чем оно связано?
2. При каком объеме кровопотери устанавливается диагноз гипотония матки?
3. Признаки гипотонии матки.
4. Какую акушерскую операцию необходимо произвести при гипотонии матки сразу же при ее возникновении?

5. Назовите методы, применяемые для остановки кровотечения при гипотонии матки.
6. Какие осложнения беременности приводят к гипотонии матки?
7. Какие осложнения родов ведут к гипотонии матки?
8. Какие экстрагенитальные заболевания способствуют развитию гипотонии матки?
9. При какой кровопотере необходимо приступить к гемотрансфузии?
10. Какие кровезаменители применяются в лечении гипотонии матки?
11. Какие коллоидные растворы применяются в лечении гипотонии матки?
12. При какой кровопотере необходимо произвести удаление матки?
13. Какая патология системы гемостаза может развиваться при гипотонии матки в случае неправильного и несвоевременного лечения?
14. Какую операцию необходимо произвести при ДВС синдроме?

Эталоны ответов к задаче №3

1. Гипотонией матки называется акушерское кровотечение, возникающее в течение первых двух часов раннего послеродового периода и связано с нарушением сократительной деятельности матки.
2. Диагноз гипотонии матки устанавливается при кровопотере 400 мл.
3. Основной признак гипотонии матки - это нарушение ее сократительной деятельности. Матка мягкая, плохо реагирует на массаж и введение сокращающих матку средств.
4. При гипотонии матки необходимо произвести сразу после ее возникновения ручное обследование полости матки.
5. При гипотонии матки применяются такие методы остановки кровотечения, как наложение зажимов по Бакшееву, клемм по Генкелю-Тиканадзе, наложение шва на шейку матки по Лосицкой.
6. Осложнения беременности приводят к гипотонии матки следующие: крупный плод, многоводие, многоплодие, отягощенный акушерский анамнез (множественные аборт, роды, выкидыши, как самопроизвольные, так и индуцированные), гестозы.
7. Из осложнений родов ведут к гипотонии матки аномалии родовой деятельности, длительный безводный период, применение в родах большого количества утеротонических средств и оперативном родоразрешении (наложение вакуум-экстрактора, акушерских щипцов, кесарево сечение).
8. Из экстрагенитальных заболеваний, приводящих к гипотонии матки необходимо отметить заболевания крови, сахарный диабет, ожирение, заболевания сердечно-сосудистой системы.
9. При кровопотере 500 мл и продолжающемся кровотечении необходимо приступить к гемотрансфузии.
10. В лечении гипотонии матки кристаллоиды, коллоиды.
11. Из коллоидных растворов эффективным в лечении гипотонии матки являются свежзамороженная плазма, реополиглюкин, производные гидроксипропила крахмала, желатиноль, комплексы незаменимых аминокислот - вомин, левомин.
12. Удаление матки производят при кровопотере, превышающей 1000 мл и продолжающемся кровотечении.
13. При гипотонии матки может развиваться ДВС синдром. 14. При ДВС синдроме необходимо произвести операцию экстирпации матки.

Ситуационная задача №4

Первородящая П., 25 лет, поступила в роддом с регулярной родовой деятельностью, начавшейся 8 часов назад. Роды в срок.

Акушерско-гинекологический анамнез не отягощен. Наблюдалась в женской консультации регулярно. Беременность протекала без осложнений.

Женщина правильного телосложения. Рост 162 см. Масса 70 кг. Общее состояние удовлетворительное. Отеков нет. АД на обеих руках 110/70 мм. рт. ст. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Окружность живота 101 см. Высота дна матки - 39 см. Размеры таза: 25-28-30-20. Индекс Соловьева 16 см. Ромб Михаэлиса имеет форму перевернутого квадрата, все стороны которого равны 11 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Признак Вастена положительный. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140 уд/мин. Схватки переходят в потуги.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище нерожавшей. Шейка матки сглажена. Открытие маточного зева полное (12 см). Плодный пузырь отсутствует. Предлежит головка плода, ее занят верхний край лона и терминальная линия. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева у лона.

Мыс крестца не достижим.

1. Диагноз.
2. Как называется таз, при котором имеется несоответствие между размерами головки плода и тазом матери?
3. Когда признак Вастена считается положительным?
4. Когда признак Вастена считается отрицательным?
5. Когда признак Вастена считается вровень?
6. Каким будет признак Вастена при клинически узком тазе?
7. О чем свидетельствует признак отсутствия продвижения головки по родовому каналу при хорошей родовой деятельности?
8. О чем свидетельствует признак появления отека шейки матки, симулирующего неполное открытие?
9. О чем свидетельствует признак появления потуг при высоко стоящей головке?
10. О чем свидетельствует признак задержки мочеиспускания или появление примеси крови в моче?
11. При каком открытии можно оценивать признаки несоответствия размеров головки плода тазу матери?
12. Какой метод родоразрешения используется при выявлении признаков несоответствия размеров головки плода тазу матери?

Эталоны ответов к задаче № 4

1. Диагноз. Беременность 40 недель. Роды I в затылочном предлежании. II период. Клинически узкий таз. 2. Клинически узкий таз.
3. Признак Вастена считается положительным, когда угол между головкой плода и лобковым сочленением роженицы обращен вниз.
4. Признак Вастена считается отрицательным, когда угол между головкой плода и лобковым сочленением роженицы обращен вверх.
5. Признак Вастена считается «вровень», если головка плода и лобковое сочленение роженицы находятся в одной плоскости.
6. Признак Вастена будет положительным.
7. О несоответствии размеров головки плода тазу матери.
8. О несоответствии размеров головки плода тазу матери.
9. О несоответствии размеров головки плода тазу матери.
10. О несоответствии размеров головки плода тазу матери.
11. При полном открытии.
12. Кесарево сечение.

Ситуационная задача №5

Беременная К., 20 лет, доставлена в стационар в 8 часов 20 минут, с жалобами на сильные схваткообразные боли внизу живота, в конце схватки отмечает желание потужиться.

Из анамнеза: Данная беременность третья, предыдущие две беременности закончились нормальными родами, новорожденные имели вес 2900,0 и 3100,0 грамм. Срок настоящей беременности 40 недель. Схватки начались дома, накануне вечером в 22 часа, воды отошли дома, за 3 часа до поступления в стационар, в течение последних 1,5 часов в конце схватки возникает желание потужиться.

При шостушлении: Поведение беспокойное, пульс 90 ударов в минуту, АД 120 и 80 мм рт ст, температура тела 36,6 ° С. Живот увеличен в объеме за счет беременной матки, на уровне пупка визуализируется косорасположенное пограничное кольцо. Высота дна матки - 40 сантиметров, окружность живота - 100 сантиметров. Схватки сильные, частые, во время пауз между схватками стенка матки почти не расслабляется. Пальпация нижнего сегмента матки болезненная. Положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Признак Вастена положительный. Сердцебиение плода глухое, ритм правильный, 120 ударов в минуту. Размеры таза 24-26-29-19. Индекс Соловьева 16 сантиметров.

При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное, края отечные. Плодного пузыря нет. Предлежит головка плода, занимает верхний край лона, вставление правильное. На головке определяется родовая опухоль. Мыс достижим, диагональная конъюгата 11 см.

1. Ваш диагноз. Какое осложнение родов имеет место?
2. Что называется разрывом матки? \
3. Приведите классификацию разрывов матки.
 1. Назовите причины угрожающего разрыва матки применительно к данному случаю.
 4. Перечислите клинические признаки угрожающего разрыва матки, которые описаны в данной задаче.
 6. Тактика ведения, с чего начнете оказание помощи?
 7. Чем опасно дальнейшее консервативное ведение родов?
 8. Как оценить предполагаемый вес плода, какой он в данном случае?
 9. Какой таз у данной женщины, какая степень сужения?
 10. Каковы размеры истинной конъюгаты у данной женщины?
 11. Что такое «признак Вастена», о чем он свидетельствует?
 12. Что такое «пограничное кольцо»?

Эталоны ответов к задаче № 5

1. Беременность 40 недель. Роды третьи, срочные в затылочном предлежании. Второй период родов. Общеравномерносуженный таз I степени сужения. Крупный плод. Несоответствие головки плода тазу матери. Угрожающий разрыв матки.

2. Разрывы матки - это нарушение ее целостности во время беременности (редко) и в родах.

3. Классификация: I По времени происхождения: разрывы во время беременности, разрывы во время родов. II. По патогенетическому признаку: 1) самопроизвольные разрывы матки, механические, гистопатические, механогистопатические 2) насильственные разрывы матки: травматические, смешанные. III. По клиническому течению: угрожающий разрыв, начавшийся разрыв, совершившийся разрыв. IV. По характеру повреждения: трещина (надрыв), неполный разрыв, полный разрыв. V. По локализации: разрыв в дне матки, разрыв в теле матки, разрыв в нижнем сегменте, отрыв матки от сводов влагалища.

4. Крупный плод, узкий таз.

5. Сильные болезненные схватки, непродуктивные потуги, косорасположенное контракционное кольцо на уровне пупка, болезненность нижнего сегмента при пальпации, отсутствие полного расслабления матки вне схватки, отечность краев маточного зева.

6. Экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения, до начала операции необходимо снять родовую деятельность, дать наркоз.

6. Разрывом матки.

8. Для определения предполагаемой массы плода необходимо умножить высоту дна матки на окружность живота. В данном случае - $40 \cdot 100 = 4000,0$ грамм.

9. Общеравномерносуженный таз первой степени сужения.

10. $c. vera = c. diagonalis - 2 \text{ см}$ (так как индекс Соловьева равен 16 см), в данном случае $11 - 2 = 9 \text{ см}$.

11. Признак Вастена служит для оценки степени соответствия объема головки плода и таза роженицы.

12. Пограничное кольцо - это граница между нижним маточным сегментом и полным мускулом матки.

Ситуационная задача №6

Роженица Д., 34 лет доставлена на машине скорой помощи с активной родовой деятельностью в течение 4 часов.

Данные анамнеза: настоящая беременность 4-ая. Первая закончилась родами в срок, две последующих - медицинскими абортами на сроках 8 и 10 недель беременности; 4-ая - настоящая, срок беременности 39 недель.

Общее состояние удовлетворительное. АД 120/80 мм рт ст, D=S, пульс 74 в мин. Живот увеличен за счет беременной матки. Схватки по 40 секунд через 3 минуты.

Положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в малый таз.

Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 140 в мин.

Через 3 часа с момента поступления роженицы произошли роды доношенным плодом мужского пола без признаков асфиксии и видимых уродств, с оценкой по шкале Ап-гар 89 баллов, массой 3700,0 г, ростом 52 см.

Моча выведена катетером, светлая, 150 мл. Через 30 минут от момента рождения плода признаки отделения плаценты отсутствуют. Матка плотная, округлой формы, дно ее располагается на уровне пупка. Выделения из половых путей отсутствуют.

1. Поставьте диагноз.

2. Какие клинические данные подтверждают диагноз?

3. Охарактеризуйте признак Шредера.

4. Охарактеризуйте признак Кюстнера-Чукалова.

5. Охарактеризуйте признак Довженко.

6. Охарактеризуйте признак Микулича-Радецкого.

7. Назовите аномалии прикрепления плаценты.

8. Назовите три основные причины аномалий прикрепления плаценты.

9. Тактика врача при отсутствии признаков отделения плаценты без кровотечения через 30 минут после рождения плода.

10. Тактика врача при отсутствии признаков отделения плаценты при кровотечении 250 мл и выше.

11. Тактика врача при приращении плаценты.

12. С чем следует дифференцировать кровотечение в III периоде родов, обусловленное аномалиями прикрепления плаценты?

Эталоны ответов задаче №6

1. Беременность 39 недель. Роды вторые в головном предлежании, III период родов. Полное плотное прикрепление плаценты. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. 2. Наличие в анамнезе мед. абортов. Отсутствие признаков отделения плаценты и кровотечения в III периоде родов.

3. После отделения плаценты матка уплощается, дно ее поднимается выше пупка и отклоняется вправо.
4. При надавливании краем ладони над лобком пуповина, свисающая из половой щели, при отделившейся плаценте остается неподвижной.
5. Если плацента отделилась, то при вдохе пуповина не втягивается во влагалище.
6. При отделившейся плаценте послед может опускаться во влагалище и роженица ощущает позыв на потугу.
7. Различают 2 формы патологического прикрепления плаценты: плотное (полное и неполное) прикрепление и приращение плаценты.
8. 1 - зависящие от структурно-морфологических изменений в эндометрии и миометрии после операции или воспалительных процессов; 2- связанные с нарушением ферментативного равновесия в системе гиалуроновая кислота-гиалуронидаза между ворсинами хориона и децидуальной оболочкой; 3 - обусловленные патологией расположения плаценты.
9. Операция ручного отделения плаценты и выделения последа под внутривенным обезболиванием.
10. Операция ручного отделения плаценты и выделения последа под внутривенным обезболиванием.
11. Ампутация матки.
12. Кровотечение в III периоде родов, обусловленное аномалиями прикрепления плаценты необходимо дифференцировать с травмами мягких родовых путей и ущемлением отделившейся плаценты.

Ситуационная задача №7

Беременная С, 27 лет, срок беременности 37 нед, поступила в родильный дом по поводу обильных ярких кровянистых выделений из половых органов, появившихся 1 ч назад на фоне полного здоровья. К моменту поступления кровопотеря составила 600 мл.

Анамнез. Наследственность не отягощена. В детстве перенесла скарлатину, взрослой неоднократно болела ОРЗ, гриппом, перенесла послеабортный эндометрит. Менструации с 12 лет, установились сразу, продолжительность 3-4-5 дней через 30 дней, умеренные, безболезненные. Замужем с 19 лет, брак первый. Всего беременностей три: первая закончилась нормальными срочными родами, затем был 1 медицинский аборт, после которого был подъем температуры, кровянистые выделения, по поводу чего лечилась стационарно в гинекологическом отделении. Настоящая беременность третья. Впервые обратилась в женскую консультацию при сроке беременности 7-8 недель. Во время беременности дважды отмечала кровянистые выделения в небольшом количестве, без болей. Женскую консультацию посетила 14 раз.

Объективно. При поступлении состояние женщины удовлетворительное, рост - 162 см, масса тела - 68 кг, телосложение правильное. Кожа и слизистые оболочки розовые, чистые АД - 90/50 мм. рт. см, пульс ПО в 1 мин, слабого наполнения и напряжения. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

Живот правильной овоидной формы, мягкий безболезненный, окружность - 95 см, высота стояния дна матки над лобком - 32 см. Пальпация матки безболезненна. Положение плода продольное, предлежащая голова стоит высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева на уровне пупка, частота 134 уд./мин. Размеры таза: 23-25-29-18 см, индекс Соловьева 14 см, ромб Михаэлиса 8 и 10 см.

Данные влагалищного исследования. Влагалище рожавшей женщины, шейка укорочена до 2,5 см, Наружный зев пропускает кончик пальца, внутренний зев закрыт. Предлежащая часть через своды не определяется, своды тестоватые. Мыс достижим, $cd=1$ 1,5 см, $cv=10$ см. Экзостозов и деформаций полости таза нет.

После влагалищного исследования кровотечение усилилось, выделилось одномоментно 150 мл яркой алой крови.

1. Поставить диагноз.
2. Какие клинические данные подтверждают диагноз?
3. Каковы возможные причины данного осложнения беременности?
4. Приведите анатомическую и клиническую классификацию предлежания плаценты.
5. Какие дополнительные методы обследования могут быть использованы?
6. Какова врачебная тактика?
7. Назовите причины, обуславливающие кровотечения во время беременности и во время родов.
8. Чем предлежание плаценты опасно для плода?
9. Какие факторы определяют выбор акушерской тактики при предлежании плаценты?
10. С каких мероприятий необходимо начать лечение в данном случае?
11. Какова величина физиологической и патологической кровопотери?
12. Показано ли в данной ситуации применение утеротонических средств для остановки кровотечения?
13. Какова тактика ведения беременных с предлежанием плаценты в женской консультации?

Эталоны ответов к задаче №7

1. Беременность 37 недель. Головное предлежание. Осложнения: Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Общеравномерносуженный таз I ст. сужения. Полное предлежание плаценты. Кровотечение. Геморрагический шок I ст.
2. Кровотечение, начавшееся на фоне полного здоровья, высокое расположение предлежащей части, невозможность определения ее через своды влагалища.
3. Причины : 1) процессы в слизистой оболочке матки, приводящие к нарушению условий имплантации (аборты, эндометриты); 2) деформация полости матки, аномалии развития матки, инфантилизм; 3) Снижение протеолитической активности плодного яйца.
4. Анатомическая классификация - различают:
 - а) центральное предлежание плаценты
 - б) боковое предлежание плаценты
 - в) краевое предлежание плаценты
 Клиническая классификация:
 - а) полное предлежание плаценты
 - б) частичное предлежание плаценты.
5. УЗИ
6. Роды закончить путем операции кесарева сечения.
6. В ранние сроки: прерывание беременности, эктопическая беременность. Поздние сроки, роды: предлежание плаценты, ПОНРП, повреждения половых путей, гипотония матки, патология гемостаза.
7. Плод лишается достаточного притока кислорода, что приводит к развитию, внутриутробной гипоксии, а иногда и гибели плода.
8. Выбор метода лечения зависит от: величины кровопотери, общего состояния беременной.
9. Лечение в данном случае необходимо начинать с противошоковой инфузионно-трансфузионной терапии
11. Физиологическая кровопотеря - 5 % от массы тела но не более 400 мл. Патологическая кровопотеря - свыше 400 мл. 12. В данной ситуации применение утеротонических средств не показано, так как приведет к усилению кровотечения. 13. При диагностике предлежания плаценты беременную необходимо госпитализировать в стационар с 28 нед до родов.

Ситуационная задача №8

Роженица Т., 31 год, поступила в родильный дом по поводу кровотечения из половых органов, начавшегося 2 ч назад при появлении родовых схваток. К моменту поступления кровопотеря составила 250 мл. Беременность доношенная.

Данные анамнеза. Наследственность неотягощена. В детстве перенесла ветряную оспу, взрослой неоднократно болела простудными заболеваниями. Менструации с 14 лет, установились сразу, продолжительность 4-5 дней через 28 дней, умеренные безболезненные. Замужем с 20 лет, брак первый. Всего беременностей пять: первая закончилась нормальными срочными родами, затем было 3 медицинских аборта, без осложнений, предпоследняя беременность прервалась самопроизвольным выкидышем на сроке 11 нед. Настоящая беременность шестая. Впервые обратилась в женскую консультацию при сроке беременности 9 недель. Беременность протекала без осложнений. Прошла физио-, психопрофилактическую подготовку к родам.

Объективно. При поступлении состояние женщины удовлетворительное, рост - 164 см, масса тела - 78 кг, телосложение правильное. Кожа и слизистые оболочки розовые. АД - 120/80 - 120/70 мм. рт. см, пульс 80 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

Живот правильной овоидной формы, мягкий безболезненный, окружность - 98 см, высота стояния дна матки над лоном - 33 см. Пальпация матки безболезненна. Положение плода продольное, предлежащая голова стоит высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева на уровне пупка, частота 128 уд./мин. Размеры таза: 26-28/31-21 см. Схватки через 6-7 мин, продолжительностью 20-25 с, хорошей силы.

Данные влагалищного исследования. Влагалище рожавшей женщины, шейка сглажена, открытие маточного зева на 1,5 поперечных пальца (3 см). Сразу за внутренним зевом сзади и справа прощупывается мясистая, губчатая ткань с неровной поверхностью, занимающая 1/3 маточного зева. Остальная часть занята плодными оболочками, плодный пузырь наливается во время схватки. Предлежащая голова плода подвижна над входом в малый таз. Мыс не достигается. Экзостозов и деформаций полости таза нет.

После влагалищного исследования кровотечение усилилось, выделилось одномоментно 100 мл яркой алой крови.

1. Поставить диагноз.
2. Какие клинические данные подтверждают диагноз?
3. Назовите причины, приводящие к данному осложнению беременности.
4. Назовите анатомическую и клиническую классификацию предлежания плаценты.
5. Какие дополнительные методы обследования должны быть использованы? 6. Какова врачебная тактика?
7. Назовите причины, обуславливающие кровотечения во время беременности и во время родов.
8. Какую опасность для плода представляет предлежание плаценты?
9. От каких факторов зависит выбор метода лечения при предлежании плаценты?

10. При каком открытии маточного зева можно определить вид предлежания плаценты? 11. Что такое физиологическая и патологическая кровопотеря?

12. Возможно ли в данной ситуации применение утеротонических средств?
13. Особенности ведения беременных с предлежанием плаценты в женской консультации.

Эталоны ответов к задаче №8

1. Беременность 38-39 недель. Роды вторые в головном предлежании. Первый период родов. Осложнения: Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Неполное предлежание плаценты.

2. Кровотечение, начавшееся при доношенной беременности, вместе с первыми родовыми схватками. При влагалищном исследовании: сзади и справа за маточным зевом прощупывается мясистая, губчатая ткань с неровной поверхностью.

3. Причины: 1) Атрофические и дистрофические процессы в слизистой оболочке матки, приводящие к нарушению условий имплантации; послеродовые септические заболевания, деформация полости матки, аномалии развития матки, инфантилизм. 2) При снижении протеолитических свойств плодного яйца. 3) отягощенный акушерский анамнез (медаборты, выкидыши).

4. Анатомическая классификация - различают:

а) центральное предлежание плаценты

б) боковое предлежание плаценты

в) краевое предлежание плаценты Клиническая классификация:

а) полное предлежание плаценты

б) частичное предлежание плаценты.

5. Необходимо использовать УЗИ, кардиотокографию, амниоскопию.

6. Произвести амниотомию. При отсутствии кровотечения из половых путей роды закончить через естественные родовые пути. При усилении кровотечения - кесарево сечение.

7. Причины. В ранние сроки: прерывание беременности, эктопическая беременность. Поздние сроки, роды: предлежание плаценты, ПОНРП, повреждения половых путей, гипотония матки, коагулопатия.

8. Плод лишается достаточного притока кислорода, что способствует развитию, внутриутробной гипоксии иногда и гибели плода. Может произойти травматизация плода во время родоразрешения.

9. Выбор метода лечения зависит от: времени возникновения кровотечения, массивности и величины кровопотери, состояния родовых путей, срока беременности, положения и состояния плода.

10. Вид предлежания плаценты можно определить при раскрытии маточного зева не менее чем на 4-5 см.

11. Физиологическая кровопотеря — 5 % от массы тела но не более 400 мл. Патологическая кровопотеря - свыше 400 мл.

12. В данной ситуации применение утеротонических средств не показано, так как может привести к усилению кровотечения.

13. При диагностике предлежания плаценты беременную необходимо госпитализировать в стационар, под динамический контроль УЗИ. При выявлении миграции плаценты - выписка под наблюдение ЖК. При отсутствии миграции плаценты - госпитализация до сроков родоразрешения.

Ситуационная задача №9

Роженица 3., 27 лет поступила в родильный дом с доношенной беременностью и регулярными схватками, начавшимися 5 часов назад

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена, перенесла дифтерию, скарлатину, брюшной тиф. Менструации с 14 лет, установились через 6 месяцев, продолжительностью 3 дня через 21 день, умеренные, безболезненные. Настоящая беременность четвертая: первая закончилась срочными родами, вторая и третья - медицинскими абортами. Беременность протекала нормально. Наблюдалась в женской консультации.

Объективно. Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Температура тела - 36,5 С, пульс - 76 ударов в 1 мин, АД - 120/80 мм рт ст. Патологии со стороны внутренних органов не выявлено.

Живот овоидной формы, окружность живота - 109 см, высота стояния дна матки - 38 см, размеры таза: distantia spinarum - 26 см, distantia cristarum - 28 см, distantia trochanterica - 30 см, conjugata externa - 20 см. Положение плода продольное, предлежащая головка

находится высоко над входом в малый таз, подвижная, больших размеров. Кости черепа истончены, что создает впечатление пергаментного хруста при пальпации головы плода. Сердцебиение плода выслушивается слева на уровне пупка, частота 136 ударов в минуту.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты нормально. Шейка матки укорочена до 1 см, открытие на 3 пальца (6 см), плодный пузырь цел, напрягается при схватках. Предлежащая часть - головка, расположена высоко над входом в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Обращает на себя внимание необычная ширина шва (более 1 см), обширный флюктуирующий малый родничок слева, ближе к лобку, смещающиеся кости черепа. Мыс крестца не достигается.

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Дополнительный диагностический метод исследования?
4. Тактика врача.
5. Прогноз родов.
6. Осложнения в родах в своевременно не распознанных случаях гидроцефалии плода.
7. Прогноз для плода
8. Факторы риска внутриутробного развития гидроцефалии плода у роженицы 3.
9. Классификация гидроцефалии плода.
10. Внечерепные аномалии при гидроцефалии плода.
11. Условия для краниотомии.
12. Возможные осложнения при проведении краниотомии.
13. На сколько дней следует предоставить дополнительный отпуск в послеродовом периоде роженице 3. и с чем это связано?
14. В консультации врача какой специальности нуждается роженица 3. после родов в связи с рождением ребенка с гидроцефалией?

Эталоны ответов к задаче 9

1. Диагноз: Беременность 40 недель. Роды повторные в переднем виде затылочного предлежания. I период родов. Гидроцефалия плода.

2. Диагноз выставлен на основании следующих данных: роды срочные, повторные; предлежащая часть - головка, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева ближе к лобку; роженица поступила с регулярными схватками, при влагалищном исследовании - шейка матки укорочена до 1 см, открыта на 3 пальца (6 см). Гидроцефалия плода подтверждается данными наружного акушерского (предлежит голова больших размеров, кости черепа истончены, при пальпации ощущается пергаментный хруст податливых тонких костей черепа) и влагалищного (стреловидный шов необычно широкий - более 1 см, малый родничок обширный, флюктуирующий, кости черепа смещаются) исследований.

3. Гидроцефалия плода может быть установлена при помощи ультразвукового исследования.

4. При полном открытии маточного зева следует троакарно произвести прокол головы в области шва или родничка и выпустить жидкость. После этого объем головы плода уменьшается, и роды могут закончиться самостоятельно. Если возникнут осложнения (например, слабость родовых сил), то плод извлекают наложением краниокласта.

5. Прогноз родов при гидроцефалии плода всегда сомнительный, т.к. гидроцефалическая голова не может пройти даже через нормальный таз.

6. В своевременно не распознанных случаях роды носят затяжной характер, голова продолжает стоять высоко над входом в малый таз, нижний сегмент матки чрезмерно растягивается и может произойти разрыв ее. В редких случаях, при не очень

выраженной гидроцефалии, роды происходят самостоятельно, в связи с тем, что голова при прохождении родовых путей вытягивается, уменьшаясь в поперечнике.

7. Прогноз для плода при гидроцефалии всегда неблагоприятный, т.к. при этом происходит накопление спинномозговой жидкости в мозговых желудочках или в субарахноидальном пространстве. Дети при гидроцефалии в большинстве случаев погибают во время родов или в ближайшее время после рождения; те из них, которые остались живыми в являются умственно и физически неполноценными.

8. Факторами риска у роженицы 3. являются перенесенные в детстве дифтерия, скарлатина, брюшной тиф.

9. Классификация гидроцефалии плода:
☐ стеноз водопровода
мозга; ☐ открытая
гидроцефалия; ☐ синдром
Денди-Уокера.

10. Внечерепные аномалии при гидроцефалии: агенезия и дисплазия почек, дефект межжелудочковой перегородки, тетрада Фалло, менингомиелоцефалия, расщепление верхней губы, твердого и мягкого неба, агенезия заднепроходного отверстия и прямой кишки, дисгенезия гонад.

11. Условиями для краниотомии являются:
• раскрытие маточного зева не менее чем на 5-6 см.;
• таз женщины не должен быть абсолютно узким;
• головка плода должна быть плотно фиксирована во входе в малый таз и
помощник обязан также фиксировать ее сверху; ☐ отсутствие плодного пузыря.

12. Возможные осложнения при проведении плодоразрушающей операции: ☐ травматические повреждения родовых путей, ☐ травматические повреждения мочевого пузыря.

13. В связи с тем, что роженице 3. была произведена плодоразрушающая операция, в послеродовом периоде ей предоставляется дополнительный отпуск на 16 дней.

14. Беременная 3. нуждается в консультации генетика.

Ситуационная задача №10

В роддом поступила первобеременная Б., 25 лет с жалобами на схваткообразные боли внизу живота в течение 4 часов и отхождение околоплодных вод в течение 5 часов. Срок беременности 36-37 недель. Соматический и акушерско-гинекологический анамнез не отягощен. Во время беременности выявлен хламидиоз, лечения не получала. Беременность первая.

При. осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски.

АД 110/70 мм рт ст, пульс 80 в минуту, t - 36,6°C. ВДМ 42 см, ОЖ 110 см. размеры таза 2628-30-20 см.. Схватки через 4-5 минут по 25 секунд, средней интенсивности. Положение первого плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Положение второго плода продольное, головка в дне матки. Сердцебиение плодов ясное, ритмичное, до 140 в мин. Подтекают зеленые околоплодные воды.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно, влагалище нерожавшей. Костное кольцо без экзостозов. Шейка матки сглажена, края тонкие, податливые, открытие маточного зева на 1,5 п/пальца (3 см). Плодного пузыря нет. Предлежит головка плода, кости головки мягковатые, швы и роднички широкие. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева у лона. Головкой занят верхний край лона и терминальная линия. Мыс не достигается.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите причину преждевременных родов в данном случае.
3. Оцените динамику раскрытия шейки матки в данном случае.
4. Тактика родоразрешения в данном случае.

5. О чем свидетельствует цвет околоплодных вод в данной ситуации?
6. Какое лечение необходимо назначить в послеродовом периоде для профилактики гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде?
7. Каковы особенности ведения преждевременных родов?
8. Какая беременность называется многоплодной?
9. Классификация многоплодной беременности.
10. Особенности выдачи декретного отпуска беременным с двойней.
11. Перечислите признаки недоношенности.
12. Тактика ведения родов после рождения 1 плода.
13. Назовите возможные осложнения для плодов в данной ситуации.
14. Назовите возможные осложнения родов и послеродового периода для матери.
15. Что необходимо использовать для профилактики кровотечения в раннем послеродовом периоде в данном случае?

Эталоны ответов к задаче № 10

1. Беременность 36-37 недель. Двойня. Роды I, преждевременные, в затылочном предлежании первого плода. I позиция, передний вид первого плода; тазовое предлежание второго плода. I Период родов. Дородовое излитие вод. Хламидиоз.
2. Причиной преждевременных родов в данном случае явилась многоплодная беременность, хламидиоз.
3. Динамика раскрытия шейки матки в данной ситуации соответствует нормальному течению родов.
4. Роды на данном этапе вести консервативно, при присоединении осложнений - родоразрешить путем кесарева сечения.
5. В данной ситуации зеленый цвет околоплодных вод свидетельствует о внутриутробном инфицировании.
6. В I периоде родов необходимо назначение спазмолитиков, проводить профилактику внутриутробной гипоксии плода; во II периоде родов - пудендальная анестезия, эпизиотомия. На родах необходимо присутствие неонатолога, подготовить кювез.
7. В послеродовом периоде, учитывая хламидиоз, необходимо назначить препараты группы макролидов (эритромицин), сокращающие препараты.
8. Беременность при наличии 2 и более плодов.
9. - по количеству плодов (двойни, тройни);
☐ по количеству оплодотворенных яйцеклеток (однойяйцевые, двужайцевые);
☐ по количеству амниотических полостей (моноамниотические, диамниотические); ☐ по количеству плацент (монозориальные, дихориальные).
10. Декретный отпуск выдают с 28 недель на 154 дня.
11. Масса плода менее 2700,0 г., рост менее 47 см., ногти не закрывают ногтевые фаланги, пупок находится ближе к лону, у девочек малые половые губы не прикрыты большими, у мальчиков яички не опущены в мошонку, кожный покров ярко-розового цвета, покрыт Пушковым волосом.
12. После рождения первого плода необходимо провести влагалищное исследование с целью выяснения акушерской ситуации, при наличии целого плодного пузыря необходимо провести амниотомию, провести эпизиотомию.
13. В данной ситуации возможны гипоксия и асфиксия плода, родовая травма, внутриутробные инфекции, внутриутробные пороки развития плода.
14. Вторичная слабость родовой деятельности, дискоординированная родовая деятельность, на кровотечение в раннем послеродовом периоде.
15. В III периоде родов необходимо иметь связь с двумя венами, внутривенно ввести окситоцин 5 ЕД на 10 мл физиологического раствора, струйно; продолжить его внутривенное капельное введение.

Ситуационная задача №11

В гинекологический стационар поступила больная 60 лет с жалобами на кровянистые выделения из половых путей.

Из анамнеза менархе в 11 лет, до 50 лет месячные ходили регулярно по 4-6 дней, в умеренном количестве, безболезненные. Постменопауза 10 лет. Имела 7 беременностей: 2 закончились срочными родами живыми детьми, 5 - искусственными абортами в сроке 7-11 недель; роды и аборты протекали без осложнений.

Из гинекологических заболеваний отмечает псевдоэрозию шейки матки после первых родов (проводилась диатермокоагуляция). Страдает гипертонической болезнью с 47 лет, сахарным диабетом II типа с 55 лет.

Объективное исследование: состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Рост 157 см., масса 92 кг. АД - 205/115 мм. рт. ст., тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона, ЧСС 76 уд/мин. Со стороны легких, органов брюшной полости и почек патологии не выявлено.

Анализ крови; НЬ 102 г/л, эритроцитов 2,8-10 /л, СОЭ - 52 мм/час, сахар крови -10,7 ммоль/л.

Мочится часто, без рези. Склонность к запорам.

Гинекологический статус; наружные половые органы развиты правильно, без проявлений возрастной атрофии.

Осмотр при помощи зеркал? слизистые шейки матки и влагалища не изменены. Выделения из цервикального канала кровянистые, в умеренном количестве.

Бимануальное исследование; влагалище рожавшей женщины, слизистая оболочка умеренно складчатая, эластичная. Шейка матки цилиндрической формы, длина влагалищной части 2,5 см., наружный зев пропускает кончик пальца. Тело матки в anteversio-flexio, несколько больше нормы, подвижное, безболезненное. Придатки не увеличены, область их безболезненна. Своды и параметрии свободны.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие факторы риска для патологии эндометрия имеются у данной больной?
3. Какие нарушения гормонального статуса предрасполагают к заболеванию эндометрия?
4. Возможные источники продукции эстрогенов в постменопаузальном периоде?
5. Какие исследования следует провести для суждения о гормональном статусе больной?
6. С какими гинекологическими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику у данной больной?
7. Какие исследования следует провести для дифференциальной диагностики?
8. С какими экстрагенитальными заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику у данной больной?
9. Какие исследования следует провести для дифференциации с заболеваниями системы крови?
10. Какое исследование является решающим в выявлении рака эндометрия?
11. Назовите стадии рака эндометрия.
12. Охарактеризуйте стадии рака эндометрия.
13. Выбор метода лечения рака эндометрия?
14. Эффективность лечения рака эндометрия?
15. Пути профилактики рака эндометрия?

Эталоны ответов к задаче

№11 1. Заболевание эндометрия.

2. Ожирение, гипертоническая болезнь, сахарный диабет.

3. Абсолютная или относительная гиперэстрогения при недостаточности или отсутствии прогестерона.
4. Высокая продукция эстрогенов в постменопаузальном периоде возможна в гормонально активных опухолях яичника и надпочечников, в жировых депо.
5. Наиболее доступными методами являются гормональная кольпоцитология, симптом «зрачка», натяжение цервикальной слизи, а также определение эстрогенов в крови.
6. С субмукозной миомой, с полипами эндометрия, с заболеваниями шейки матки.
7. УЗИ, гистероскопию, гистерографию, зондирование полости матки, раздельное выскабливание цервикального канала и стенок матки, гистологическое исследование соскобов; взятие аспирата из полости матки для ...цитологического исследования.
8. С заболеваниями системы крови.
9. Развернутую коагулограмму, подсчет тромбоцитов, свертываемость и кровоточивость, протеинограмму.
10. Гистологическое исследование соскоба эндометрия.
11. 4 стадии: I, II, III, IV.
12. При I стадии процесс только в эндометрии, при II стадии инвазия в миометрий или эндоцервикс, при III стадии могут поражаться периметрии или придатки, или влагалище, или параметральная клетчатка, регионарные лимфоузлы. При IV стадии поражаются мочевой пузырь или прямая кишка, отдаленные метастазы.
13. Выбор метода лечения рака эндометрия зависит от стадии процесса и степени дифференцировки опухоли: при I и II стадиях возможно комбинированное лечение - хирургическое в сочетании с лучевой до- и послеоперационной терапией, применение гестагенов. При III стадии процесса лечение сочетанное лучевое в комбинации с гестагенами. При IV стадии - лечение паллиативное.
14. При комбинированном лечении пятилетняя выживаемость больных 70 %, при лучевом - 40 %.
15. Тщательное диспансерное наблюдение женщин группы риска - с хронической ановуляцией у молодых и дисэнцефальной патологией

Ситуационная задача №12

Больная С, 28 лет обратилась к врачу женской консультации с жалобами на бели и контактные кровянистые выделения.

Анамнез: в детстве перенесла ангину, ОРЗ, корь. Наследственность не отягощена. Менструации с 14 лет, установились сразу (по 5 дней, цикл 28 дней), умеренные безболезненные.

Половая жизнь с 20 лет. Беременностей 2 (роды 1, мед. аборт - 1). 2 месяца назад появились бели и контактные кровянистые выделения.

Объективное обследование: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые розового цвета. Со стороны органов и систем отклонений от нормы не обнаружено.

Осмотр при помощи зеркал: шейка матки цилиндрической формы. Поверхность слизистой вокруг наружного зева ярко-красного цвета, зернистая, покрытая гноевидными слизистыми выделениями, размерами 2х2 см, легко кровоточащая при дотрагивании. Наружный зев закрыт.

Влагалищное исследование: наружные половые органы без патологических изменений, Оволосение на лобке по женскому типу. Матка нормальных размеров, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Своды свободные. Выделения - бели с примесью крови.

Микробиологическое исследование: в мазках из влагалища, цервикального канала, уретры и прямой кишки гонококка не обнаружено. В мазке на степень чистоты - лейкоциты в большом количестве, микрофлора смешанная.

Цитологическое исследование: определяется пролиферация цилиндрического эпителия (укрупнение ядер большинства клеток).

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Что такое проба Шиллера?
4. Какова техника взятия биоптата с шейки матки?
5. Какие заболевания шейки матки относятся к фоновым?
6. Какие заболевания шейки матки относятся к предракам?
7. Какие существуют методы лечения выявленной патологии?
8. Каков ведущий метод лечения эктопий шейки матки?
9. Сколько раз можно осуществлять коагуляцию шейки матки при рецидивах патологических процессов?
10. Какой метод лечения используют при безуспешности коагуляции шейки матки?
11. Назовите осложнения, полученные в результате диатермокоагуляции эктопии шейки матки?
12. На какой день менструального цикла рекомендуется осуществлять диатермокоагуляцию?
13. Перечислите преимущества лазерной вапоризации шейки матки.
14. Что включает в себя консервативное лечение заболеваний шейки матки?
15. Какие препараты используют для химической коагуляции?

Эталоны ответов к задаче № 12

1. Эктопия шейки матки, эндоцервицит.
2. Пробу Шиллера, кольгоскопию, биопсию шейки матки.
3. Проба Шиллера заключается в обработке шейки матки раствором Люголя. Патологические участки остаются светлыми (иодонегативными).
4. Патологический участок иссекается скальпелем в пределах здоровой ткани шейки матки.
5. Эктопия, простая лейкоплакия, эритроплакия, эктропион, эндометриоз, полип цервикального канала, папилломы, гиперплазия эндоцервикса, истинная эрозия.
6. Дисплазии, лейкоплакия с клеточным атипизмом.
7. Консервативное и хирургическое (включая коагуляционные).
8. Лазерная вапоризация.
9. Дважды.
10. Эксцизия (конизация) шейки матки.
11. Кровотечение, стеноз цервикального канала, воспаление матки и придатков, синдром коагулированной шейки, эндометриоз.
12. Накануне очередной менструации (за 2-3 дня).
13. Отсутствие кровотечений, воспалительных осложнений, стенозирования цервикального канала и грубого рубцевания.
14. Противовоспалительное, репаративное и гормональное лечение.
15. Ваготил, солковагин, солкодерм.

Ситуационная задача №13

Больная К., 22 лет, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в гинекологическое отделение с жалобами на внезапно возникшую сильную боль в нижней части живота с иррадиацией в поясничную область, задний проход, слабость, головокружение.

Заболела 2 часа назад, когда появились резкие боли в нижней части живота, тошнота, рвота, был обморок. Начало заболевания связывает с поднятием тяжести.

В анамнезе: Хроническое воспаление матки и придатков, корь, скарлатина, воспаление легких, хронический пиелонефрит.

Менструации с 13 лет, по 3-4 дня через 28 дней, регулярные, безболезненные. Последняя менструация 14 дней назад, пришла в срок, прошла без особенностей. Половая жизнь с 19 лет в одном браке. Беременность 1, закончилась родами.

Объективно: Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледного цвета. Артериальное давление 100 и 55 мм рт. ст. Пульс 96 в минуту. Живот при пальпации болезненный, особенно в надлобковой области, напряженный, не вздут. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. При перкуссии живота определяется притупление звука в нижнем отделе.

Гинекологический статус: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение лобка по женскому типу. Осмотр в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы. Слизистая влагалища и шейки матки визуально не изменены. Наружный зев закрыт. Выделения сукровичные скудные. Бимануально: тело матки отклонено кзади, нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки не пальпируются из-за резкой болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки. Через своды определяется образование без ясных контуров, пастозной консистенции.

Произведена пункция брюшной полости через задний свод влагалища - получена темная кровь.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите причины данной патологии.-
3. Назовите основные клинические проявления данной патологии. 4.Оцените общее состояние пациентки.
5. Какие дополнительные методы исследования следует провести срочно?
6. С какими экстрагенитальными заболеваниями следует дифференцировать эту патологию?
7. С какими гинекологическими заболеваниями следует провести дифференциацию?
8. Как оценить характер пунктата из брюшной полости?
9. Какое осложнение основного процесса имеется у больной?
10. 10.Определите тактику ведения больной.
11. Определите объем хирургического вмешательства.
- 12.Современные методы лечения данной патологии.
13. Вероятные последствия данного заболевания.
14. Реабилитация больной.
15. Профилактика данной патологии

Эталоны ответов к задаче 13

1. Апоплексия яичников. Геморрагический шок I степени тяжести.
2. Экзогенные причины: травма живота, поднятие тяжести, бурное половое сношение, влагалищное исследование, оперативное вмешательство. Эндогенные причины: неправильное положение матки (фиксированная ретрофлексия), механическое сдавливание сосудов, нарушающее кровоток в яичнике, спаечные воспалительные процессы в малом тазу.
3. Сильная боль в низу живота с иррадиацией в поясничную область, задний проход, тошнота, рвота, слабость, головокружение, кровянистые выделения из половых путей.
4. Общее состояние средней степени тяжести.
5. Определить гемоглобин, эритроциты, гематокрит, группу и резус принадлежность крови.
6. С аппендицитом, холециститом, пиелонефритом.
7. С прервавшейся внематочной беременностью, с прервавшейся маточной беременностью раннего срока, обострением хронического воспаления придатков матки.

8. Темно-кровянистый характер пунктата свидетельствует о внутреннем кровотечении.

9. Геморрагический шок I степени тяжести.

10. Больной показано хирургическое лечение в экстренном порядке.

11. Клиновидная резекция и ушивание яичника.

12. При легкой форме апоплексии яичника, сопровождающейся незначительным внутрибрюшным кровотечением, показано консервативное лечение: постельный режим, холод на нижнюю часть живота, гемостатическая терапия.

При апоплексии яичника, сопровождающейся значительным внутрибрюшным кровотечением, показано хирургическое лечение: ушивание разрыва; клиновидная резекция и ушивание яичника; удаление яичника.

13. Спаечные изменения в малом тазу и брюшной полости.

14. Тщательная санация брюшной полости во время операции, антибактериальная терапия, УФО на низ живота. Реабилитация продолжается 6 месяцев по индивидуальному плану с проведением надежной контрацепции.

15. Предупреждение абортов, воспалительных процессов, полового инфантилизма, своевременное лечение дисфункции яичников.

Ситуационная задача №14

Больная К., 30 лет, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в гинекологическое отделение с жалобами на сильные боли в нижней части живота и пояснице.

Анамнез: Менструации с 12 лет, установились через 3 года, по 7 дней через 30 дней, регулярные, болезненные, обильные. Последние 5 месяцев длятся по 2 дня. Последняя менструация 14 дней назад, пришла в срок, прошла без особенностей. Половая жизнь с 18 лет. Беременностей 6: (4 закончились родами, 2 искусственными абортами).

Перенесла воспаление придатков матки. Три года назад была госпитализирована в стационар с диагнозом апоплексия яичников. Проведено консервативное лечение. В последние дни беспокоят сильные боли в нижней части живота и поясничной области.

Объективно: Кожные покровы и видимые слизистые оболочки, бледно-розового цвета. Артериальное давление 120 и 80 мм рт. ст. Пульс 74 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Гинекологический статус: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение лобка по женскому типу. Осмотр в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы. Слизистая влагалища и шейки матки визуально не изменены. Наружный зев закрыт. Выделения слизисто-сукровичные, скудные. Бимануально: тело матки в anteflexio, нормальных размеров, плотное подвижное, безболезненное. Справа от матки в области придатков определяется объемное образование размерами 7*6*7 см, плотноэластической консистенции, подвижное, чувствительное при пальпации. Слева придатки не определяются. Задний свод болезненный при осмотре.

1. Поставьте диагноз.

2. В каких возрастных группах чаще встречаются кисты яичников?

3. Назовите основные клинические проявления данной патологии. 4. Оцените общее состояние пациентки.

5. Какие дополнительные методы исследования следует провести срочно?

6. С какими экстрагенитальными заболеваниями следует дифференцировать эту патологию?

7. С какими гинекологическими заболеваниями следует провести дифференциацию?

8. В чем отличие кист яичника от кистом?

9. Классификация кист.

10. Определите тактику ведения больной.

11. Определите объем хирургического вмешательства.

12. Современные методы лечения данной патологии.
13. Вероятные последствия данного заболевания.
14. Реабилитация больной.
15. Профилактика данной патологии.

Эталоны ответов к задаче № 14

1. Разрыв кисты правого яичника.
2. В период полового созревания и в детородном возрасте.
3. Сильная боль в низу живота, пояснице, тошнота, однократная рвота, слабость, головокружение.
4. Общее состояние удовлетворительное.
5. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища. Определить гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, СОЭ, гематокрит, группу и резус принадлежность крови. Ультразвуковое исследование женских половых органов.
6. С аппендицитом, холециститом, пиелонефритом.
7. С обострением хронического воспаления матки и придатков, с нарушением питания опухоли яичника, с некрозом миоматозного узла, пиосальпинксом, tuboовариальным абсцессом.
8. Киста яичника - ретенционное непролиферирующее образование. Киста яичника - истинное пролиферирующее образование.
9. Киста из атрезированного фолликула, киста желтого тела, тека-лютеиновая киста, эндометриоидная киста, паровариальная киста.
10. Больной показано хирургическое лечение в экстренном порядке.
11. Вылущивание кисты и ушивание яичника.
12. Единственный метод лечения разрыва кисты яичника - хирургический. В репродуктивном возрасте, если рядом с кистой сохранилась неизменная ткань яичника показано вылущивание кисты и ушивание яичника. При отсутствии неизменной ткани яичника показано удаление придатков.
13. Спаечные изменения в малом тазу и брюшной полости.
14. Тщательная санация брюшной полости во время операции, антибактериальная терапия, УФО на низ живота. Реабилитация продолжается 6 месяцев по индивидуальному плану с проведением надежной контрацепции.
15. Предупреждение воспалительных процессов, полового инфантилизма.

Ситуационная задача №15

Больная З., 40 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и обильные выделения из половых путей.

Считает себя больной в течение 4-х лет, когда стала отмечать обильные менструации со сгустками крови, схваткообразные боли внизу живота.

Анамнез» в детстве перенесла ангину, грипп. Страдает анемией, последние 3 года дважды лечилась в стационаре, получала антианемическую терапию. Менструации с 12 лет, установились сразу (по 7 дней через 30 дней) умеренные, безболезненные. Последние 2 года - через 15-16 дней, обильные, со сгустками крови, болезненные. После менструации отмечает слабость, недомогание, мелькание «мушек» перед глазами. Половая жизнь с 35 лет, не замужем. Всего было 2 беременности, обе (сроки 10 и 9 недель) закончились искусственными абортами без осложнений. Перенесенные гинекологические болезни отрицает.

Объективное обследование: состояние удовлетворительное, пульс 100 в мин., ритмичный. АД - 120/80 мм. рт. ст. Кожные покровы и видимые слизистые бледноватые, тоны сердца ритмичные, отмечается систолический шум на его верхушке. В легких прослушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, стул и мочеиспускание в норме, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Лабораторные показатели: общий анализ крови: гемоглобин - 100 г/л, лейкоциты $4,5 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ - 18 мм/ч.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей женщины, из цервикального канала шейки матки исходит узел, диаметром 3 см. на тонкой ножке. Матка имеет размеры слегка больше нормы, плотная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Выделения кровянистые, обильные.

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте определение миомы матки?
3. Перечислите классификацию миомы по гистологическому строению?
4. План дальнейшего обследования?
5. Перечислите возможные осложнения рождающейся подслизистой миомы матки?
6. Назовите основной клинический симптом подслизистой миомы матки?
7. Какой наиболее информативный метод диагностики рождающегося миоматозного узла?
8. Определите тактику лечения больной?
9. Какие дополнительные лабораторные показатели необходимо уточнить при анемизации больной?
10. Перечислите возможные осложнения при миомах матки?
11. Составьте рекомендации по наблюдению и ведению больной после выписки из стационара?
12. Перечислите основные методы диагностики роста миомы матки при диспансерном наблюдении?
13. Какая патология эндометрия часто является сопутствующей при миоме матки?

Эталоны ответов к задаче 15

1. Миома матки небольших размеров с гиперполименореей, приводящей к анемии. Рождающийся субмукозный узел.
2. Миома матки - это доброкачественная гормонозависимая опухоль, развивающаяся из мышечного слоя матки.
3. - собственно миома - опухоль, развивающаяся преимущественно из мышечной ткани;
 - фибромиома - опухоль из соединительной ткани;
 - фиброаденомиома - опухоль, преимущественно из железистой ткани.
4. Анализ крови: свертываемость, кровоточивость, фибриноген и протромбин, время рекальцификации крови, толерантность к гепарину, группа крови и резус-фактор. ЭКГ.

Анализ мазков: степень чистоты влагалища, гонококк.

5. Инфицирование узла, профузное маточное кровотечение, выворот матки.
6. Меноррагия.
7. Осмотр шейки матки в зеркалах с последующим бимануальным исследованием.
8. Удаление рождающегося субмукозного узла путем открытия влагалищным доступом с последующим гистологическим исследованием. Антибактериальная терапия, консервативная гемостатическая и гемостимулирующая терапия.
9. Развернутый анализ крови с подсчетом эритроцитов, ретикулоцитов и тромбоцитов, коагулограмма.
10. Некроз узла, инфицирование узла, анемия, рождение субмукозного узла, нарушение функций соседних органов, бесплодие. 11. Продолжить гемостимулирующую терапию до 3-х месяцев с контролем анализа крови, наблюдение врача-гинеколога 1 раз в 3

месяца. Запланировать проведение ГСГ для уточнения наличия узла в полости матки. После результат гистологического исследования – коррекция гормональной терапии.

12. Бимануальный осмотр,
УЗИ. 13. Гиперплазия эндометрия.

Ситуационная задача №16

Больная А., 28 лет, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в гинекологическое отделение с жалобами на внезапно возникшую сильную боль в нижней части живота с иррадиацией в задний проход, слабость.

Заболела 1 час назад, когда появились резкие боли в нижней части живота, был обморок. Начало заболевания связывает с физической нагрузкой.

В анамнезе: Хроническое воспаление матки и придатков, хронический пиелонефрит.

Менструации с 12 лет, по 4-5 дней через 30 дней, регулярные, болезненные. Последняя менструация 15 дней назад, пришла в срок, прошла без особенностей. Половая жизнь с 20 лет в одном браке. Беременность 2, закончилась родами.

Объективно: Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета. Артериальное давление ПО и 70 мм рт. ст. Пульс 80 в минуту. Живот при пальпации болезненный, особенно в надлобковой области, напряженный, не вздут. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный.

Гинекологический статус: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение лобка по женскому типу. Осмотр в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы. Слизистая влагалища и шейки матки визуально не изменены. Наружный зев закрыт. Выделения сукровичные скудные. Бимануально: тело матки отклонено кпереди, нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки не пальпируются из-за резкой болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки. Через своды определяется образование без ясных контуров, пастозной консистенции.

Произведена пункция брюшной полости через задний свод влагалища - получена темная кровь.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите причины данной патологии.
3. Назовите основные клинические проявления данной патологии.
4. Оцените общее состояние пациентки.
5. Какие дополнительные методы исследования следует провести срочно?
6. С какими экстрагенитальными заболеваниями следует дифференцировать эту патологию?
7. С какими гинекологическими заболеваниями следует провести дифференциацию?
8. Как оценить характер пунктата из брюшной полости?
9. Назовите возможное осложнение основного процесса у больной?
10. Определите тактику ведения больной.
11. Определите объем хирургического вмешательства.
12. Современные методы лечения данной патологии.
13. Вероятные последствия данного заболевания.
14. Реабилитация больной.
15. Профилактика данной патологии.

Эталонные ответы к задаче

№ 16 1. Апоплексия яичников.

2. Экзогенные причины: травма живота, поднятие тяжести, бурное половое сношение, влагалищное исследование, оперативное вмешательство. Эндогенные причины:

неправильное положение матки (фиксированная ретрофлексия), механическое сдавливание сосудов, нарушающее кровоток в яичнике, спаечные воспалительные процессы в малом тазу.

3. Сильная боль в низу живота с иррадиацией в задний проход, общая слабость, кровянистые выделения из половых путей.
4. Общее состояние средней степени тяжести.
5. Определить гемоглобин, эритроциты, гематокрит, группу и резус принадлежность крови.
6. С аппендицитом, холециститом, пиелонефритом.
7. С прервавшейся внематочной беременностью, с прервавшейся маточной беременностью раннего срока, обострением хронического воспаления придатков матки.
8. Темно-кровянистый характер пунктата свидетельствует о внутреннем кровотечении.
9. Геморрагический шок.
10. Больной показано хирургическое лечение в экстренном порядке.
11. Клиновидная резекция и ушивание яичника.
12. При легкой форме апоплексии яичника, сопровождающейся незначительным внутрибрюшным кровотечением, показано консервативное лечение: постельный режим, холод на нижнюю часть живота, гемостатическая терапия. При апоплексии яичника, сопровождающейся значительным внутрибрюшным кровотечением, показано хирургическое лечение: ушивание разрыва; клиновидная резекция и ушивание яичника; удаление яичника.
13. Спаечные изменения в малом тазу и брюшной полости.
14. Тщательная санация брюшной полости во время операции, антибактериальная терапия, УФО на низ живота. Реабилитация продолжается 6 месяцев по индивидуальному плану с проведением надежной контрацепции.
15. Предупреждение аборт, воспалительных процессов, полового инфантилизма, своевременное лечение дисфункции яичников.

Ситуационная задача №17

Больная О., 26 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на сильные боли в низу живота, рези при мочеиспускании, повышение температуры до 39,0°C, слабость, озноб, тошноту.

Менструальная функция с 14 лет, не нарушена. Последняя менструация началась 6 дней назад, в срок.

Половая жизнь с 20 лет. Имела 1 роды, 2 искусственных аборта. Гинекологические заболевания: хроническое воспаление матки и придатков в течение 2 лет.

Заболела остро: появились боли в низу живота, температура повысилась до 39,5°C, озноб, обильные гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании. Однократно был жидкий стул. 2 недели назад имела случайный половой акт.

Объективно? температура - 38,6°C, пульс - 98 в мин., АД - 110/65 мм. рт. ст. Язык обложен белым налетом, суховат.

Живот резко болезненный в нижних отделах. Определяются симптомы раздражения брюшины.

Анализ крови: гемоглобин - 114 г/л, лейкоциты - $18,4 \times 10^9$ /л, СОЭ - 36 мм/ч. Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Влагалище свободное

Осмотр зеркалами: шейка матки цилиндрической формы, слизистая гиперемирована. Наружный зев щелевидный. Выделения из цервикального канала гнойные, обильные. Бимануально: наружный зев закрыт. Тело матки и придатки пальпировать не удастся из-за резкой болезненности и напряжения мышц брюшной стенки. Движения за шейку матки болезненные. Задний свод болезненный.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Что относится к специфическим воспалительным заболеваниям женской половой системы?
3. Какие данные свидетельствуют о специфической этиологии воспалительного процесса?
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
5. Откуда берутся мазки для выявления гонококков?
6. Как классифицируется гонорея?
7. Какие существуют пути заражения гонореей?
8. Какие пути распространения гонорейной инфекции Вы знаете?
9. Какие существуют методы провокации воспалительного процесса?
10. Имеется ли иммунитет к гонорее у лиц, ранее переболевших данным заболеванием?
11. Какова тактика ведения данной больной?
12. Консультация какого специалиста необходима данной больной?
13. Какой дополнительный документ оформляется при выявлении венерического заболевания.
14. Какой основной принцип лечения воспалительных заболеваний половой системы специфической этиологии?
15. Каковы критерии лечения гонорей?

Эталоны ответов к задаче № 17

1. Обострение хронического воспаления матки и придатков, пельвиоперитонит (специфической этиологии).
2. К специфическим воспалительным заболеваниям женских половых органов относится трихомониаз, гонорея, кандидоз, хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, кондиломатоз, половой герпес, туберкулез.
3. Заболела после менструации, имея случайную половую связь.
4. Необходимо произвести исследование влагалищных мазков на микрофлору, содержимого цервикального канала - на флору и чувствительность к антибиотикам.
5. Мазки для выявления гонококков берутся из уретры, цервикального канала и прямой кишки.
6. По клиническому течению различают свежую и хроническую гонорею. Свежая гонорея делится на острую, подострую и торпидную.
7. Пути заражения: половой, бытовой, внутриутробный.
8. Пути распространения гонореи: восходящий и гематогенный.
9. Методы провокации: химический, механический, биологический, алиментарный, физиологический, термический.
10. Иммунитета к гонорее нет.
11. Необходимо начать антибактериальную терапию с учетом предполагаемой этиологии, дезинтоксикационную и десенсибилизационную терапию.
12. Требуется консультация венеролога.
13. При обнаружении гонореи оформляется экстренное извещение в венерологический диспансер.
14. Лечение обоих половых партнеров.
15. После проведенного лечения и при отсутствии гонококков в мазках, взятых на 2 - 4-й дни менструации в течение трех последующих менструальных циклов, женщина перестает быть источником заражения и может быть снята с учета.

Ситуационная задача №18

В гинекологический стационар поступила больная М., 46 лет с жалобами на боли в правой подвздошной области, тошноту, однократную рвоту. Заболела остро, 4 часа назад, после физической нагрузки.

Из анамнеза; менструации с 13 лет, установились сразу, через 4 недели по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. С 43 лет отмечает задержки месячных до 3 месяцев.

Последняя менструация 6 недель назад. Половая жизнь в браке. Имела 2 родов, 3 медицинских аборта. Контрацепция - ВМС.

Перенесенные заболевания: ОРЗ, хронический гастрит, холецистит, бронхит, воспаление матки и придатков. Последние 3 года гинекологом не осматривалась.

Объективно; общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Т - 36,9°C. АД - 125/80 мм. рт. ст. Пульс 88 уд/мин ритмичный, удовлетворительного наполнения. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено. Молочные железы без особенностей, отделяемого из сосков нет.

Язык суховат, обложен у края белым налетом. Живот правильной формы, в акте дыхания передняя брюшная стенка участвует ограниченно. Перкуторно - тимпанический звук. Пальпаторно живот мягкий, незначительное напряжение в правой подвздошной области, где отмечается локальная болезненность и нечетко симптом Щеткина-Блюмберга. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого справа слабо положительный. Стул однократно оформленный, мочеиспускание свободное.

Гинекологический статус; наружные половые органы развиты правильно. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки не изменены. Выделения - слизистые бели. Бимануальное исследование; влагалище свободное, шейка матки цилиндрической формы, плотная, длина влагалищной части 2,5 см, наружный зев закрыт.

Тело матки несколько больше нормы, плотное, смещено влево, безболезненное. Левые придатки уплотнены, подтянуты к матке. В области правых придатков определяется образование 8x10x7 см. неравномерной плотности, ограниченно подвижное, болезненное. Своды и параметрии свободны. Смещение шейки матки болезненно.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими гинекологическими заболеваниями следует дифференцировать эту патологию?
3. С какой экстрагенитальной патологией следует дифференцировать развившуюся ситуацию?
4. Какое лабораторное обследование следует провести срочно?
5. Какие изменения в гемограмме характерны для воспалительного процесса?
6. Какие изменения в гемограмме характерны при прервавшейся внематочной беременности?
7. Какие изменения в моче характерны при почечно-каменной болезни?
8. Какое аппаратное обследование показано больной?
9. Какие результаты УЗИ подтверждают предварительный диагноз?
10. Определите тактику ведения больной при нарушении питания опухоли яичника?
11. Каким методом можно провести оперативное лечение при опухоли яичника с нарушением питания?
12. Какова последовательность действий при опухоли яичника после вхождения в брюшную полость?
13. Какие анатомические структуры входят в хирургическую ножку опухоли яичника?
14. Что определяет объем хирургического вмешательства при опухоли яичника?
15. Какова профилактика осложнений опухолей яичника?

Эталонные ответы к задаче № 18

1. Опухоль правого яичника с нарушением питания.
2. С фибромиомой матки, нарушенной внематочной беременностью, трубояичным воспалительным образованием.
3. С аппендицитом, почечно-каменной болезнью, с экстрагенитальной опухолью.
4. Общий анализ крови и мочи.

5. Лейкоцитоз, ускоренная РОЭ, левый сдвиг в лейкоформуле.
6. Снижение уровня гемоглобина и числа эритроцитов.
7. Высокое содержание эритроцитов и солей, возможно увеличение числа лейкоцитов.
8. УЗИ органов брюшной полости, малого таза и почек.
9. Наличие в области правого яичника опухоли, нормальное положение правой почки и отсутствие в ней конкрементов.
10. Показано срочное оперативное вмешательство.
11. Методом лапаротомии или лапароскопии.
12. Тщательная ревизия органов малого таза, кишечника, париетальной и висцеральной брюшины, парааортальных лимфоузлов.
13. Собственная связка яичника, задний листок широкой маточной связки, воронко-тазовая связка, маточная труба.
14. Характер опухоли (доброкачественный или злокачественный), возраст больной, состояние матки и другого яичника.
15. Своевременное выявление опухоли при профосмотрах (не реже 1 раза в год) и оперативное лечение в плановом порядке.

Ситуационная задача № 19

Больная А., 30 лет, доставлена в гинекологическое отделение больницы с жалобами на боли внизу живота, больше слева, рвоту, сухость во рту, слабость. Данные симптомы появились сегодня, 3 часа тому назад, после физической нагрузки, постепенно боли нарастают. Из анамнез известно, что менструальная и детородная функции без особенностей. Из гинекологических заболеваний перенесла сальпингоофорит, лечилась амбулаторно.

Объективно: состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные, язык сухой, температура тела - 38,0°C, пульс - 100 в мин, АД - 100/60 мм. рт. ст. Живот при пальпации болезненный в нижнем отделе, больше слева, где определяется напряжение мышц брюшной стенки. Симптомы раздражения брюшины слабо положительные.

Гинекологическое исследование: осмотр в зеркалах: шейка матки покрыта неизменной слизистой оболочкой, выделения слизистые обильные. При влагалищном исследовании движения за шейку матки болезненны. В области малого таза слева определяется тугоэластическое резко болезненное образование, размерами 8х7х6 см.

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Какие методы дополнительной диагностики помогут подтвердить предполагаемый диагноз?
3. Какова врачебная тактика?
4. Определите объем медицинской помощи данной больной.
5. С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию?
6. Перечислите осложнения доброкачественных опухолей яичников.
7. Перечислите источники происхождения опухолей яичников.
8. Из чего состоит анатомическая ножка опухоли яичника?
9. Что входит в хирургическую ножку опухоли?
10. Перечислите классификацию опухолей по клиническому течению.
11. Что относится к эпителиальным опухолям?
12. Что относится к строматогенным или соединительнотканным опухолям?
13. Перечислите признаки малигнизации опухолей.
14. Какова профилактика опухолей яичника? **Эталоны ответов к задаче № 19**

1. Опухоль левого яичника с нарушением питания. Пельвиоперитонит.
2. Кольпоцентез, УЗИ гениталий, лапароскопия.
3. Провести предоперационную подготовку больной в экстренном порядке (промыть желудок, наладить связь с веной, определить группу крови и резус-фактор, взять

анализы крови и мочи для лабораторных исследований - коагулограмма, биохимические показатели).

4. Лапаротомия или лапароскопия, объем оперативного вмешательства будет определяться хирургом после вхождения в брюшную полость в зависимости от видимой патологии и осложнений. Операция должна быть органосохраняющей с цитодиагностикой операционного материала.

5. С апоплексией яичника, с внематочной беременностью, с нарушением питания субсерозного узла тела матки при миоме.

6. Перекрут ножки опухоли, разрыв капсулы, нагноение опухоли, малигнизация опухоли, сдавление соседних органов, бесплодие, нарушение менструального цикла.

7. Нормальные компоненты яичника, эмбриональные остатки и дистопии, постнатальные разрастания, гетеротопии, метаплазии эпителия.

8. Собственная связка яичника, воронко-тазовая связка, часть широкой связки.

9. Собственная связка яичника, воронко-тазовая связка, часть широкой связки, маточная труба.

10. Доброкачественная, пограничная, злокачественная. 11. Цилиоэпителиальные опухоли (серозные), псевдомуцинозные кистомы, гормонпродуцирующие опухоли яичников.

12. Фиброма яичника, опухоль Бреннера.

12. Плотная неоднородная консистенция опухоли, появление опухолей с обеих сторон, быстрый рост опухоли, ранняя фиксация за счет прорастания в соседние органы, асцит.

13. Периодические осмотры 2 раза в год; с применением УЗИ - 1 раз в год, коррекция нарушений менструальной и репродуктивной функций, своевременное лечение воспалительных заболеваний придатков матки, коррекция ановуляции и гиперстимуляции овуляции с помощью стероидной контрацепции (первичная профилактика рака яичников), современная диагностика доброкачественных и пограничных опухолей яичников и их хирургическое лечение (вторичная профилактика рака яичников).

Ситуационная задача №20

Больная С., 29 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, тошноту, слабость, мажущие кровянистые выделения из половых путей.

Из анамнеза выяснено, что вышеуказанные жалобы появились после задержки очередной менструации на 4 недели. Менструации по 5-6 дней, умеренные, безболезненные, цикл - 28 дней. Половая жизнь в браке, с 21 года. Беременностей было две: роды - 1, медицинский аборт - 1. В течение двух последних лет с целью контрацепции использует ВМС. Объективно» состояние удовлетворительное. АД=110/70 мм. рт. ст. Пульс 80 в мин., удовлетворительного наполнения. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот слегка вздут, болезненный в нижних отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга слабopоложительный, стул, мочеиспускание не нарушены.

Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Шейка матки цилиндрической формы, слизистая не изменена. Из цервикального канала визуализируются контрольные нити ВМС. Выделения темно-кровянистые, мажущие. Тело матки увеличено до 5-6-недельного срока беременности, мягковатой консистенции, болезненное при исследовании. Слева придатки не определяются. Справа пальпируется опухолевидное образование без четких контуров, болезненное, тестоватой консистенции, ограниченное в подвижности. Задний свод при пальпации болезненный.

1. Поставьте диагноз.

2. Какова наиболее частая причина возникновения внематочной беременности?

3. Как классифицируется внематочная беременность по локализации?

4. Какие существуют типы прерывания внематочной беременности?
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
6. Повышается ли риск возникновения внематочной беременности при наличии ВМС?
 1. Какие дополнительные методы исследования могут быть использованы для подтверждения диагноза?
 7. Какова методика выполнения и интерпретация прогестеронового теста?
 2. Какой пункт из брюшной полости чаще всего получают при прервавшейся внематочной беременности?
 8. Что будет наблюдаться в соскобе из полости матки при внематочной беременности?
 9. На каком сроке чаще всего прерывается внематочная беременность?
 3. При каком типе прерывания внематочной беременности для уточнения диагноза можно провести гистеросальпингографию?
 10. Какова тактика ведения больной?
 11. Какие в настоящее время существуют виды операций при внематочной беременности?
 12. Можно ли использовать ВМС после операции по поводу внематочной беременности?

Эталоны ответов к задаче № 20

1. Правосторонняя внематочная беременность, прервавшаяся по типу трубного аборта.
2. Воспалительные процессы придатков матки.
3. Трубная, яичниковая, брюшная, в рудиментарном роге матки.
4. Прерывания внематочной беременности может протекать по типу трубного выкидыша и разрыва маточной трубы.
5. Дифференциальная диагностика проводится с начавшимся самопроизвольным выкидышем при маточной беременности, с двусторонним хроническим аднекситом, аппендицитом, апоплексией яичника, правосторонней почечной коликой.
6. Риск возникновения внематочной беременности при наличии ВМС повышается, т.к. ВМС уменьшает перистальтику маточных труб и создает механическое препятствие для имплантации оплодотворенной яйцеклетки в полости матки.
7. Ультразвуковое сканирование органов малого таза и почек, определение ХГ крови, подсчет лейкоцитов крови в динамике, пункция брюшной полости через задний свод. При необходимости - выскабливание полости матки с гистологическим исследованием соскоба, ГСГ, лапароскопия.
8. Внутримышечно вводится по 1 мл. 1 % раствора прогестерона в течение 3-6 дней. Усиление болей внизу живота и ухудшение состояния будут свидетельствовать в пользу диагноза: внематочная беременность.
9. Темная кровь с мелкими сгустками.
10. Децидуальная ткань без ворсин хориона. 11.4=5 недель.
12. При трубном аборте.
13. Хирургическое лечение.
14. Тубэктомия, пластические операции на маточных трубах с использованием протеолитических ферментов.
15. Нет, т.к. сохранится высокий риск возникновения повторной внематочной беременности.

Ситуационная задача №21

Больная О., 31 года, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на сильные боли внизу живота, повышение температуры до 39,0°C, слабость, озноб, тошноту, рези при мочеиспускании.

Менструальная функция не нарушена. Последняя менструация началась 8 дней назад в срок.

Половая жизнь с 21 года. Имела 1 роды, 1 медицинский аборт. Гинекологические **заболевания**: хроническое воспаление матки и придатков. Заболела остро: появились боли внизу живота, температура повысилась до 39,5°C, озноб, обильные гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании. Однократно был жидкий стул. 2 недели назад имела случайный половой акт.

Объективная температура - 39,0°C, пульс - 100 в мин., АД - 110/70 мм. рт. ст. Язык обложен белым налетом, суховат.

Живот резко болезненный в нижних отделах. Определяются симптомы раздражения брюшины.

Анализ крови: гемоглобин - 117 г/л, лейкоциты - $17,2 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ - 41 мм/ч. Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Влагалище свободное

Осмотр зеркалами: шейка матки цилиндрической формы, слизистая гиперемирована. Наружный зев щелевидный. Выделения из цервикального канала гнойные, обильные. Бимануально: наружный зев закрыт. Тело матки и придатки пропальпировать не удастся из-за резкой болезненности и напряжения мышц брюшной стенки. Движения за шейку матки болезненные. Задний свод болезненный.

1. Поставьте предварительный диагноз.

1. Что относится к специфическим воспалительным заболеваниям женской половой системы?

2. Какие данные свидетельствуют о специфической этиологии воспалительного процесса? 3. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?

2. Откуда берутся мазки для выявления гонококков?

3. Как классифицируется гонорея?

4. Какие существуют пути заражения гонореей?

5. Какие пути распространения гонорейной инфекции Вы знаете?

6. Какие существуют методы провокации воспалительного процесса?

7. Имеется ли иммунитет к гонорее у лиц, ранее переболевших данным заболеванием?

8. Какова тактика ведения данной больной?

9. Консультация какого специалиста необходима данной больной?

4. Какой дополнительный документ оформляется при выявлении венерического заболевания.

5. Какой основной принцип лечения воспалительных заболеваний половой системы специфической этиологии?

10. Каковы критерии лечения гонорей?

Эталонные ответы к задаче № 21

1. Обострение хронического воспаления матки и придатков, пельвиоперитонит (специфической этиологии).

2. К специфическим воспалительным заболеваниям женских половых органов относится трихомониаз, гонорея, кандидоз, хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, кондиломатоз, половой герпес, туберкулез.

3. Заболела после менструации, имея случайную половую связь.

4. Необходимо произвести исследование влагалищных мазков на микрофлору, содержимого цервикального канала - на флору и чувствительность к антибиотикам.

5. Мазки для выявления гонококков берутся из уретры, цервикального канала и прямой кишки.
6. По клиническому течению различают свежую и хроническую гонорею. Свежая гонорея делится на острую, подострую и торпидную.
7. Пути заражения: половой, бытовой, внутриутробный.
8. Пути распространения гонореи: восходящий и гематогенный.
9. Методы провокации: химический, механический, биологический, алиментарный, физиологический, термический.
10. Иммунитета к гонорее нет.
11. Необходимо начать антибактериальную терапию с учетом предполагаемой этиологии, дезинтоксикационную и десенсибилизационную терапию.
12. Требуется консультация венеролога.
13. При обнаружении гонореи оформляется экстренное извещение в венерологический диспансер.
14. Лечение обоих половых партнеров.
15. После проведенного лечения и при отсутствии гонококков в мазках, - 4-и дни менструации в течение трех последующих менструальных циклов, женщина перестает быть источником заражения и может быть снята с учета.

Ситуационная задача №22

Беременная Н. поступила в родильный дом с жалобами на кровянистые выделения из половых путей.

Данные анамнеза: наследственность не отягощена, из перенесенных заболеваний отмечает грипп. Менструации с 13 лет, установились сразу, продолжительностью 5 дней умеренные, регулярные, через 28 дней. Последняя менструация 5 месяцев назад. Половая жизнь с 23 лет. Было 3 беременности: первая закончилась срочными родами, вторая - медицинским абортom, третья - самопроизвольным выкидышем. На учете в женской консультации не стоит. Срок беременности, определенные по последней менструации, соответствует 20 неделям.

Объективно»* при поступлении общее состояние женщины удовлетворительное. Телосложение правильное. Питание пониженное. Температура тела 36,7°C, пульс 80 уд/мин., АД 120/80 мм. рт. ст., патологии внутренних органов не выявлено. Живот овоидной формы, величина матки соответствует 24-недельному сроку беременности. Матка при пальпации тестоватой консистенции, безболезненная, части плода не пальпируются, сердцебиение не прослушивается, шевеление плода беременная не ощущает.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно, влагалище рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев пропускает кончик пальца. Матка увеличена как при 24-недельной беременности, тестоватой консистенции, не болезненная. При пальпации в области яичников с обеих сторон определяются овоидные образования тугоэластической консистенции, размерами 5х6 см., подвижное, безболезненное. Слизистая оболочка влагалища и шейки матки цианотична, шейка не эрозирована. Выделения кровянистые в небольшом количестве. Кровь темная, жидкая, с мелкими тонкостенными пузырьками, соединенными между собой шнуровидными стебельками.

Анализ крови: НЬ - 120 г/л, эритроциты - 3,5 млн., лейкоциты - 7×10^9 , СОЭ - 12 мм/ч.. В моче патологических изменений не выявлено.

1. Диагноз
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Дополнительные методы исследования, уточняющие диагноз.
4. Лечение.
5. Возможные осложнения при удалении пузырного заноса.

6. Акушерская тактика при величине матки до 12 недель беременности.
7. Акушерская тактика при увеличении матки больше 12 недель беременности.
8. Ведение женщины в послеоперационном периоде.
9. В течение какого времени наблюдается женщина после удаления пузырного заноса и с чем это связано?
10. Как изменяется содержание хорионического гонадотропина в моче и биологические реакции на беременность после удаления пузырного заноса?
11. При возникновении хорионэпителиомы как изменяется содержание хорионического гонадотропина в моче?
12. Как часто проводится контрольное исследование мочи на хорионический гонадотропин после удаления пузырного заноса?
13. Через какое время после заболевания можно иметь беременность? Какие средства контрацепции противопоказаны в этот период?
14. Тактика ведения женщины при высоких цифрах содержания хорионического гонадотропина в моче после удаления пузырного заноса.

Эталоны ответов к задаче № 22

1. Беременность 20 недель. Пузырный занос. Двусторонние лютеиновые кисты яичников. 2. Беременность сроком 20 недель устанавливается на основании анамнеза, срок беременности, определенные по последней менструации, соответствует 20 неделям. Пузырный занос выставлен на основании наличия кровянистых выделений из половых путей с мелкими тонкостенными пузырьками, соединенными между собой шнуровидными стебельками, значительное увеличение размеров матки, превышающее таковые при данном сроке беременности (при сроке 20 недель величина матки соответствует 24-недельному сроку), тестоватая консистенция матки, отсутствие достоверных признаков беременности (шевеление, сердцебиения, не определяются части плода), наличие кистозных яичников.
3. Вспомогательные методы диагностики пузырного заноса - положительные биологические реакции Ашгейма-Цондека, Галли-Майнини, наличие в моче хорионического гонадотропина (его содержание увеличивается в 5-10 раз), УЗИ.
4. При установлении диагноза женщину следует госпитализировать, опорожнить матку. 5. При удалении пузырного заноса возможны осложнения: кровотечение, перфорация матки.
6. Акушерская тактика при пузырном заносе зависит от величины матки, характера кровотечения и общего состояния женщины. Если величина матки не больше, чем при 12-недельной беременности - производят расширение канала шейки матки и удаление пузырного заноса тупой большой кюреткой.
7. При больших размерах матки и отсутствии сильного кровотечения производится медикаментозная стимуляция матки (капельное внутривенное введение окситоцина, простагландина), при открытии шейки матки, позволяющем ввести в ее полость 1-2 пальца производят пальцевое опорожнение матки.
8. В послеоперационном периоде назначают холод на низ живота, средства стимулирующие мускулатуру матки (окситоцин), антибиотики и сульфаниламиды.
9. Женщина, после удаления пузырного заноса, нуждается в систематическом наблюдении в течение 1,5-2 лет, т.к. при пузырном заносе имеется потенциальная возможность развития хорионэпителиомы.
10. Через 2-3 недели после удаления пузырного заноса содержание хорионического гонадотропина в моче снижается до нуля, и через 3-6 недель биологические реакции на беременность становятся отрицательными.
11. При возникновении хорионэпителиомы содержание хорионического гонадотропина в моче увеличивается.

12. Контрольное исследование мочи на хорионический гонадотропин в начале производят 3 раза в месяц, а при отрицательной реакции - 1 раз в 2-3 месяца в течение года.

13. Первые 2 года после заболевания не рекомендуется иметь беременность, предлагаются контрацептивы, кроме гормональных.

14. Если через 3 месяца после удаления пузырного заноса реакции на хорионический гонадотропин продолжают быть положительными или в любом сроке появляются ациклические кровотечения, кровохарканье или ухудшение общего состояния показана немедленная госпитализация, диагностическое выскабливание полости матки с обязательным гистологическим исследованием соскоба на хорионэпителиому и рентгенологическое исследование легких на наличие метастазов.

Ситуационная задача № 23

На остановке мужчина, 50 лет, внезапно упал. Отсутствует сознание, дыхание, пульсация на сонных артериях. Объективно: зрачки расширены, кожные покровы бледные.

Задание:

1. Определите неотложное состояние
2. Составьте алгоритм неотложной помощи.

Эталон ответов:

1. У пациента развилось состояние клинической смерти.
2. Алгоритмы оказания неотложной медицинской помощи:
 - 1) Оценка безопасности,
 - 2) Определение нарушения сознания,
 - 3) Призыв о помощи,
 - 4) Определение наличия дыхания, пульса на сонной артерии,
 - 5) Вызов скорой помощи,
 - 6) Придание пострадавшему горизонтального положения на спине, на ровной твердой поверхности,
 - 7) Восстановление проходимости дыхательных путей;
 - 8) Выполнение закрытого (непрямого) массажа сердца и искусственной вентиляции легких по способу «рот в рот» через маску с бакфильтром или лицевой экран в соотношении 30:2 (независимо от количества спасателей) до прибытия СМП.
 - 9) Производить каждые 2 минуты оценку пульса на сонных артериях, производя в этот момент смену спасателей.

Ситуационная задача № 24

У пациента П. 35 лет, находящегося в отделении ОРИТ в связи с закрытой черепно-мозговой травмой, 30 секунд назад зафиксирована остановка сердца и дыхания.

Вопросы:

1. Какие меры необходимо предпринять? Каков алгоритм?
После предпринятых мер у больного восстановился ритм сердца, но отсутствует сознание и спонтанное дыхание.
2. Каковы дальнейшие действия? Как осуществлять уход за больным?
Больному для обеспечения вентиляции легких наложена трахеостома.
3. Как осуществлять уход за трахеостомой? **Эталон ответа:**
 1. У больного зафиксирована клиническая смерть. Показана сердечно-легочная реанимация. Следует обеспечить проходимость дыхательных путей, выполнить искусственную вентиляцию легких и непрямой массаж сердца, осуществить венозный доступ, медикаментозную поддержку и противоишемическую защиту мозга. Восстановление ритма сердца и кровоснабжения мозга является критерием эффективности сердечно-легочной реанимации.

2. Требуется продленная ИВЛ, противоишемическая защита мозга. Уход включает гигиенические мероприятия, профилактику пневмонии и пролежней, адекватное питание.

3. Трахеостома предполагает регулярную санацию полости рта и трахеобронхиального дерева, борьбу с пересыханием слизистой дыхательных путей, санацию кожи вокруг свища.

Ситуационная задача № 25

Во время Вашего ночного дежурства больной в палате встал и упал на пол. За Вами прибежал сосед по палате. Придя в палату, Вы увидели, что больной лежит на полу. Что и в какой последовательности Вы будете делать?

Эталон ответа:

1. Выбежать в коридор и вызвать медицинскую сестру. Запросить переносной дефибриллятор и лекарственную укладку, сообщить о происшествии в отделение реанимации, вызвать бригаду на себя.

2. Оценить показатели сознания, если сознание отсутствует, то уложить пациента на ровный участок, на спину; восстановить проходимость дыхательных путей, используя тройной прием Сафара, определить наличие самостоятельного дыхания и определить пульс на сонной артерии в течение 5 секунд. При их отсутствии начать сердечно-лёгочную реанимацию: и начать наружный массаж сердца; проводить СЛР в соотношении 30: 2.

3. Как только доставлены дефибриллятор и медикаменты: провести оценку ритма (при необходимости провести ЭДС), ввести необходимые препараты. Проводить оценку ритма каждые 2 мин для контроля эффективности реанимации; СЛР продолжается либо до прибытия подмоги, после чего не прерывая процесса реанимации больной перекладывается на каталку и транспортируется в специализированное отделение реанимации и интенсивной терапии, либо при неэффективности СЛР в течение 30 минут производится констатация смерти пациента.

Ситуационная задача № 26

В МЗ области (далее - Министерство) поступило обращение пациента по работе сервиса электронной регистратуры портала zdrav.ru по поводу неудобного функционала записи на прием к врачу-специалисту по сравнению с ранее существовавшей системой.

Вопросы: 1. В какую медицинскую организацию Министерству необходимо сделать запрос по данному факту?

2. Что необходимо сделать для выяснения факта изменения функционала электронной записи на прием к врачу в медицинской организации, куда обращался пациент?

3. Какие механизмы решения данной проблемы можно предложить?

4. Какие параметры и в какие сроки можно модернизировать функционал портала самозаписи? 5. Что необходимо сделать для подготовки ответа на обращение пациента?

Эталон ответа: 1. В соответствии с п. 5 Положения о государственной информационной системе АО «Интернет-портал самозаписи на прием к врачу» оператором системы является ГБУЗ АО «МИАЦ». Оператор обеспечивает эффективное и бесперебойное функционирование системы и организацию работ по совершенствованию характеристик дизайна и информационной структуры портала.

2. В настоящее время медицинские организации переведены с режима записи по электронной почте через администратора регистратуры учреждения на интерактивный режим записи, который обеспечивает передачу информации о реальном расписании приема врачей учреждения из медицинской информационной системы для публикации на

портале, а также передачу от портала самозаписи в медицинскую информационную систему сведений о записавшихся на прием к врачу.

3. Для обучения пациентов новому функционалу самозаписи в доступных местах медицинской организации, на сайте медицинской организации разместить пошаговую инструкцию о пользовании системой. Разместить инструкцию на портале zdrav.ru., рекомендовать руководителям медицинских организаций к размещению данной инструкции на бумажном носителе на информационных стендах в медицинских организациях.

4. На основании выявленной информации и предложенных механизмов решения, предоставить в установленные в запросе сроки в Министерство ответ на запрос для формирования ответа на обращение пациента в соответствии с порядком, установленным Ф3 от 02.05.2006 г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращения граждан Российской Федерации»

Ситуационная задача № 27

Ежемесячно в страховую медицинскую организацию поступают счета по оплате медицинских услуг медицинского учреждения стационарного типа и проводится медико-экономическая экспертиза счетов фактур. При необходимости проводится экспертиза качества медицинской помощи (стационарных услуг), чаще это целевая экспертиза, подтверждающая надлежащие объемы и качество медицинских услуг. За последние годы сформировалась следующая структура дефектов, состоящая из 21 пункта, в основном это: подача на оплату незастрахованных в СМО граждан (17%); включение на оплату услуг, фактически не подтвержденных записями в первичной медицинской документации; отсутствие медицинской документации или нарушение ее ведения - 10-15%. Это самый большой процент из всей дефектуры. Причина заключается в том, что первичные карты застрахованных, поступающих на лечение, заполняются вручную (срабатывает человеческий фактор). С ними связаны основные финансовые потери (от 35000-45500 руб. ежемесячно), которые можно избежать. Каким образом можно уменьшить данные потери?

Эталон ответа: введение электронного документооборота на основе утвержденных шаблонов учетно-отчетной медицинской документации

Ситуационная задача № 28

Внутренний контроль качества медицинской помощи осуществляется должностными лицами системы здравоохранения.

Вопросы (задание): 1. Выберите из перечисленных ниже должностных лиц относящиеся к субъектам внутреннего контроля качества медицинской помощи: - заведующий отделением; - заместитель главного врача по экспертизе качества; - главный специалист; - эксперт страховой медицинской организации.

Эталон ответа: - заведующий отделением; - заместитель главного врача по экспертизе качества; - главный специалист

Ситуационная задача № 29

Пациент 25 лет, поступил с жалобами на головную боль, головокружение, чувство тяжести, сдавления в груди, приступы удушья, кашель, тошноту, рвоту и ухудшение зрения. Анамнез. В очаге заражения, возникшего в результате аварии на химическом производстве, пострадавший снял противогаз без команды.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. Агрессивен, немотивированные поступки. Кожные покровы и видимые слизистые цианотичны. Гиперсаливация, гипергидроз. Органы дыхания: ЧДД 26 в минуту, дыхание поверхностное везикулярное, сухие свистящие хрипы. Сердечно-сосудистая система: пульс – 60 ударов в минуту, АД –

115/60 мм рт. ст. Офтальмолог: снижение остроты зрения, выраженный миоз, спазм аккомодации, боли в животе спастического характера.

Поставьте диагноз, проведите медицинскую сортировку, окажите пострадавшему медицинскую помощь на этапах медицинской эвакуации.

Эталон ответа: Отравление ФОС, средней степени тяжести, психоневротическая форма. Госпитализация в 1 очередь. Проведение ЧСО, введение афина 1,0 в/м; повторное введение афина, реланиум в/м, ЧСО. Введение атропина сульфата 0,1% 15-20 мл/сутки, реактиваторов холинэстеразы – дипироксим, антипсихотиков – галоперидол, аминазин 25% 2,0 в/м, бензодиазепины в/м., изоляция в психоневрологическое отделение.

Ситуационная задача № 30

Качество медицинской помощи в стационаре непосредственно связано с качеством диагностики заболеваний, явившихся причиной госпитализации.

Вопросы (задание): 1. Из приведенных ниже показателей выберите характеризующие качество врачебной диагностики в стационаре и приведите обоснование сделанного выбора: - летальность; - процент расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов; - средняя длительность пребывания больного в стационаре; - исходы заболеваний. **Эталон ответа:** летальность; - процент расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов; - средняя длительность пребывания больного в стационаре.

Ситуационная задача № 31

В отделение многопрофильного стационара машиной скорой помощи доставлен пострадавший с острой дыхательной недостаточностью. Медицинская помощь начата на догоспитальном этапе, однако к моменту поступления острая дыхательная недостаточность не купирована. Составьте план ведения больного.

Эталон ответа:

- продолжают оказание медицинской помощи пациентам с ОДН, которая проводилась на догоспитальном этапе.

- используются возможности инструментальных и лабораторных исследований стационара, что позволяет уточнить клинический диагноз и провести дифференциальную диагностику с назначением этиопатогенетического лечения. Всем больным с ОДН показана рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях. При необходимости уточнения диагноза выполняют компьютерную томографию легких, а при подозрении на ТЭЛА ее проводят в ангиорежиме или выполняют сцинтиграфию легких.

- Эхокардиография сердца позволяет оценить давление в легочной артерии (ТЭЛА) и сократительную функцию миокарда (инфаркт миокарда)

- Бронхофиброскопия показана для санации трахеобронхиального дерева при обильной мокроте, исключения механических препятствий дыханию (стенозы, опухоли) и позволяет сделать забор мокроты для бактериологического и вирусологического исследований.

Обязательное назначение:

- клинический анализ красной и белой крови;
- полное биохимическое исследование крови с маркерами повреждения миокарда

(тропонин, КФК-МВ и пр.);

- коагулограмма (подозрение на ТЭЛА);
- газы артериальной крови и КОС;
- мониторинг (ЭКГ, ЧСС, пульсоксиметрия); - клинический анализ мочи.

Больной осматривается на предмет особо опасных инфекций.

Больные с подтвержденным диагнозом «тяжелое обострение бронхиальной астмы» продолжают получать бронхолитическую, противовоспалительную и инфузионную терапию.

Растворы для ингаляций

* Сальбутамол (вентолин): 5 мг каждые 20 мин. в течение 1 часа. Затем через 1-4 часа.

* Тербуталин (бриканил): 10мг каждые 20 мин. в течение 1 часа. Затем через 1-4 часа. * Фенотерол (беротек) 1,0-1,5 мг каждые 20 мин в течение 1 часа. Затем через 1-4 часа или по требованию.

* Ипратропия бромид + Фенотерол (беродуал). В 1 мл раствора содержится атровента 0,25 мг и фенотерола 0,5 мг. Ингалируется по 2.0-4,0 мл каждые 30 мин. в течение 1 часа. Затем через 2 – 4 часа.

При бронхообструктивном синдроме используют глюкокортикостероиды: дексазон внутривенно в дозе от 8 до 24 мг (возможно увеличение дозы) или другие глюкокортикостероиды в эквивалентных дозах

Инфузионная терапия проводится под контролем ЦВД, которое должно составлять 8 – 12 см вод.ст. и темпа почасового диуреза – 80 мл в час, но никак не менее 60 мл в час.

Используют 5 % р-р глюкозы 500,0; 0,9% р-р хлористого натрия 500,0 и гидроксиэтилкрахмалов. Обычно суточный объем не превышает 1,5 – 1,7 литра.

В обязательном порядке ингалируется кислород.

При SpO₂ менее 92% показана респираторная поддержка.

При гипотонии применяют кардио- и вазотропные средства для чего предпочтительнее использовать шприцевые инфузионные насосы (дозаторы лекарственных средств, инфузоматы), хотя возможно внутривенное капельное введение.

Дофамин: 2,0 – 4,0 мкг/кг/мин (вазоплегический эффект)

5,0 – 20 мкг/кг/мин (кардиотоническая эффект)

Адреналин: 0,01 – 0,15 мкг/кг/мин

Норадреналин: 0,5 – 0,25 мкг/кг/мин

Мезатон: 0,5 - 1,5 мкг/кг/мин

При повышенном артериальном давлении или легочной гипертензии – систолическое давление в легочной артерии выше 35 мм рт.ст. (ТЭЛА, кардиогенный отек легких, тяжелое обострение ХОБЛ): нитроглицерин: 0,5-8,0 мг/час.

Проводят в/в капельное введение плазмозаменителей: р-р глюкозы 5% - 500 мл, р-р хлористого натрия – 200 мл, гидроксиэтилкрахмал – 500 мл.

Больные должны получать увлажненный кислород, а при выраженной гипоксемии на фоне кислородотерапии (PaO₂ < 65 мм рт. ст. и умеренной гиперкапнии (PaCO₂ 50 – 60 мм рт. ст.) применяется респираторная поддержка (категория доказательств С). Если состояние больного улучшилось: уменьшились признаки дыхательной недостаточности, интоксикации, стабилизировалась гемодинамика, он может быть переведен в пульмонологическое или терапевтическое отделение. При отсутствии улучшения состояния или прогрессировании процесса показан перевод в ОРИТ.

Ситуационная задача № 32

При проведении медико-экономической экспертизы специалист-эксперт установил следующие факты:

- укорочение сроков госпитализации более чем на 50% при сравнении с медикозакономическими стандартами;
- несоответствие объема проведенных дополнительных обследований для обоснованной верификации диагноза и выбора рациональной тактики лечения;
- при углубленной медико-экономической экспертизе формализованные записи в истории болезни подтверждают удовлетворительное состояние больного с момента поступления в стационар.

1. Достаточно ли приведенных данных для принятия решения об обоснованности госпитализации? Обоснуйте Ваш ответ.
2. Если ответ на первый вопрос «да», то какие финансовые санкции необходимо может понести медицинская организация?

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Принципиальное расхождение диагноза при поступлении и заключительного клинического диагноза. Нарушение в тактике лечения, предусмотренного стандартами и клиническими рекомендациями.
2. Отсутствие части формализованных записей в первичной медицинской документации (истории болезни) подтверждающих правильность избранной лечебно-диагностической технологии
3. Снижение оплаты госпитализации.

Ситуационная задача № 33

Вы член врачебной комиссии амбулаторно-поликлинического учреждения. Председатель врачебной комиссии поручил вам разработать план экспертизы качества медицинской помощи в своем учреждении. Предложите основные мероприятия плана, обоснуйте предложения.

Эталон ответа:

Обеспечить работу по контролю качества медицинской помощи.

Контролировать уровень УКЛ специалистов по предоставленным отчетам.

Проводить анализ клинико-экспертных ошибок по внутриведомственному, вневедомственному контролю, докладывать на врачебных конференциях, Медицинских советах; по результатам анализа разрабатывать мероприятия по их устранению.

Проводить оценку ЭВН в случаях:

— повторных случаях длительно и часто болеющих

— с превышением либо занижением сроков ВН — сложных клинико-экспертных случаях — случаев повторной госпитализации. Проводить экспертную оценку качества лечения больных в дневных стационарах.

Ситуационная задача 34

Вы проходите производственную (клиническую) практику в многопрофильном скорпомощном стационаре. Во время дежурства в составе врачебной бригады в 9.50 утра дежурный врач по телефону получил информацию от оперативного дежурного Центра управления МЧС России: «На городском рынке произошел террористический акт. Эпицентр взрыва – в центре рынка. Ориентировочное количество пострадавших ~ 200 человек. Обстановка уточняется». Какие действия должны быть предприняты? **Эталон ответа:**

1. Дежурному врачу: исполнить алгоритм действий дежурного врача при получении информации о теракте.