

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |  |
| Программу составили: Зав. кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета, д.м.н., Л.В. Дикарёва, профессор Е.Г. Шварёв, ассистент Н.А. Власова, ассистент А.А.Сувернева | | | | |
|  | | | | |
|  |  | | | |
| Рецензент ы: профессор И.А. Салов ( г. Саратов), зав.кафедрой акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО ВолГМУ, д.м.н., профессор Н.А. Жаркин. | | | | |
|  | | | | |
| Рабочая программа дисциплины | | |  | |
| **Диагностика неотложных состояний у беременных и гинекологических больных** | | | | |
|  | | | | |
| составлена на основании учебного плана ординатуры. | | |  | |
| ОЧНАЯ ФОРМА ОБУЧЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНОСТЬ "Акушерство и гинекология" | | | | |
| |  | | --- | | **1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ** | | | | | |

***Цель*** дисциплины – формирование у врачей – интернов системы знаний о неотложных состояниях во время беременности, в родах, у гинекологических больных, алгоритмах оказания помощи беременным, роженицам, родильницам, новорожденным и гинекологическим больным.

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|

***Задачами*** дисциплины являются:

- приобретение умений по оказанию неотложной помощи беременным, роженицам, родильницам, новорожденным на основании действующих алгоритмов и клинических протоколов, в том числе и при наличии экстрагенитальной патологии;

- приобретение умений по оказанию неотложной помощи гинекологическим больным на основании действующих алгоритмов и клинических протоколов, в том числе и при наличии экстрагенитальной патологии.

|  |
| --- |
| **2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПОСЛЕВУЗОВСКОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ (ИНТЕРНАТУРЫ)** |

Дисциплина «**Диагностика неотложных состояний у беременных и гинекологических больных»** относится к циклу специальных дисциплин, изучается во II семестре.

Основные знания, необходимые для изучения дисциплины формируются при получении высшего профессионального образования по специальности « акушерство и гинекология»,

на циклах обязательных, специальных, смежных и фундаментальных дисциплин.

Процесс изучения дисциплины направлен на формирование у ординатора:

|  |
| --- |
| **3. ТРЕБОВАНИЯ К УРОВНЮ ОСВОЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ** |

*-* профессиональных компетенций, подготовку специалиста, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности преимущественно в условиях: первичной медико-санитарной помощи; неотложной; скорой медицинской помощи.

В результате изучения дисциплины ординатор должен

**Знать:**

– Основы юридического права в акушерстве и гинекологии.

– Основы законодательства о здравоохранении, директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения.

– Организацию акушерско-гинекологической помощи в стране, работу скорой и неотложной помощи.

– Медицинское страхование.

– Законодательство по охране труда женщин.

– Врачебно-трудовую экспертизу в акушерской и гинекологической практике.

– Отраслевые стандарты объемов обследования и лечения в акушерстве, гинекологии и перинатологии.

– Показатели и структуру материнской, перинатальной и младенческой смертности в стране, регионе, своем ЛПУ, мероприятия по их снижению.

– Регуляцию, физиологию и патологию репродуктивной функции женщины. Виды ее нарушений.

– Физиологию и патологию беременности, родов и послеродового периода. Группы риска. Мероприятия по профилактике осложнений.

– Структуру гинекологической заболеваемости, мероприятия по ее снижению.

– Основы топографической анатомии областей тела и, в первую очередь, передней брюшной стенки, брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза, урогенитальной области. Основные вопросы нормальной и патологической физиологии у здоровой женщины и при акушерско-гинекологической патологии.

– Основы патогенетического подхода при проведении терапии и профилактики акушерско-гинекологической патологии.

– Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции.

– Возрастные периоды развития женщины, основные анатомические и функциональные изменения органов репродуктивной системы в возрастном аспекте.

– Причины возникновения патологических процессов в организме женщины, механизмы их развития и клинические проявления.

– Влияние производственных факторов на специфические функции женского организма.

– Клиническую симптоматику и терапию неотложных состояний, в том числе в акушерстве, гинекологии их профилактику.

–– Физиологию и патологию системы гемостаза, коррекцию нарушений.

– Общие и специальные методы исследования в акушерстве и гинекологии (в том числе и УЗИ).

– Основы эндоскопии в диагностике и лечении.

– Роль и назначение биопсии, морфогистологического исследования в онкогинекологии.

– Вопросы асептики и антисептики.

– Основы фармакотерапии в акушерстве и гинекологии, влияние лекарственных препаратов на плод и новорожденного.

– Принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных, профилактику осложнений.

– Показания к госпитализации беременных женщин и гинекологических больных.

– Особенности психических процессов при острой септической инфекции в акушерстве и гинекологии.

– Определение понятий "этика", "деонтология", "медицинская деонтология", "ятрогенные заболевания", риск возникновения ятрогенных заболеваний в акушерско-гинекологической практике.

– Основы информатики, вычислительной техники, медицинской кибернетики и области их применения.

–– Общую структуру и функцию компьютера.

**Уметь:**

– Выявить факторы риска развития той или иной гинекологической патологии, организовать проведение мер профилактики.

– Решить вопрос о трудоспособности пациентки.

– Вести медицинскую документацию и осуществлять преемственность между ЛПУ.

– Проводить профилактику непланируемой беременности.

–– Проводить санитарно-просветительную работу по пропаганде здорового образа жизни, предупреждению развития акушерской патологии и гинекологической заболеваемости.

– Организовать работу в условиях экстремальной обстановки при массовом поступлении раненых и больных по оказанию медико-санитарной помощи, в объеме первой врачебной помощи и необходимой квалифицированной акушерско-гинекологической помощи.

– Оказывать первую врачебную помощь в условиях экстремальной обстановки, в очагах катастроф.

– Применять правила этики, деонтологии при проведении лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий, в том числе после операций удаления органов репродуктивной системы.

– *Использовать персональный компьютер на рабочем месте.*

– Использовать методы определения и оценки физического развития девочки, девушки, женщины.

**Владеть:**

**-** Правовыми и законодательными основами деятельности врача по специальности.

- Методами определения и оценки функционального состояния женского организма.

**-** Алгоритмом постановки диагноза.

**-** Современными методами лечения неотложных состояний в акушерстве и гинекологии, фармакотерапии.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Код занятия** | **Наименование разделов и тем (вид занятия)** | **Литература** | **Лек/ч** | **Пр/ч** | **Сам/ч** |
| ОД.И.01.5  ОД.И.01.5.1  ОД.И.01.5.1.1.  ОД.И.01.5.1.1.1. ОД.И.01.5.1.1.2  ОД.И.01.5.1.1.3  ОД.И.01.5.1.2.  ОД.И.01.5.1.2.1ОД.И.01.5.1.2.2  ОД.И.01.5.1.3.  ОД.И.01.5.1.3.1.  ОД.И.01.5.1.4.  ОД.И.01.5.1.4.1 ОД.И.01.5.1.5  ОД.И.01.5.1.5.1 | **Диагностика неотложных состояний у беременных и гинекологических больных:**  **Тема 1.** Кровотечения во время беременности и в родах. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Группы риска.  Кровотечения в первой половине беременности  Самопроизвольный выкидыш  Шеечно-перешеечная беременность  Пузырный занос  Кровотечения во второй половине беременности  Предлежание плаценты  Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты  Кровотечения, связанные с нарушением отделения и выделения последа  Приращение плаценты  Кровотечения в раннем и позднем послеродовых периодах  Клинический протокол, стандарты лечения  Инфузионно-трасфузионная терапия (ИТТ) | Л1.1, Л1.2, Л1.4, Л1.7, Л1.8.  Л2.3, Л2.4, Л2.5, Л2.7, Л2.8.  Л3.2, Л3.3 | 2 | 11 | 6 |
| ОД.И.01.5.2.  ОД.И.01.5.2.1  ОД.И.01.5.2.2  ОД.И.01.5.2.3  ОД.И.01.5.2.3.1  ОД.И.01.5.3  ОД.И.01.5.3.1.  ОД.И.01.5.3.1.1  ОД.И.01.5.4. | **Тема 2**. ДВС-синдром в акушерстве и гинекологии  Система гемостаза, её роль в сохранении постоянства внутренней среды. Лабораторная диагностика. Клиника. Лечение.  Основные причины и патогенез ДВС-синдрома  Стадии развития ДВС-синдрома  Шок и терминальные состояния. Клиника. Диагностика. Лечение  Геморрагический шок  Эмболия околоплодными водами | Л1.1, Л1.2, Л1.4.  Л2.5, Л2.7 | 2 | 11 | 6 |
| ОД.И.01.5.4.5.  ОД.И.01.5.5.1.  ОД.И.01.5.5.2  ОД.И.01.5.5.3  ОД.И.01.5.5.3.1  ОД.И.01.5.5.3.2  ОД.И.01.5.5.4  ОД.И.01.5.5.4.1  ОД.И.01.5.5.4.1.1  ОД.И.01.5.5.4.1.2.  ОД.И.01.5.5.4.1.3.  ОД.И.01.5.5.5  ОД.И.01.5.5.6  ОД.И.01.5.5.7  ОД.И.01.5.5.7.1  ОД.И.01.5.5.7.2  ОД.И.01.5.5.7.3  ОД.И.01.5.5.7.4  ОД.И.01.5.5.7.5 | **Тема 3.** Акушерский травматизм матери и плода  Разрывы наружных половых органов. Методики зашивания. Профилактика  Разрывы шейки матки и влагалища. Зашивание.  Гематомы влагалища. Диагностика. Тактика. Профилактика нагноений  Тактика при нарастающей гематоме  Тактика при прекратившемся кровотечении  Разрывы матки.  Классификация  Несоответствие головки плода и таза матери  Разрыв в результате неполноценности миометрия  Клиника угрожающего, начавшегося и свершившегося разрыва матки  Травмы смежных органов  Разрыв лонного сочленения  Травматические повреждения плода.  Причины. Диагностика.  Профилактика  Кефалогематомы  Кровоизлияния в мозг  Повреждение спинного мозга плода | Л1.1, Л1.2, Л1.3, Л1.7, Л1.8.  Л2.2, Л2.8. | 1 | 9 | 6 |
| ОД.И.01.5.6.  ОД.И.01.5.6.1.  ОД.И.01.5.6.2  ОД.И.01.5.6.3 ОД.И.01.5.6.4  ОД.И.01.5.6.5 | **Тема 4.** Диагностика неотложных состояний у беременных с хирургической патологией  Беременность и острый аппендицит  Беременность и заболевания желчевыводящих путей  Беременность и острый панкреатит  Беременность и кишечная непроходимость  Беременность и травмы | Л1.1, Л1.9  Л2.9 | 1 | 11 | 6 |
| ОД.И.01.5.7.  ОД.И.01.5.8.  ОД.И.01.5.9 | **Тема 5**.  Внематочная беременность  Апоплексия яичников  Перфорация матки  Этиология  Клиника, диагностика  Объем оперативного вмешательства  Реабилитация | Л1.5, Л1.7, Л1.8.  Л2.10, Л2.8. | 1 | 11 | 6 |
| ОД.И.01.5.10.    ОД.И.01.5.11 | **Тема 6.** Острый живот при воспалении половых органов  Клиническое значение особенностей кровоснабжения, иннервации,  лимфатической системы половых органов, брюшины, клетчатки м/таза  Пельвиоперитонит  Этиология, патогенез .Клиника, диагностика  Лечение, профилактика. Реабилитация  Острый живот при нарушении кровоснабжения органов малого таза.  Показания к оперативному лечению | Л1.5, Л1.7, Л1.8.  Л2.10, Л2.8. | 1 | 11 | 6 |
|  | **Всего часов 108** |  | 8 | 64 | 36 |

Методика преподавания дисциплины «**Диагностика неотложных состояний у беременных и гинекологических больных**» предусматривает чтение лекций, проведение практических занятий, самостоятельную работу интерна.

По изучаемой дисциплине установлен перечень обязательных видов работы интерна, включающий:

- посещение лекционных занятий;

- решение практических задач и заданий на практическом занятии;

- выполнение контрольных работ и тестовых заданий;

- работа в плановых отделениях, отделениях, оказывающих экстренную помощь, дежурства.

Текущий и промежуточный контроль успеваемости интерна по дисциплине осуществляется преподавателем путем устного и письменного опроса. Итоговый контроль успеваемости интерна включает в себя теоретический зачет по дисциплине.

Самостоятельная работа с использованием дистанционных образовательных технологий может предусматривать: чтение учебника, первоисточника, учебного пособия, лекции, презентации и т.д., составление плана текста, графическое изображение структуры текста, конспектирование текста, выписки из текста, работы со словарями, справочниками; ознакомление с нормативными документами; учебно-исследовательскую работу.

Для формирования умений: решение задач и упражнений по образцу; решение вариативных задач и упражнений, выполнение схем, заполнение форм, решение ситуационных задач, подготовка к деловым играм, проектирование и моделирование различных видов и компонентов профессиональной деятельности. Полученные знания и умения необходимы специалисту в его дальнейшей деятельности.

|  |
| --- |
| **6. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ, ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ИТОГАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ** |

- устный и письменный опрос;

- тестовый контроль;

- работа на фантомах

**Тестовые задания для промежуточного и итогового контроля прилагаются.**

1.При наружном акушерском исследовании для предлежания плаценты наиболее характерно

+А.высокое расположение предлежащей части плода

+Б.поперечное и косое положение плода

+В.шум сосудов плаценты над лоном

Г.ничего из перечисленного

2..Особенностью кровотечения при предлежании плаценты является

А.болезненность матки при пальпации

Б.наружного кровотечения может и не быть

В.имеются признаки внутрибрюшного кровотечения

Г.все перечисленное

+Д.ничего из перечисленного

3.При преждевременной отслойке плаценты, расположенной на передней стенке матки, характерно

+А.локальная болезненность

Б.схваткообразные боли в крестце и пояснице

В.отеки нижних конечностей

Г.отеки передней брюшной стенки

Д.ничего из перечисленного

4.Наиболее частой причиной преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты является

А.ранний токсикоз беременных

+Б.преэклампсия

В.диабет

Г.пороки развития матки

5.Для выявления нарушений сосудисто-тромбоцитарного звена системы гемостаза следует определять

А.время свертывания крови по Ли - Уайту

Б.время рекальцификации

В.протромбиновый индекс

Г.концентрацию фибриногена

+Д.ничего из перечисленного

6.При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты роженице показано

А.родостимуляция окситоцином

Б.родостимуляция простагландинами

В.введение метилэргометрина капельно внутривенно

Г.введение питуитрина одномоментно внутримышечно

+Д.ничего из перечисленного

7.При неполном предлежании плаценты, значительном кровотечении из родовых путей и открытии маточного зева на 5-6 см родоразрешение показано

+А.путем кесарева сечения

Б.через естественные родовые пути с гемотрансфузией и родостимуляцией

В.через естественные родовые пути с ранней амниотомией и без родостимуляции

Г.произвести поворот на ножку плода

8.Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты наиболее часто развивается у беременных

А.с артериальной гипотонией

Б.с анемией

В.с гиперандрогенией

Г.со всем перечисленным

+Д.ни с чем из перечисленного

9.Отслойка плаценты у беременной часто происходит

+А.при предлежании плаценты

+Б.при сочетанном позднем гестозе

+В.при длительно текущем позднем гестозе

10.Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты у роженицы часто происходит

+А.при дискоординации родовой деятельности

+Б.при абсолютной и относительной короткости пуповины

+В.при непоказанной родостимуляции

+Г.при гестозе ОПГ

11.Наибольшее значение в выборе тактики родоразрешения при неполном предлежании плаценты имеет

А.предлежание плода (головное, тазовое)

Б.состояние шейки матки (сглажена, укорочена, полностью открыта)

В.состояние плода (живой, мертвый)

+Г.выраженность кровотечения

Д.возраст роженицы

12.Характер родовой деятельности при совершившемся разрыве матки:

А.слабые и короткие схватки

Б.сильные, резко болезненные схватки

+В.прекращение родовой деятельности

Г.дискоординированная родовая деятельность

Д.слабые нерегулярные схватки

13.Предлежание плаценты - это такая патология, при которой плацента, как правило, располагается

А.в теле матки

Б.в нижнем сегменте матки

+В.в нижнем сегменте матки, частично или полностью перекрывая внутренний зев

Г.по задней стенке матки

Д.в дне матки

14.Факторами, обуславливающими "миграцию" плаценты, являются все перечисленные, кроме

А.растяжения нижнего сегмента матки

Б.перемещения слоев миометрия в процессе беременности

В.атрофии нижней части плаценты

Г.более активного развития верхней части плаценты

+Д.перемещения ворсин хориона по базальной мембране матки

15.Кровотечение из половых путей при низкой плацентации обусловлено

+А.отслойкой плаценты

Б.склерозированием ворсин низко расположенной плаценты

В.дистрофическими изменениями ворсин хориона

Г.повышенным отложением фибриноидного вещества на поверхности плаценты

16.Основным показателем коагулопатии потребления является

А.снижение концентрации фибриногена

Б.снижение концентрации протромбина

В.снижение количества тромбоцитов

+Г.все перечисленное

Д.ничего из перечисленного

17.При влагалищном исследовании при полном предлежании плаценты, как правило, определяется

А.шероховатые оболочки плодного пузыря

Б.тазовый конец плода

В.ручка плода

Г.все перечисленное

+Д.ничего из перечисленного

18.При влагалищном исследовании при неполном предлежании плаценты, как правило, определяется

А.губчатая ткань плаценты над всем внутренним зевом

Б.головка и ручка плода

В.ножка плода

Г.все перечисленное

+Д.ничего из перечисленного

19.Предлежание плаценты в первом периоде родов следует дифференцировать

+А.с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты

+Б.с разрывом матки

+В.с разрывом варикозно расширенного узла влагалища

20.Особенностью кровотечения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты является

А.всегда наружное

Б.в покое, чаще ночью

В.всегда безболезненное

Г.все перечисленное

+Д.ничего из перечисленного

21.Во время кесарева сечения, производимого по поводу полного предлежания плаценты, возникло кровотечение. Вы должны заподозрить

А.истинное врастание ворсин хориона в миометрий

Б.гипотонию матки

В.гипокоагуляцию

+Г.все перечисленное

Д.ничего из перечисленного

22.При массивном кровотечении во время операции кесарева сечения, производимой по поводу предлежания плаценты, наиболее правильной является следующая акушерская тактика

А.повторное применение препаратов утеротонического действия

+Б.экстирпация матки

В.надвлагалищная ампутация матки

Г.применение простенона в толщу миометрия

23.Для клинической симптоматики преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты характерно все перечисленное, кроме

А.болей в животе

Б.анемии

В.асимметрии матки

Г.гипоксии плода

+Д.полиурии

24.Клиническая картина при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, как правило, обусловлена

А.размером отслоившейся поверхности плаценты

Б.состоянием системы гемостаза

В.тяжестью фоновой патологии

+Г.всем перечисленным

Д.ничем из из перечисленного

25.Клиническая картина при предлежании плаценты обычно зависит

+А.от степени предлежания

+Б.от величины кровотечения

+В.от сопутствующей патологии

26.Предлежанию плаценты часто сопутствует

+А.плотное прикрепление плаценты

+Б.истинное приращение плаценты

+В.анемизация женщины

27.Нарушение системы гемостаза чаще всего происходит

+А.при тяжелом гестозе ОПГ

+Б.при преждевременной отслойке плаценты

+В.при большой кровопотере любого происхождения

+Г.при шоке лобного происхождения

28.Основные принципы лечения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты заключаются

А.в быстром родоразрешении

Б.в адекватном возмещении кровопотери

В.в профилактике осложнений

+Г.во всем перечисленном

Д.ни в чем из перечисленного

29.Если прогрессирующая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты развилась во время беременности, следует произвести

А.родовозбуждение

Б.раннюю амниотомию

В.токолиз

+Г.кесарево сечение

30.Если преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты произошла в родах, следует оценить

+А.состояние родовых путей

+Б.состояние плода

+В.кровопотерю

+Г.состояние свертывающей системы крови

31.При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты контрольное ручное обследование послеродовой матки производить

+А.обязательно

Б.не обязательно

В.в зависимости от величины кровопотери

Г.в зависимости от уровня артериального давления

32.При неполном предлежании плаценты контрольное ручное обследование послеродовой матки производить

А.обязательно

Б.не обязательно

+В.в зависимости от кровопотери

Г.в зависимости от состояния родильницы

33.Самым достоверным методом исследования при низкой плацентации плаценты является

А.наружное акушерское исследование

Б.внутреннее акушерское исследование

В.кольпоскопия

Г.амниоскопия

+Д.ультразвуковое сканирование

34.Клиническая картина при шеечно-перешеечной беременности в основном характеризуется

+А.обильным кровотечением

Б.сильными болями внизу живота

В.длительной гипотонией

Г.гибелью плода

35.При осмотре шейки матки в зеркалах для шеечно-перешеечной беременности характерно

А.эксцентричное расположение наружного зева

Б.бочкообразная форма шейки матки

В.резкий цианоз влагалищной порции шейки матки

+Г.все перечисленное

Д.ничего из перечисленного

36.Показанием для ручного обследования послеродовой матки является

А.повышенная кровопотеря

Б.сомнение в целости плаценты

В.сомнение в целости стенки матки

+Г.все перечисленное

Д.ничего из перечисленного

37.При шеечной беременности следует произвести

А.выскабливание шейки и матки

Б.тампонаду шейки

В.надвлагалищную ампутацию матки

+Г.экстирпацию матки

38.При полном предлежании плаценты операция кесарева сечения обычно производится в плановом порядке

А.с началом родовой деятельности

+Б.при беременности 38 недель

В.при беременности 40 недель

Г.ничего из перечисленного

39.При неполном предлежании плаценты кесарево сечение производится

+А.при сильном кровотечении

+Б.при осложненном течении родов

+В.при клинически узком тазе II степени

40.Массивное кровотечение при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, как правило, обусловлено нарушением

А.системы свертывания крови

Б.сократительной способности матки

+В.всего перечисленного

Г.ничего из перечисленного

41.Нарушение процесса отделения плаценты обусловлено

А.патологическим (частичным плотным) прикреплением плаценты к стенке матки

Б.гипотонией матки

В.форсированным отделением плаценты

+Г.всем перечисленным

Д.ничем из перечисленного

42.Задержка частей плаценты в матке обычно обусловлена

А.патологическим (плотным) прикреплением плаценты к стенке матки

Б.нарушением сократительной способности матки

В.спазмом маточного зева

+Г.всем перечисленным

Д.ничем из перечисленного

43.Появление небольших кровянистых выделений из половых путей в III периоде родов, как правило, свидетельствует

+А.о возможности частичного плотного прикрепления плаценты

+Б.о разрывах мягких тканей родовых путей

+В.о краевом отделении плаценты

44.При плотном прикреплении плаценты ворсины хориона, как правило, проникают вглубь стенки матки

А.в спонгиозный слой слизистой оболочки

Б.в компактный слой слизистой оболочки

+В.в базальный слой слизистой оболочки

Г.в миометрий

45.Ручное отделение плаценты следует производить при кровопотере

А.до 100 мл

Б.до 200 мл

+В.до 400 мл

Г.до 600 мл

46.Третья стадия геморрагического шока (необратимый шок) развивается

А.вслед за централизацией кровообращения

+Б.вслед за децентрализацией кровообращения

В.верно и то, и другое

Г.ни то, ни другое

47.Для полного истинного приращения плаценты характерно

+А.отсутствие каких-либо кровянистых выделений из половых путей в послеродовом периоде

Б.сильное кровотечение из половых путей через 5-10 мин после рождения плода

В.небольшие кровянистые выделения из половых путей сразу после рождения плода

Г.несворачиваемость крови, вытекающей из половых путей

48.Для истинного приращения плаценты характерно врастание ворсин хориона

А.в базальный слой слизистой оболочки

+Б.в миометрий

В.в компактный слой слизистой оболочки

Г.в спонтозный слой слизистой оболочки

Д.ничего из перечисленного

49.При истинном приращении нормально расположенной плаценты, как правило, показано

А.ручное отделение плаценты

Б.выскабливание послеродовой матки

В.тампонада матки тампоном с фибриногеном

+Г.надвлагалищная ампутация матки

50.При частичном плотном прикреплении плаценты на фоне физиологической кровопотери показано

А.одномоментное внутривенное введение окситоцина

Б.капельное внутривенное введение метилэргометрина

В.внутримышечное введение питуитрина

+Г.ручное отделение плаценты

Д.операция кесарева сечения (во избежание массивного кровотечения)

51.К основным причинам патологии раннего послеродового периода относят

А.задержку в матке дольки плаценты

Б.гипотонию матки

В.кровотечение вследствие нарушения функции свертывающей системы крови

+Г.все перечисленное

Д.ничего из перечисленного

52.Вариантом гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде является

+А.массивная одномоментная кровопотеря с нормальной свертываемостью крови

+Б.повторная кровопотеря, растянутая во времени, небольшими порциями

В.кровопотеря с первоначальным снижением коагуляционных свойств крови

53.Шоковый индекс - это

+А.частное от деления частоты пульса на показатель систолического АД

Б.частное от деления частоты пульса на показатель диастолического АД

В.частное от деления суммы показателей систолического и диастолического АД на частоту пульса

Г.ничего из перечисленного

54.Уровень центрального венозного давления, равный 160 мм вод. ст., следует расценить как показатель

+А.гиперволемии

Б.гиповолемии

В.нормоволемии

Г.ничего из перечисленного

55.Для геморрагического шока типичны следующие сосудистые нарушения

А.вазоконстрикция - периферический артериальный спазм

Б.чередование участков спазма сосудов и их паралитического расширения

В.открытие артерио-венозных шунтов

+Г.все перечисленные

Д.ничего из перечисленного

56.При кровопотере, равной 20-25% от ОЦК, шоковый индекс обычно равен

А.6

Б.8

+В.0

Г.2

Д.4

57.При массивной кровопотере целесообразно переливать

+А.цельную свежецитратную кровь

+Б.эритроцитарную массу

+В.свежезамороженную плазму

58.Низкое центральное венозное давление, как правило, свидетельствует о том, что у больной имеется

+А.снижение ОЦК

Б.повышение ОЦК

В.угроза отека легких

59.Для синдрома массивной гемотрансфузии характерно

А.нарушение реологических свойств крови (гиперагрегация)

Б.нарушение микроциркуляции

В.почечно-печеночная недостаточность

+Г.все перечисленное

Д.ничего из перечисленного

60.Реакция организма родильницы на кровопотерю, как правило, заключается

А.в уменьшении венозного возврата крови к сердцу

Б.в снижении сердечного выброса

В.в максимальной стимуляции симпатико-адреналовой системы

+Г.во всем перечисленном

Д.ни в чем из перечисленного

61.При компенсированной кровопотере, как правило, происходит

+А.генерализованный спазм сосудов

+Б.непродолжительная гипертензия

+В.снижение диуреза

+Г.повышение общего периферического сосудистого сопротивления

62.При геморрагическом шоке происходит

А.резкая активация фибринолиза

Б.потребление тромбоцитов, фибриногена и других прокоагулянтов

+В.все перечисленное

Г.ничего из перечисленного

63.Гепарин оказывает следующее действие

+А.блокирует факторы свертывания крови непосредственно в кровотоке

+Б.препятствует образованию фибрина

В.активизирует тромбин-фибриногеновую реакцию

64.Ингибитором гепарина является

А.антитромбин-III

+Б.протамин-сульфат

В.фибринолизин

Г.все перечисленное

Д.ничего из перечисленного

65.Активация фибринолитического звена системы гемостаза ведет

А.к развитию тромботических процессов в сосудах

Б.к гипоксии и ацидозу

В.к блокированию сосудистой системы рыхлыми массами и агрегатами клеток

Г.ко всему перечисленному

+Д.ни к чему из перечисленного

66.Порочный круг при острой форме ДВС-синдрома (на фоне геморрагического шока) поддерживает

+А.гипотония матки, препятствующая организации тромбов

+Б.блокаду микроциркуляции в матке и ишемию, к-рые способствуют расслаблению маточной мускулатуры

+В.акушерские манипуляции, к-рые способствуют попаданию в кровоток тромбопластиновых субстанций

67.В патогенезе геморрагического шока большое значение имеет

А.влияние боли в родах

Б.утомление роженицы

В.кровопотеря

+Г.все перечисленное

Д.ничего из перечисленного

68.Выделяют следующие фазы острой формы ДВС-синдрома, кроме

+А.длительно существующей гиперкоагуляции

Б.скоротечной гиперкоагуляции

В.коагулопатии потребления

Г.гипокоагуляции

69.ДВС-синдром - это

+А.синдром нарушения гемостаза

+Б.прижизненное образование тромбоцитарно-фибриновых тромбов в системе микроциркуляции

+В.сладжирование крови

70.Ретракция кровяного сгустка в норме равно

А.1-21%

Б.22-43%

+В.44-65%

Г.66-87%

Д.88-100%

71.Продолжительность кровотечения (по методу Дюке) в норме составляет

А.1 мин

Б.2 мин

В.3 мин

Г.4 мин

+Д.верно все перечисленное

72.Акушерский геморрагический шок - это критическое состояние, связанное с кровопотерей, в результате которой развивается

+А.кризис макроциркуляции

+Б.кризис микроциркуляции

+В.быстрое присоединение коагулопатического кровотечения

73.Гепарин обладает активностью

А.антитромбопластиновой

Б.антитромбиновой

+В.всей перечисленной

Г.никакой из перечисленных

74.Следующие виды акушерской патологии способствуют развитию острой формы ДВС-синдрома

+А.массивное гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде

+Б.преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

+В.эмболия околоплодными водами

75.Для кровотечения, в основе которого лежат разрывы родовых путей, характерно

А.тонус матки снижен

+Б.характер кровотечения непрерывный

В.сгустки рыхлые, легко растворимые

Г.кровь не свертывается

Д.ничего из перечисленного

76.Время свертывания крови (по методу Ли - Уайта) в норме равно

А.2-4 мин

Б.5-7 мин

В.8-10 мин

+Г.правильно 2 и 3

Д.верно все перечисленное

77.Критическим уровнем систолического артериального давления при геморрагическом шоке следует считать

А.90 мм рт. ст.

Б.80 мм рт. ст.

В.70 мм рт. ст.

+Г.60 мм рт. ст.

Д.50 мм рт. ст.

78.При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты у беременной с сочетанным поздним гестозом наиболее характерно

+А.хроническая форма ДВС-синдрома

+Б.хронический сосудистый спазм

+В.гиповолемия

79.При лечении гепарином родильницы с ДВС-синдромом необходимо обязательное назначение

+А.инфузии свежезамороженной плазмы

Б.аспирина 0.5 г 2-3 раза в день

В.аспирина по 1/4 таблетки 2-3 раза в день

80.При назначении антикоагулянтов непрямого действия необходим лабораторный контроль в виде определения

+А.протромбинового индекса

+Б.степени тромботеста

+В.микрогематурии

81.Клиническая картина при предлежании плаценты, как правило, характеризуется

+А.возникновением кровотечения из половых путей

+Б.повторяемостью кровотечения из половых путей

+В.высоким процентом косых и поперечных положений плода

+Г.высоким процентом преждевременных родов

82.Основными причинами развития предлежания плаценты являются

+А.дистрофические изменения слизистой оболочки матки

+Б.подслизистая миома матки

+В.деформация полости матки при аномалии ее развития

+Г.инфантилизм

83.Для преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты наиболее характерны следующие клинические признаки

+А.артериальная гипотония

+Б.тахикардия

+В.гипертонус матки

+Г.нарушение состояния плода

84.Выбор акушерской тактики при предлежании плаценты и наличии кровотечения из половых путей, как правило, зависит

+А.от выраженности кровотечения

+Б.от состояния родовых путей (закрытый зев, степень раскрытия маточного зева)

+В.от общего состояния женщины (беременной, роженицы)

Г.от состояния плода (живой, мертвый)

85.Кровотечение в последовом и раннем послеродовом периодах, как правило, обусловлено

+А.гипотонией матки

+Б.нарушением процессов отделения плаценты и выделения последа

+В.разрывами родовых путей

+Г.нарушением системы свертывания крови

86.Гипотония матки в послеродовом периоде чаще всего обусловлена

+А.перерастяжением матки (многоводие, многоплодие, крупный плод)

+Б.инфантилизмом

+В.воспалительными и дистрофическими изменениями миометрия

+Г.переутомлением женщины в родах

87.Гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде часто имеет место при родах

+А.преждевременных

+Б.запоздалых

+В.стремительных

+Г.быстрых

88.Для лечения гипотонии матки применяют препараты

+А.окситоцин

+Б.метилэргометрин

+В.глюкозу

+Г.аскорбиновую кислоту

89.Возникновение коагулопатического кровотечения в раннем послеродовом периоде может быть связано

+А.с тяжелым гестозом ОПГ

+Б.с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты

+В.с наличием мертвого плода в матке

+Г.с эмболией околоплодными водами

90.К профилактике гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде относится

+А.дородовая медикаментозная подготовка

+Б.рациональное, бережное ведение родов

+В.адекватное обезболивание родов

+Г.внутривенное введение метилэргометрина в конце II периода родов

91.Поздними послеродовыми являются кровотечения, которые начинаются после родов через

+А.5-6 ч

+Б.7-8 ч

+В.9-10 ч

+Г.11-12 ч

92.Методом борьбы с послеродовым кровотечением, возникшим на вторые сутки после родов, как правило, является

+А.гемотрансфузия

+Б.выскабливание послеродовой матки

+В.применение препаратов тономоторного действия

Г.ручное обследование послеродовой матки

93.Для проявлений геморрагического шока характерно

+А.артериальная гипотония

+Б.тахикардия

+В.тахипноэ

+Г.повышение показателя шокового индекса

94.Показания к переливанию крови обычно определяются

+А.объемом потерянной крови

+Б.причиной кровопотери

+В.уровнем артериального давления

+Г.уровнем центрального венозного давления

95.Объем трансфузионной терапии, как правило, определяется

+А.уровнем артериального давления

+Б.частотой пульса

+В.объемом кровопотери

+Г.самочувствием и состоянием роженицы (родильницы)

96.В системе гемостаза условно выделяются следующие звенья, действующие в тесной взаимосвязи друг с другом

+А.тромбоцитарное

+Б.прокоагулянтное

+В.фибринолитическое

+Г.ингибиторов свертывания крови и фибринолиза

97.Фибринолитическое звено системы гемостаза обеспечивает

+А.лизис фибрина в кровяном русле

+Б.лизис тромбов

+В.превращение плазминогена в плазмин

+Г.восстановление проходимости сосудов

98.Пусковыми факторами развития ДВС-синдрома являются

+А.попадание в кровоток тканевого тромбопластина

+Б.гемолиз эритроцитов

+В.ацидоз

+Г.аноксия, аноксемия

99.К хронической форме ДВС-синдрома приводит следующая патология

+А.эклампсия

+Б.преэклампсия

В.септический шок

Г.острая преждевременная отслойка нормально

100.К клиническим симптомам острой и подострой форм ДВС-синдрома относятся

+А.кожные петехиальные кровоизлияния в месте инъекции

+Б.тромбозы магистральных сосудов

+В.олигурия и анурия

+Г.эйфория

101.При геморрагическом шоке, независимо от его причины, показано быстрое и одномоментное проведение следующих мероприятий

+А.остановка кровотечения

+Б.трансфузионно-инфузионная терапия

+В.устранение дыхательной недостаточности

+Г.обезболивание

102.Причины разрыва матки во время беременности

А.клинически узкий таз

Б.анатомически узкий таз

В.крупный плод

+Г.несостоятельность послеоперационного рубца на матке

Д.ничего из перечисленного

103.Причины разрыва матки в родах

+А.клиническое несоответствие между головкой плода и тазом матери

+Б.поперечное положение плода

+В.анатомически узкий таз

+Г.крупный плод

Д.ничего из перечисленного

104.К разрыву матки предрасполагает

+А.рубец на матке после операции кесарева сечения

+Б.повреждение матки при аборте

+В.дегенеративные и воспалительные процессы в матке, перенесенные до настоящей беременности

Г.инфантилизм

Д.ничего из перечисленного

105.Причиной насильственного разрыва матки является

+А.травма

+Б.внешнее воздействие при наличии перерастяжения нижнего маточного сегмента

В.рубец на матке

Г.слабость родовой деятельности

Д.ничего из перечисленного

106.Осложнение беременности и родов, указывающее на возможный риск разрыва матки в родах

+А.крупный плод

+Б.лобное вставление головки плода

+В.переношенная беременность

Г.многоводие

Д.ни одно из перечисленных осложнений

107.Симптомами угрожающего разрыва матки являются

+А.гипертонус матки

+Б.высокое стояние контракционного кольца

+В.болезненность нижнего сегмента матки при пальпации

+Г.потуги при высоко стоящей головке плода

Д.ничего из перечисленного

108.Симптомами начавшегося разрыва матки являются

+А.непроизвольная и непродуктивная потужная деятельность при головке, прижатой ко входу в малый таз

+Б.выраженная болезненность живота вне схваток или потуг

+В.кровянистые выделения из матки

+Г.примесь крови в моче

Д.ничего из перечисленного

109.Клинические признаки совершившегося разрыва матки

+А.распирающая боль в животе

+Б.тяжелое состояние женщины, связанное с шоком

+В.прекращение родовой деятельности

+Г.определение частей плода при пальпации непосредственно под брюшной стенкой

Д.ничего из перечисленного

110.В оценке полноценности рубца на матке после операции кесарева сечения (у беременной) имеет значение

+А.методика операции

+Б.течение послеоперационного периода

+В.интервал времени между операцией и настоящей беременностью

+Г.масса плода при данной беременности

Д.ничего из перечисленного

111.Выбор объема операции при совершившемся разрыве матки определяется

+А.тяжестью состояния больной

+Б.характером повреждения

+В.сопутствующим инфицированием матки

+Г.быстротой и надежностью остановки кровотечения

Д.ничем из перечисленного

112.Для диагностики воспалительных образований придатков матки наиболее целесообразно применять

+А.трансабдоминальную эхографию

+Б.трансвагинальную эхографию

+В.компьютерную томографию

Г.кульдоскопию

113.Факторы риска развития перитонита после операции кесарева сечения

+А.большая длительность операции и ее травматичность

+Б.интраперитонеальная методика операции на фоне хориоамнионита

+В.экстренность операции

+Г.волемические нарушения, имеющиеся в первые дни после операции

114.В зависимости от пути инфицирования выделяют следующие основные клинические формы перитонита, развившегося после кесарева сечения

+А.вследствие послеоперационного расхождения швов на матке

+Б.на фоне хориоамнионита

+В.вследствие длительного пареза кишечника

Г.вследствие разрыва гнойного образования придатков матки

115.Элементы комплексной терапии, проводимой у больных с перитонитом, после операции кесарева сечения

+А.рациональная антибиотикотерапия

+Б.нормализация объема циркулирующей жидкости

+В.восстановление перистальтики кишечника

Г.оперативное лечение в объеме надвлагалищной ампутации матки с маточными трубами

116.При стафилококковой септикопиемии после родов отмечается, как правило, следующая локализация метастатических очагов

+А.эндокард

+Б.крупные суставы

В.периост

Г.мелкие суставы

117.По преимущественной локализации гнойных метастазов различают следующие формы септикопиемии после родов

+А.перитонеальную

+Б.пульмональную

+В.тромбофлебитическую

+Г.кардиальную

118.Для лечения больных с послеродовым сепсисом большое значение имеет применение

+А.свежезамороженной плазмы

+Б.гепарина

+В.антистафилококковой плазмы

+Г.лизоцима

119.Противопоказанием к зондированию матки, как правило, является

+А.острый воспалительный процесс половых органов

+Б.подозрение на маточную беременность

В.подозрение на наличие подслизистого узла миомы

120.При чревосечении по поводу нарушенной внематочной беременности и выраженной анемизации больной разрез передней брюшной стенки следует производить

А.поперечный надлобковый якорный

Б.поперечный надлобковый по Пфанненштилю

В.поперечный интерилиальный по Черни

+Г.нижнесрединный от лона до пупка

121.В состав хирургической ножки кисты яичника входит все перечисленное, кроме

А.воронко-тазовой связки

Б.собственной связки яичника

В.мезовариума

Г.трубы

+Д.круглой связки

122.У больной 30 лет во время операции по поводу двустороннего пиосальпинкса следует произвести

А.надвлагалищную ампутацию матки с придатками

Б.экстирпацию матки с придатками

В.надвлагалищную ампутацию матки с трубами

+Г.удаление обеих маточных труб

Д.удаление обоих придатков

123.Прерывание трубной беременности по типу трубного аборта происходит чаще в сроке беременности

А.11-12 недель

Б.9-10 недель

В.7-8 недель

+Г.4-6 недель

Д.все перечисленное неверно

124.У больной диагностирована прогрессирующая внематочная беременность. Показано

А.консервативное противовоспалительное лечение

+Б.операция

В.гемотрансфузия

Г.все перечисленное

Д.ничего из перечисленного

125.При тяжелом состоянии больной с прервавшейся трубной беременностью показано

А.немедленное переливание крови

Б.безотлагательное удаление источника кровотечения (беременной трубы)

В.надежный гемостаз

+Г.все перечисленное

Д.ничего из перечисленного

126.Клинические признаки перитонита

+А.вздутие живота

+Б.парез кишечника

+В.прогрессирующая тахикардия

127.Нарушение внематочной беременности по типу трубного аборта протекает со следующей симптоматикой

+А.скудные кровянистые выделения из половых путей

+Б.боли внизу живота и в подвздошной паховой области

+В.при влагалищном исследовании - увеличение и болезненность придатков

128.Нарушение внематочной беременности по типу разрыва маточной трубы протекает, как правило, со следующей симптоматикой

+А.внезапный приступ боли в одной из подвздошных областей

+Б.иррадиация боли в плечо

+В.тошнота (или рвота)

129.Возможным источником кровотечения из яичника является

+А.желтое тело

+Б.фолликулярная киста яичника

+В.киста желтого тела

130.Трубный аборт (без значительного внутрибрюшного кровотечения) надо дифференцировать

+А.с самопроизвольным выкидышем малого срока

+Б.с обострением хронического сальпингоофорита

+В.с дисфункциональным маточным кровотечением

131.Шоковый индекс - это

А.отношение частоты пульса к величине систолического АД, равное 1

Б.отношение частоты пульса к величине диастолического АД, равное 1

+В.отношение частоты пульса к величине систолического АД, равное 0.5

Г.отношение частоты пульса к величине диастолического АД, равное 0.5

Д.ничего из перечисленного

132.Апоплексия яичника - это

+А.остро возникшее кровотечение из яичника

+Б.разрыв яичника

В.остро возникшее нарушение кровоснабжения яичника

133.Перитонит - это воспаление

+А.висцеральной брюшины

+Б.париетальной брюшины

134.При перитоните у гинекологической больной показана операция в объеме

А.экстирпация матки с придатками

Б.надвлагалищная ампутация матки с придатками

+В.экстирпация матки с трубами

Г.надвлагалищная ампутация матки с трубами

Д.все перечисленное неверно

135.При операции по поводу перекрута ножки дермоидной кисты яичника

А.перекрученную ножку опухоли яичника надо обязательно раскрутить, чтобы разобраться в анатомии

Б.производят экстирпацию матки с придатками

В.удаляют оба яичника

+Г.все перечисленное неверно

136.При влагалищном исследовании у больной выявлено: наружный зев закрыт, матка слегка увеличена, размягчена. Справа в области придатков определяется мягковатое, болезненное образование, отмечается болезненность при движении за шейку матки. Возможный диагноз

+А.прогрессирующая трубная беременность справа

Б.апоплексия правого яичника

+В.обострение хронического воспалительного процесса правых придатков матки

137.При влагалищном исследовании у больной с подозрением на внематочную беременность выявлено: наружный зев приоткрыт. Алые кровянистые выделения из цервикального канала. Матка увеличена до 8 недель беременности. Придатки не определяются. Своды влагалища свободны. Диагноз

А.трубный аборт

+Б.нарушенная маточная беременность

В.апоплексия яичников

Г.обострение воспалительного процесса придатков матки

Д.ничего из перечисленного

138.Факторы риска перфорации матки при выскабливании

А.в анамнезе - множественные аборты

Б.эндометрит

В.пузырный занос

+Г.все перечисленные факторы

Д.ни один из перечисленных факторов

139.Для перекрута ножки опухоли яичника характерно

+А.сильные боли внизу живота, возникшие после физического напряжения

+Б.при бимануальном исследовании в малом тазу определение неподвижной резко болезненной опухоли

+В.положительные симптомы раздражения брюшины на стороне опухоли

140.Возможные изменения периферической крови у больных с перитонитом

+А.сдвиг формулы белой крови влево

+Б.количество лейкоцитов несколько больше нормы

+В.лимфопения

Задача 1

В родильный дом доставлена беременная, предъявляющая жалобы на боли в животе, кровянистые выделения из половых путей. Срок беременности 35-36 нед. Беременность протекала на фоне преэклампсии средней степени тяжести. Общее состояние средней тяжести, пульс 90 в 1 мин., АД 130/90 – 140/90 мм рт ст. Матка увеличена соответственно сроку беременности, напряжена. Сердцебиение плода 160-170 уд/ мин, глухое.

При влагалищном исследовании: шейка матки сохранена, из половых путей умеренные кровянистые выделения, головка плода слегка прижата ко входу в малый таз.

Какой диагноз наиболее вероятен? Что необходимо предпринять?

Задача 2

Первородящая 26 лет, поступила в родильный дом с доношенной беременностью в связи с умеренными кровянистыми выделениями из половых путей. Схватки слабые, короткие. Тазовый конец плода определяется над входом в малый таз.

При влагалищном исследовании: шейка матки укорочена, размягчена, канал шейки матки свободно пропускает один палец, за внутренним зевом определяется мягкая губчатая ткань.

Диагноз? План ведения?

Задача 3

Повторнородящая 32 лет поступила в родильный дом в первом периоде родов со схватками средней силы. Данная беременность четвертая, две предыдущие закончились медицинскими абортами, третья – кесаревым сечением по поводу предлежания плаценты.

Внезапно у роженицы появились сильные боли в животе, слабость, АД снизилось до 80/50 мм рт ст.

Из влагалища появились умеренные кровянистые выделения. Сердцебиение плода не прослушивается, мелкие части определяются слева от средней линии живота. Родовая деятельность прекратилась.

Диагноз? План ведения?

Задача 4

Роды III, в срок. В анамнезе диатермокоагуляция по поводу эктопии шейки матки, 2 искусственных аборта, без осложнений, хроническое воспаление придатков матки. Общее состояние удовлетворительное. АД 120/80 , пульс 80 в минуту, ритмичный. Матка плотная, на уровне пупка. Сразу после рождения плода из половых путей появились кровяные выделения. Кровопотеря достигла 300 мл, кровотечение продолжается. Признаков отделения плаценты нет. Проба Ли-Уайта 5 мин. 10 с.

Диагноз? С какими состояниями нужно дифференцировать? Какие мероприятия нужно произвести для остановки кровотечения и уточнения диагноза?

Задача № 5

Больная, 39 лет, доставлена в стационар бригадой скорой помощи в связи с жалобами на острые боли внизу живота, рвоту, учащенное мочеиспускание. При осмотре: живот умеренно вздут, положительный симптом Щеткина—Блюмберга. Пульс 88 в 1 мин, температура тела 37 °С. При влагалищном исследовании: тело матки плотное, не увеличено, подвижное, безболезненное, справа и спереди от матки пальпируется образование размером 6х6см тугоэластической консистенции, резко болезненное при смещении; слева придатки не определяются; своды свободны; выделения слизистые.

**Какой диагноз наиболее вероятен?**

A. Кишечная непроходимость.

B. Почечная колика.

C. Апоплексия яичника.

D. Перекрут ножки опухоли яичника

E. Острое воспаление придатков матки с тубоовариальным образованием справа.

**Какие дополнительные методы исследования целесообраз­но использовать для уточнения диагноза?**

A. Рентгенотелевизионную

гистеросальпингографию.

B. Экскреторную урографию.

С. Трансвагинальную эхографию

D. Пункцию брюшной полости через задний свод влагалища.

E. Все перечисленные выше.

**9. Какова наиболее рациональная тактика лечения больной?**

A. Холод на живот, антибактериальная, инфузионная, спазмолитическая терапия.

B. Экстренное чревосечение, удаление правых придатков матки

C. Экстренное чревосечение, резекция правого

яичника.

D. Чревосечение в плановом порядке в случае отсутствия эффекта от консервативной терапии.

E. Пункция патологического образования под контролем трансвагинальной эхографии с последующим цитоло­гическим исследованием аспирата.

Задача № 6.

Во время аборта произведена перфорация матки кюреткой.

**Ваша тактика?**

A. Наблюдение, холод на живот, антибактериальная и утеротоническая терапия.

B. Удаление остатков плодного яйца под контролем гистероскопии, в дальнейшем — антибактериальная и утеротоническая терапия.

С. Экстренное чревосечение, ушивание перфорационно­го отверстия, ревизия органов брюшной полости

D. Чревосечение в случае отсутствия эффекта от консервативной терапии, нарастания признаков внутрибрюшного кровотечения.

E. Лапароскопия для исключения внутрибрюшного кровотечения.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Задача № 7.

Больная, 24 лет, доставлена в стационар бригадой скорой помо­щи в связи с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, обильные, со сгустками кровянистые выделения из половых путей, слабость. АД 100/60 мм рт. ст., пульс 90 в 1 мин, тем­пература тела 37 "С. Последняя нормальная менструация 2 мес назад. При влагалищном исследовании: шейка матки не эрозирована, цианотична, симптом «зрачка» отрицательный, наружный зев пропускает палец. Матка увеличена до 6 нед. беременности, безболезненная. Придатки с обеих сторон не опре­деляются. Своды глубокие, безболезненные.

**Какой диагноз наиболее вероятен?**

A. Дисфункциональное маточное кровотечение.

B. Нарушенная внематочная беременность.

C. Воспаление придатков матки.

D. Миома матки.

E. Неполный аборт

**Оптимальный объем неотложной медицинской помощи?**

A. Экстренная лапаротомия, тубэктомия, инфузионнотрансфузионная терапия.

B. Гормональный гемостаз эстроген-гестагенными препаратами, инфузионно-трансфузионная и утеротоническая терапия.

C. Экстренное чревосечение, надвлагалищная ампутация матки, гемотрансфузия.

D. Раздельное диагностическое выскабливание под кон­тролем гистероскопа, гемотрансфузия.

E. Инструментальное удаление остатков плодного яйца, инфузионная и утеротоническая терапия

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)** | | | | | |
| **7.1. Рекомендуемая литература** | | | | | |
| **7.1.1. Основная литература** | | | | | |
|  | **Авторы, составители** | | **Заглавие** | **Издательство, год** | **Колич-во** |
| Л1.1  Л1.  2  Л1.  3  Л1.  4.  Л1.  5.  Л1.  6.  Л1.  7  Л1.  8.  Л1.  9.  Л1.  10. | 1.Э.К.Айламазян, В.И. Кулаков, В.Е.Радзинский, 2.Г.М.Савельева.-  Малиновский М. С.  4.Сухих Г.Т., Серов В.Н. и др.  5. Э.К. Айламазян, В.И. Кулаков, В.Е. Радзинский, Г.М. Савельева.  6.Стрижаков А.И.  7. Давыдов С.Н., Хромов Б.М., Шейко В.З.  8. Хирш Х., Кезер О., Икле Ф..  9..Шехтман М.М.  10. Н.В. Орджоникидзе и соавт | | 1.Акушерство: национальное руководство  2.Акушерство. Учебник. Г.М. Савельева.  3.Оперативное акушерство. М.  4.Неотложные состояния в акушерстве.  5. Гинекология: национальное руководство.  6. Хирургическая техника операции кесарева сечения.  7. Атлас гинекологических операций.  8. Оперативная гинекология  9.Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных  10. Послеродовые инфекции | М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.- (Серия «Национальные руководства»)-  2. М.: Медицина, 2008г.  Медицина, 1974.  4.М. ГЭОТАР, 2006  5. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.- (Серия «Национальные руководства»).  6.М.: МИА, 2007.  7. М.: «Знание-М», 1998.  8. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2004.  9. М.,2008.  10. Москва, 2012 | 3 экз  2. 216 экз  3. 1 экз  4. 1 экз  5. 3 экз  6. 1 экз  7. 1 экз  8. 1 экз  4 экз.  1 экз. |
| **7.1.2. Дополнительная литература** | | | | | |
| Л2.1 | Вдовин С.В., Ткаченко Л.В., Селихова М.С. | 1.Послеродовые инфекционные осложнения: проблемы и перспективы. | | 1.Волгоград, 2011. | 2 |
| Л2.2 | 2. Сидорова И.С. | 2. Руководство по акушерству | | 2. М.: Медицина, 2006. | 1 |
| Л2.3 | 3. Стародубов В.И. Методическое письмо. | 3. Кесарево сечение в современном акушерстве. | | 3. Москва, 2008. | Эл версия в достаточном количестве |
| Л2.4 | 4. Чернуха Е.А. | 4. Нормальный и патологический послеродовый период. | | 4. М. ГЭОТАР, 2006. | 1 |
| Л2.5 | 5.. Куликов А.В., Мартиросян С.В., Обоскалова Т.А. | 5. Протокол неотложной помощи при кровотечении в акушерстве | | 5. Екатеринбург, 2010. | 5 |
| Л2.6 | 6. Сухих Г.Т., Ходжаева З.С., Филиппов О.С, Адамян Л.В. и др. | 6. Федеральные клинические рекомендации.  Гипертензивные расстройства во время беременности и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия. | | 6. Москва, 2013. | Эл версия в достаточном количестве |
| Л2.  7. | 7.Шифман Е.М., Полянчикова О.Л., Баев О.Р., Шмаков Р.Г., Федорова Т.А., Сокологорский С.В., Пирегов А.В., Кирющенков П.А. | 7. Клинический протокол «Послеродовое кровотечение (профилактика, лечение, алгоритм ведения)». | | 7. Москва, 2011 | Эл версия в достаточном количестве |
| Л2.  8. | 8.Пр. МЗ РФ № 572н | 8.Порядок оказания медицинской помощи по профилю  «акушерство и гинекология (за исключением использования  вспомогательных репродуктивных технологий)» | | 8. Москва, «01» ноября 2012 г. | Эл версия в достаточном количестве |
| Л2.  9. | Сидорова И.С.. | 9. Течение и ведение беременности по триместрам | | 9. М.: МИА, 2007 | 1 |
| Л2.  10. | 10 Цвелев Ю.В., В.Ф. Беженарь, И.В. Берлев. | 10.Ургентная гинекология | | 10.Санкт – Петербург, 2004 | 1 |
| **7.1.3. Методические разработки** | | | | | |
| Л 3.1 | 1.Доброхотова Ю.Э. 2 экз на кафедре + копии в достаточном количестве. | 1. Актуальные вопросы невынашивания беременности. | | 1. Москва, Сборник клинических лекций, 2007 г. ( для практических врачей акушеров — гинекологов, интернов, ординаторов). | Копии в достаточном количестве. |
| Л 3.2 | 2.Видео – материал | 2. Родоразрешение путём операции кес сечения;  - использование баллонной тампонады матки при гипотоническом кровотечении. | | 2. Пермь, Екатеринбург, 2013 г. | ( эл версии в достаточном количестве): |
| Л 3.3 | Л. В. Дикарева, Е. Г. Шварев. | 3. Методические рекомендации Трофобластическая болезнь | | 3АГМА. - Астрахань: АГМА, 2005. - | 54 |

|  |
| --- |
| **8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)** |

Для обеспечения освоения всех разделов программы необходимо:

* Наличие информационно-телекоммуникационных средств доступа к интернет-ресурсу центра дистанционного обучения для освоения части программы, предусматривающей использование дистанционных образовательных технологий
* Аудитории для проведения практических занятий
* Лекционный зал для чтения лекций
* **Перечень оборудования, необходимого для проведения аудиторных занятий по дисциплине.**
* 1. Технические средства обучения – мультимедийная система (проектор, экран), видеокамера, видеоплеер, телевизор, компьютеры – 3 (в том числе 2 ноутбука).
* 2. Мультимедийные наглядные материалы (электронные учебники – 10, лекции и видеоролики по актуальным разделам акушерства и гинекологии – в достаточном количестве).
* 3. Другие учебные материалы: ситуационные задачи, тестовые задания – в достаточном количестве, таблицы – 135, стенды – 2, микро и макропрепараты – нет.
* 3. Рентгенограммы и другое диагностическое оборудование – кольпоскоп, УЗИ – аппарат, кардиотокограф (Областной перинатальный центр).
* **Перечень оборудования, необходимого для проведения аудиторных занятий по дисциплине.**
* 1. Технические средства обучения – мультимедийная система (проектор, экран), видеокамера, видеоплеер, телевизор, компьютеры – 3 (в том числе 2 ноутбука).
* 2. Мультимедийные наглядные материалы (электронные учебники – 10, лекции и видеоролики по актуальным разделам акушерства и гинекологии – в достаточном количестве).
* 3. Другие учебные материалы: ситуационные задачи, тестовые задания – в достаточном количестве, таблицы – 135, стенды – 2.
* 3. Рентгенограммы и другое диагностическое оборудование – кольпоскоп, УЗИ – аппарат, кардиотокограф (Областной перинатальный центр

Электронные ресурсы

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Характеристика сайта |  | Электронный адрес |
| Ведомства, службы, учреждения, общества, организации/ ассоциации | ФГУ "Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика Кулакова" МЗ и социального развития РФ | <http://www.ncagip.ru/for-experts/publications/> |
| ГОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России | <http://www.mma.ru/library> |
| Национальный медико-хирургический центр имени Н.И.Пирогова | <http://www.pirogov-center.ru/illness/> |
| Медико-фармацевтическая служба | <http://www.webapteka.ru/phdocs/> |
| Электронные версии журналов/  медицинские издания | «Гинекология» | <http://old.consilium-medicum.com/media/gynecology/> |
| «Российский Медицинский Журнал» | <http://www.rmj.ru/> |
| Научно-практический медицинский журнал «Medicum» | <http://www.medicum.nnov.ru/doctor/> |
| Разное | Консилиум, консультации он-лайн | <http://www.consilium.com.ua/stuff/> |
|  | Медицинский сервер «medlinks» | <http://www.medlinks.ru/> |
|  | Медицинский информационный портал | <http://meduniver.com/> |
|  | Медицина для студентов-медиков и врачей | <http://www.medsecret.net/> |
|  | Портал для профессионалов в здравоохранении | <http://medproff.ru/> |