

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Мальцев Сергей Борисович  
Должность: Ректор  
Дата подписания: 01.09.2024 22:44:27  
Уникальный программный ключ:  
1bcb6e8dd25337659310c8c6c08f3bb1f12d77b7

ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО  
ОБРАЗОВАНИЯ  
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ»  
(ЧОУВО «СПБМСИ»)

**УТВЕРЖДАЮ**

Ректор \_\_\_\_\_ С.Б. Мальцев

29 августа 2024 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ  
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

<b>Специальность</b>	<u>31.08.01 Акушерство и гинекология</u>
<b>Квалификация</b>	<u>врач-акушер-гинеколог</u>
<b>Форма обучения</b>	<u>очная</u>
<b>Срок освоения ОПОП</b>	<u>2 года</u>
<b>Кафедра</b>	<u>акушерства и гинекологии</u>

**Санкт-Петербург  
2024 г.**

При разработке фонда оценочных средств государственной итоговой аттестации в основу положен ФГОС ВО по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденный Министерством образования и науки РФ 25.08.2014 г., приказ №1043.

Фонд оценочный средств государственной итоговой аттестации одобрен на заседании кафедры акушерства и гинекологии от 26.06.2024, протокол №5, рассмотрена на заседании Ученого совета Института от 29.08.2024 г., протокол №1.

Заведующий кафедрой

\_\_\_\_\_

М. С. Зайнулина

(подпись)

**Разработчики:**

Доктор медицинских наук, профессор,  
заведующий кафедрой акушерства и гинекологии

Зайнулина М. С.

Кандидат медицинских наук, доцент  
кафедры акушерства и гинекологии

Мусина Е. В.

**Рецензент:**

Татарова Н. А., профессор, доктор медицинских наук, акушер-гинеколог  
высшей категории, гинеколог-эндокринолог

## 1. Паспорт фонда оценочных средств государственной итоговой аттестации

Код контролируемой компетенции	Наименование компетенций, предусмотренных ФГОС ВО
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия
УК-3	готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными
ПК-3	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях
ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической <a href="#">классификацией</a> болезней и проблем, связанных со здоровьем
ПК-6	готовность к ведению, родовспоможению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании акушерско-гинекологической медицинской помощи
ПК-7	готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации
ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и

	управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях
ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
ПК-12	готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

## 2. Результаты освоения основной профессиональной образовательной программы

<b>Виды профессиональной деятельности</b>	<b>Профессиональные задачи</b>	<b>Сформированные профессиональные компетенции</b>
профилактическая	предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий	ПК-1
	проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения	ПК-2
	проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков, характеризующих состояние их здоровья	ПК-4
диагностическая	диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования	УК-1; ПК-5
	диагностика неотложных состояний	ПК-5
	диагностика беременности	ПК-5
	проведение медицинской экспертизы	ПК-10
лечебная	оказание специализированной медицинской помощи	УК-1; ПК-6
	участие в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации	УК-1; ПК-7; ПК-12
	участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	УК-1; ПК-6
реабилитационная	проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения	УК-1; ПК-8
психолого-педагогическая	формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	УК-1; УК-3; ПК-9
организационно-управленческая	применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и структурных подразделениях	УК-1; УК-2; ПК-10
	организация и управление деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений	ПК-10

	организация проведения медицинской экспертизы	ПК-11
	организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам	УК-1; ПК-11
	ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях	ПК-10
	создание в медицинских организациях и структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда	УК-1; УК-2; ПК-10
	соблюдение основных требований информационной безопасности	ПК-10

### 3. Формы оценочных средств, в соответствии с формируемыми компетенциями

Индекс компетенции	Формулировка компетенции	Оценочные средства	Номер оценочного средства из перечня (п. 4 ФОС)
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Контрольные вопросы	1-7; 75; 78
		Ситуационные задачи	1-50
УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Контрольные вопросы	165-175; 180-165
УК-3	готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	Контрольные вопросы	168; 174; 177; 182;
		Ситуационные задачи	61-64
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий,	Контрольные вопросы	5,9-12; 71-73; 75-78; 81; 119-122

	направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у женщин, подростков, беременных, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;	Ситуационные задачи	1-50
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за взрослыми, подростками, беременными	Контрольные вопросы	2-9; 29-30; 71-72; 75-88; 100-107
		Ситуационные задачи	1-3; 5; 7; 11-16; 21-26; 34; 37; 42-44
ПК-3	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	Ситуационные задачи	51-60
ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья женщин, подростков, беременных	Контрольные вопросы	1-5; 8; 71-79; 120-122
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;	Контрольные вопросы	16-42; 45-70; 80; 82-91; 93-107; 110-118
		Ситуационные задачи	1-5051-60
ПК-6	готовность к ведению и	Контрольные вопросы	12-70; 80-118

	лечению пациентов, нуждающихся в оказании акушерской и гинекологической помощи	Ситуационные задачи	1-50
ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации;	Ситуационные задачи	51-60
ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении;	Контрольные вопросы	71; 72; 122
		Тестовые задания	46-52; 68; 112; 257-258;
ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;	Контрольные вопросы	209-238; 286-290; 301-332
ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях;	Контрольные вопросы	165-175
ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей;	Контрольные вопросы	171-174; 189-196
ПК-12	готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.	Ситуационные задачи	51-60

#### 4. Оценочные средства

##### 4.1. Контрольные вопросы:

###### Акушерство

1. Основные показатели службы родовспоможения.
2. Мероприятия, направленные на снижение материнской и перинатальной смертности.
3. Организация работы женской консультации.
4. Организация работы родильного дома.
5. Социально-экономические предикторы невынашивания беременности.

6. Особенности консультирования по ведению беременности.
7. Особенности консультирования по послеродовой реабилитации.
8. Законодательные акты, регулирующие ведение беременности, родов и послеродового периода.
9. Особенности предгравидарной подготовки, ведения беременности, родов и послеродового периода у пациенток с ВИЧ-инфекцией.
10. Значение TORCH-инфекций для акушерских и перинатальных исходов.
11. Значение острых инфекционных заболеваний для акушерских и перинатальных исходов.
12. Диагностика ранних и поздних сроков беременности. Определение срока дородового отпуска и родов.
13. Строение женского таза: кости, костные ориентиры, наружные размеры таза, ромб Михаэлиса, индекс Соловьева.
14. Строение женского таза: плоскости таза, проводная ось таза, вычисление истинной конъюгаты.
15. Положение плода, позиция, вид, предлежание, членорасположение. Наружное акушерское исследование.
16. Классификация преэклампсии. Методы оценки тяжести преэклампсии.
17. Тяжелая преэклампсия. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
18. Преэклампсия. Клиника. Диагностика. Лечение.
19. Эклампсия. Профилактика. Неотложная помощь. Возможные осложнения.
20. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Этиология. Диагностика. Лечение. Профилактика.
21. Переношенная беременность. Диагностика. Особенности течения и ведения переношенной беременности и запоздалых родов.
22. Предлежание плаценты. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
23. Многоплодная беременность. Диагностика. Тактика ведения родов.
24. Преждевременные роды. Причины. Особенности клинического течения и тактика ведения родов. Признаки недоношенного плода.
25. Истмико-цервикальная недостаточность. Диагностика. Методы коррекции.
26. Искусственное прерывание беременности в ранние сроки. Методы прерывания. Противопоказания. Осложнения.
27. Течение беременности и родов при пороках сердца.
28. Анемия беременных. Классификация. Особенности течения и ведения беременности и родов.
29. Заболевания почек (пиелонефриты) и беременность. Тактика ведения беременности и родов.
30. Сахарный диабет и беременность. Течение беременности и родов.
31. Беременность и заболевания печени (острая желтая атрофия печени, внутриспеченочный холестаза, HELLP-синдром) Клиника. Диагностика. Лечение.
32. Роды. Периоды родов. Особенности течения первого периода родов у перво- и повторнородящих женщин.
33. Клиническое ведение первого периода родов. Обезболивание родов.
34. Клиническое ведение второго периода родов. Шкала Апгар.
35. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.
36. Разгибательные вставления головки плода. Особенности клинического течения родов при разгибательных вставлениях.
37. Биомеханизм родов при тазовом предлежании плода.
38. Особенности течения родов при тазовых предлежаниях. Осложнения для матери и плода.
39. Виды тазовых предлежаний. Ведение родов при ножном предлежании плода.

40. Виды тазовых предлежаний. Ведение родов при чисто ягодичном предлежании плода по методу Цовьянова Н.А.
41. Кровотечения в послеродовом периоде. Причины. Клиника. Акушерская тактика.
42. Гипотонические и атонические кровотечения в раннем послеродовом периоде. Причины. Диагностика. Профилактика . Лечение.
43. Ранний послеродовый период. Клиническое течение и принципы ведения.
44. III период родов: клиническое течение и ведение третьего периода. Признаки отделения плаценты. Методы выделения последа.
45. Аномалии сократительной деятельности матки. Причины. Классификация. Методы диагностики.
46. Слабость родовой деятельности. Клиника. Диагностика. Лечение.
47. Чрезмерно сильная родовая деятельность (быстрые и стремительные роды). Клиника. Диагностика. Лечение.
48. Дискоординированная родовая деятельность. Клиника. Диагностика. Лечение.
49. Классификация узких тазов по форме и степени сужения. Особенности течения родов при узких тазах .
50. Понятия “анатомически ” и “клинически” узкий таз. Ведение родов при различных степенях сужения таза. Исходы родов для матери и плода.
51. Показания и противопоказания к операции кесарева сечения. Возможные осложнения.
52. Основные этапы операции кесарева сечения. Возможные осложнения. Виды анестезии.
53. Акушерские щипцы. Показания и условия их применению.
54. Акушерский травматизм - разрыв матки при беременности и в родах. Классификация. Клиника. Тактика.
55. Акушерский травматизм - разрывы мягких родовых путей. Классификация. Тактика. Мероприятия по снижению акушерского травматизма.
56. Неправильные положения плода (поперечное, косое). Диагностика. Ведение беременности.
57. Эмболия околоплодными водами. Причины. Клиника. Неотложная помощь.
58. Геморрагический шок в акушерской практике. Причины. Стадии. Диагностика. Лечение.
59. Гнойно-септические заболевания в послеродовом периоде. Послеродовый метрэндомиоцит. Клиника. Диагностика. Принципы терапии.
60. Акушерский перитонит. Клиника. Диагностика. Основные принципы лечения.
61. Септический шок. Причины. Диагностика. Методы лечения.
62. Лактационный мастит. Классификация. Клиника. Диагностика. Профилактика. Лечение.
63. Современные методы диагностики состояния плода. Биофизический профиль плода.
64. Признаки доношенного и недоношенного плода. Особенности переношенного плода.
65. Синдром задержки развития плода. Классификация. Диагностика. Лечение.
66. Транзиторные состояния новорожденных.
67. Гипоксия плода. Причины. Классификация. Диагностика. Профилактика. Лечение.
68. Асфиксия новорожденных. Реанимация и неотложная помощь новорожденным, родившимся в состоянии асфиксии.
69. Родовой травматизм новорожденных. Причины. Диагностика. Лечение. Профилактика.
70. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного. Причины. Клиника. Диагностика. Профилактика.
71. Показания для проведения санаторно-курортного лечения у беременных.
72. Противопоказания для проведения санаторно-курортного лечения у беременных.

73. Противоэпидемические мероприятия в акушерской практике при объявлении чрезвычайного положения.
74. Особенности акушерских осложнений при ДТП и других техногенных катастрофах.

### **Гинекология**

75. Социально-экономические предикторы бесплодия и репродуктивных потерь.
76. Социально-экономические и медицинские предикторы заболеваний, передающихся половым путем.
77. Социально-экономические и профессиональные особенности планирования беременности.
78. Особенности реализации репродуктивной функции в различные возрастные периоды жизни женщины.
79. Законодательные акты, регулирующие вопросы восстановления фертильности.
80. Бартолинит. Клиника. Диагностика. Лечение.
81. Социальные и медицинские меры профилактики инфекций, передающихся половым путем.
82. Сальпингоофорит. Виды. Клиника. Диагностика. Лечение.
83. Пельвиоперитонит и перитонит при ВЗОМТ. Клиника. Диагностика. Лечение.
84. Трихомониаз. Клиника. Диагностика. Лечение.
85. Гонорея. Клиника. Диагностика. Лечение.
86. Хламидиоз. Клиника. Диагностика. Лечение.
87. Генитальный герпес. Клиника. Диагностика. Лечение.
88. Эктопическая беременность. Причины возникновения. Виды. Диагностика.
89. Эктопическая беременность, прервавшаяся по типу трубного аборта: клиника, диагностика, тактика.
90. Эктопическая беременность, прервавшаяся по типу разрыва трубы: клиника, диагностика, тактика.
91. Апоплексия яичника. Клиника. Диагностика. Тактика.
92. Регуляция менструального цикла.
93. Яичниковая и маточная форма аменореи. Диагностика. Лечение.
94. Предменструальный синдром. Клиника. Лечение.
95. Бесплодный брак. Причины женского бесплодия. Диагностика.
96. Аномальные маточные кровотечения в перименопаузальном периоде. Диагностика. Лечение.
97. Кровотечения в постменопаузе. Причины. Методы диагностики. Тактика.
98. Эндометриоз женских половых органов. Классификация. Методы диагностики. Влияние на менструальный цикл и на репродукцию.
99. Аденомиоз. Клиника. Диагностика. Лечение.
100. Миома матки. Классификация. Методы диагностики.
101. Миома матки. Показания к хирургическому лечению, варианты лечения.
102. Рак тела матки. Патогенетические варианты. Диагностика. Лечение.
103. Рак тела матки. Классификация по стадиям. Клиника. Диагностика. Тактика.
104. Гиперпластические процессы эндометрия. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
105. Рак шейки матки - *Ca in situ*: диагностика, лечение, прогноз.
106. Рак шейки матки. Методы диагностики и принципы лечения в зависимости от стадии процесса.
107. Рак шейки матки. Значение профилактических осмотров.
108. Основные этапы операции надвлагалищной ампутации матки без придатков.
109. Основные этапы операции экстирпации матки с придатками.
110. Доброкачественные опухоли яичников. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.

111. Рак яичников. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение в зависимости от стадии процесса.
112. Злокачественные опухоли яичников. Принципы химиотерапии. Основные этапы операции удаления кистомы яичников.
113. Эпителиальные опухоли яичников. Клиника. Диагностика. Лечение.
114. Перекрут ножки опухоли яичника. Клиника. Диагностика. Лечение. “Анатомическая” и “хирургическая” ножка опухоли яичника.
115. Трофобластическая болезнь. Классификация. Диагностика. Тактика.
116. Пузырный занос. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
117. Хорионкарцинома матки. Клиника. Диагностика. Лечение.
118. Опущение и выпадение половых органов женщины. Причины, лечение, профилактика.
119. Особенности консультирования по вопросам контрацепции.
120. Планирование семьи. Современные методы контрацепции (естественные, гормональные). Критерии выбора методов контрацепции. Противопоказания.
121. Планирование семьи. Современные методы контрацепции (внутриматочные, барьерные, хирургические). Критерии выбора методов контрацепции. Противопоказания.
122. Показания для проведения санаторно-курортного лечения у гинекологических больных.

#### **Контрольные вопросы «Педагогика»**

123. Федеральные государственные образовательные стандарты и их роль в образовании
124. ФГОС 3++ и их отличие от предыдущих стандартов
125. Основные положения Болонской конвенции
126. Профессиональные стандарты
127. Аккредитация специалиста
128. Независимый контроль качества в образовании
129. Классификация активных методов обучения по Н.Шевандрину
130. Лекция как одна из ведущих форм обучения на примере профильной дисциплины
131. Методы активизации усвоения материала во время лекции и семинарского занятия
132. Роль бихевиоризма в формировании современной теории педагогики
133. Темперамент и его значение для педагогической деятельности
134. Механизмы психологической защиты в преподавательской деятельности
135. Доказательная база в области теории обучения
136. Компетенция, права, обязанности и ответственность образовательной организации
137. Организация получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья
138. Основные положения Федерального закона от 02.12. 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»
139. Лицензирование образовательной деятельности
140. Особенности медицинского образования
141. Структура системы образования в Российской Федерации
142. Государственная аккредитация образовательной деятельности
143. Интерактивные формы обучения в вузе как педагогическая инновация
144. Требования к оформлению рабочих программ по дисциплине в системе высшего образования
145. Компетентностный подход в образовании.
146. Опишите методологию подготовки семинарского занятия.
147. Назовите и опишите положительные и отрицательные стороны различных технологических методов дистанционного обучения.
148. Опишите классификацию видов деятельности в учебном процессе по Блюму.

149. Опишите семь основных механизмов психологической защиты, укажите на связь между механизмами психологической защиты и психологическими особенностями личности. Опишите, почему преподаватель должен знать особенности механизмов психологической защиты.
150. Опишите понятие о личности преподавателя и индивидуального стиля деятельности.
151. Что такое профессиональная и личностная деформация преподавателя? Опишите основные положения теории профессионального выгорания и методы профилактики этого расстройства.
152. Педагогическая рефлексия как метод педагогики высшей школы.
153. Понятие об образовании. Обучение как ядро образования.
154. Отличия первичной от первичной специализированной аккредитации
155. Сущность профессионального стандарта деятельности преподавателя.
156. Классификация образовательных сред.
157. Традиционные формы, методы и средства вузовского обучения и педагогического контроля.
158. Опишите интеллект и навыки мышления. Укажите на сходства и различия логического и психологического критического мышления.
159. Опишите восприятие. Иллюзии восприятия. Влияние восприятия на когнитивные процессы.
160. Опишите внимание. Состояния, свойства внимания. Развитие внимания. Его связь с когнитивными процессами. Опишите и приведите примеры эффективных техник внимания как посредника когнитивных процессов.
161. Опишите память, виды памяти. Ошибки памяти. Развитие памяти. Влияние памяти на когнитивные процессы.
162. Расскажите о том, что такое критическое мышления и опишите его связь с творческим мышлением.
163. Опишите методы использования невербальных средств для повышения критического мышления.
164. Сформулируйте принципы проектирования и реализации основных образовательных программ.

### **Контрольные вопросы «Общественное здоровье и здравоохранение»**

165. Требования к медицинским организациям при лицензировании. Основные нормативные правовые акты, определяющие требования к квалификационным характеристикам медицинского персонала
166. Субъект и объект управления. Понятие, сущность и практическое применение понятий.
167. Организация службы государственного санитарно-эпидемиологического надзора, структура, функции.
168. Роль и место управленческого решения в управлении
169. Основные задачи здравоохранения в России на современном этапе
170. Амбулаторно-поликлиническая помощь: задачи, структура, финансирование
171. Общие принципы организации работы поликлиники. Пути совершенствования амбулаторно-поликлинической помощи населению.
172. Контроль как функция управления: определение, принципы и методы контроля.
173. Теоретические и социально-экономические аспекты врачебной этики и медицинской деонтологии.
174. Уровни управления медицинской организацией. Цели и задачи управленческого персонала на различных уровнях управления.
175. Биомедицинская этика. Смерть и умирание. Эвтаназия. Морально-этические проблемы аборта.
176. Виды планирования. Формирование целей, требования к ним.

177. Лидерство. Его отличие от руководства
178. Конституционное право как основа всех отраслей национального права. Охрана здоровья в Конституции Российской Федерации.
179. Особенности оказания медицинской помощи сельскому населению и условия, определяющие ее эффективность
180. Порядок приема на работу, правила заполнения, ведения, хранения и выдачи трудовых книжек.
181. Прием на работу. Основные документы. Оформление.
182. Права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников.
183. Прекращение и расторжение трудового договора. Оформление увольнения.
184. Дисциплинарная ответственность. Виды дисциплинарной ответственности и порядок применения.
185. Трудовой договор. Обязательные и дополнительные условия трудового договора, правила заключения и оформления.
186. Экономические методы управления в здравоохранении. Управленческий учет и управленческие решения
187. Экономическая эффективность в здравоохранении и основные принципы ее оценки
188. Правила расторжения трудового договора при увольнении работника по инициативе работодателя при сокращении численности штата работников.
189. Организация преемственности деятельности амбулаторно-поликлинической службы во взаимодействии со стационарами, скорой медицинской помощью, специализированными центрами
190. Требования, которым должна отвечать система здравоохранения в соответствии с политикой «здоровье для всех» по материалам Европейского бюро ВОЗ.
191. Варианты подходов к оценке качества медицинской помощи. Методы оценки и контроля качества медицинской помощи.
192. Конституция России о социальных гарантиях для граждан
193. Медицинская статистика: понятие, место в системе деятельности организаций здравоохранения и органов управления
194. Организация и этапы статистического исследования
195. Методы санитарной статистики
196. Организация экспертизы нетрудоспособности в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

#### **Контрольные вопросы «Патология»**

197. Апоптоз. Биологическая сущность. Понятие о программированной гибели и программе гибели клетки. Морфологическая характеристика апоптоза и отличия ее от таковой при некрозе. Значимость апоптоза в физиологических условиях и при различных патологических состояниях (болезни Альцгеймера и Паркинсона, боковой амиотрофический склероз, радиационное поражение и др.). Методы диагностики.
198. Определение, механизмы развития внутриклеточного накопления. Накопления нормальных продуктов клеточного метаболизма и патологических (экзогенных или эндогенных).
199. Нарушения водно-электролитного баланса. Объем внутри- и внеклеточной жидкостей. Осмотическое давление, онкотическое давление – характеристика и регуляция. Наружное и внутреннее водно-натриевое равновесие: характеристика, регуляция (ренин-ангиотензин-альдостероновая система, предсердный натрийуретический пептид). Транссудат, водянка полостей, отек головного мозга и легких: клинко-морфологическая характеристика, пато- и морфогенез. Лимфостаз, лимфодема. Нарушения обмена калия, гипо- и гиперкалиемия.

200. Расстройства кровообращения. Классификация. Артериальное и венозное полнокровие. Причины, виды, морфология. Изменения в органах (легкие, печень, селезенка, почки, слизистые оболочки) при хроническом венозном застое.
201. Шок. Определение, виды, механизмы развития, стадии, морфологическая характеристика, клинические проявления.
202. Кровотечение: наружное и внутреннее, кровоизлияния. Геморрагический диатез. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови.
203. Тромбоз. Причины, механизм формирования тромба. Местные и общие факторы тромбообразования. Тромб, его виды, морфологическая характеристика, исходы. Значение и исходы тромбоза.
204. Эмболия. Причины, виды, морфологическая характеристика, исходы и значение эмболии. Ортоградная, ретроградная и парадоксальная эмболии. Тромбоэмболия легочной артерии как самостоятельное осложнение.
205. Ишемия. Определение, причины, механизмы развития, морфологическая характеристика, методы диагностики, клиническое значение. Роль коллатерального кровообращения. Острая и хроническая ишемия.
206. Острое воспаление. Этиология и патогенез. Реакции кровеносных сосудов. Транссудат, экссудат, отек, стаз. Эмиграция лейкоцитов, образование гноя. Исходы: полное разрушение, фиброзирование, абсцедирование, хронизация.
207. Хроническое воспаление. Этиология, патогенез, клеточные кооперации (макрофаги, лимфоциты, плазматические клетки, эозинофилы, фибробласты и др.). Морфологические особенности, исходы.
208. Морфологические проявления острого и хронического воспаления. Экссудативное воспаление: серозное, фибринозное (крупозное, дифтеритическое), гнойное (флегмона, абсцесс, эмпиема), катаральное, геморрагическое, смешанное. Язвенно-некротические реакции при воспалении. Морфологическая характеристика, клиника.
209. Репарация, регенерация, заживление ран. Регенерация: определение и биологическая сущность, связь с воспалением, исходы. Компоненты процесса заживления. Грануляционная ткань, ангиогенез: стадии, морфологическая характеристика. Кинетика заживления ран. Морфогенез рубца, перестройка (ремоделирование) внеклеточного матрикса при рубцевании. Роль гуморальных и клеточных факторов в процессе репарации.
210. Опухоли. Определение, роль в патологии человека. Номенклатура и принципы классификации. Гистогенез (цитогенез) и дифференцировка опухоли. Основные свойства опухоли. Виды роста опухоли: экспансивный, инфильтративный и аппозиционный, экзофитный и эндофитный.
211. Эпителиальные опухоли: доброкачественные и злокачественные. Рак, его виды. Особенности строения, паренхима и строма опухоли.
212. Мезенхимальные опухоли: доброкачественные и злокачественные. Саркома, ее виды. Особые виды мезенхимальных опухолей. Особенности строения, паренхима и строма опухоли.
213. Важнейшие клинико-морфологические проявления опухолевого роста. Характеристика опухолевого процесса. Местное взаимодействие опухоли. Нарушение гомеостаза организма. Вторичные изменения опухоли. Метастазы и системные неметастатические воздействия. Раковая кахексия, паранеопластические синдромы.
214. Факторы риска опухолевого роста. Старение человека. Влияние географических зон, факторов окружающей среды. Наследственность, наследственные опухолевые синдромы, семейные формы неоплазии, синдромы нарушенной репарации ДНК. Факторы риска опухолевого роста. Предопухолевые (предраковые) состояния и изменения, их сущность, морфология.

215. Молекулярные основы канцерогенеза. Этиология и патогенез опухолей. Клеточные онкогены, белковые продукты онкогенов. Протоонкогены: номенклатура, характеристика, определение в опухолях человека. Стадии канцерогенеза.
216. Биология опухолевого роста. Морфогенез опухолей. Кинетика роста опухолевых клеток. Опухолевый ангиогенез. Прогрессия и гетерогенность опухолей. Особенности клеточной популяции в опухолевом фокусе. Механизмы инвазивного роста. Метастазирование: виды, закономерности, механизмы. Метастатический каскад.
217. Канцерогенные агенты и их взаимодействие с клетками. Химический канцерогенез. Этапы, механизмы. Важнейшие группы химических канцерогенов. Радиационный канцерогенез, Вирусный канцерогенез. Механизмы, клинко-морфологические проявления.
218. Опухоли плазматических клеток. Моноклональная гаммапатия неясной природы, множественная миелома, плазмцитоз, макроглобулинемия Вальденстрема, болезнь тяжелых цепей Франклина. Современные методы диагностики, клинко-морфологическая характеристика, причины смерти.
219. Тромбоцитарные заболевания. Тромбоцитопения, тромбоцитоз. Клинко-морфологическая характеристика, диагностика.
220. Коагулопатии. Классификация, этиология, патогенез, клинко-морфологическая характеристика. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания.
221. Сифилис: классификация. Приобретенный сифилис вторичный, третичный). Морфология врожденного сифилиса (мертворожденных, раннего, позднего).
222. ВИЧ-инфекция. Этиология, эпидемиология, пато- и морфогенез. Морфологическая характеристика, клинические проявления, осложнения, исходы, причины смерти.
223. Заболевания вульвы и влагалища. Классификация. Воспалительные заболевания. Предраковые процессы. Доброкачественные и злокачественные новообразования.
224. Рак шейки матки. Этиология, эпидемиология, пато- и морфогенез. Морфологическая характеристика, клинические проявления, осложнения, исходы, причины смерти.
225. Аденомиоз. Эндометриоз. Железистая гиперплазия эндометрия. Опухоли тела матки, классификация. Морфологическая характеристика, клинические проявления, осложнения, исходы, причины смерти.
226. Болезни маточных труб. Воспалительные (сальпингит). Опухоли, классификация.
227. Болезни яичников. Кисты яичников, классификация. Доброкачественные и злокачественные опухоли яичников, классификация.
228. Патология плаценты. Инфекционные процессы. Пути инфицирования последа и плода. Нарушения кровообращения, этиология, особенности морфогенеза, клиническое значение. Виды: периворсинковое отложение фибрина, ретроплацентарная гематома, инфаркт, тромбоз фетальных артерий. Патогенез, морфологические особенности.
229. Патология беременности. Спонтанные аборты. Эпидемиология, причины, особенности морфологического исследования. Эктопическая беременность. Классификация, причины, морфологическая диагностика, осложнения, исходы, причины смерти.
230. Трофобластическая болезнь. Классификация, морфологическая характеристика, клинические проявления, осложнения, исходы, причины смерти.

#### 4.2. Ситуационные задачи «Акушерство и гинекология»

Н	-	001
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В женскую консультацию обратилась женщина 35 лет, с жалобами на дискомфорт в области наружных половых органов, на обильные беловато-серые выделения из половых путей, с резким неприятным запахом «несвежей рыбы», усиливающиеся после менструации и незащищенного полового акта, болезненность во время половых контактов. Из анамнеза: менархе с 13 лет, менструации по 5 через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 18 лет, в браке. Беременностей -2, Роды- 1 (2 года назад, без осложнений), Аборт- 1 (три месяца назад медикаментозное прерывание беременности без осложнений). Гинекологические заболевания отрицает. Перенесенные заболевания: детские инфекции; ОРВИ; хронический гастрит.</p> <p>При объективном осмотре: Состояние удовлетворительное, пульс 76 ударов в минуту, Артериальное давление 120/80 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах.</p> <p>Наружные половые органы развиты правильно, без специфических высыпаний, воспалительных изменений.</p> <p>В зеркалах: слизистая влагалища, шейки матки розового цвета. Выделения обильные, гомогенные, беловато-серые, с резким неприятным запахом «несвежей рыбы».</p> <p>PV: Матка в anterflexio versio, нормальных размеров, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки не пальпируются. Своды свободные.</p> <p>Микроскопия мазка по Граму из трех точек: влагалище, уретра, цервикальный канал: Во влагалище обнаружена гарднерелла; Особенности микрофлоры- Палочки-скудная, «ключевые клетки» в большом количестве, Грам ( +) кокки; Лейкоцитов меньше, чем эпителиальных клеток в п.з.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Бактериальный вагиноз
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Невозможно поставить диагноз без дополнительных методов исследования.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз бактериальный вагиноз поставлен на основании жалоб больной на выделения из половых путей ,с резким неприятным запахом «несвежей рыбы»; данных осмотра- в зеркалах: выделения обильные, гомогенные, беловато-серые, с резким неприятным запахом «несвежей рыбы».</p> <p>Данных оценки микробиоценоза: Во влагалище обнаружена гарднерелла; Особенности микрофлоры- Палочки-скудная, «ключевые клетки» в большом количестве, Грам ( +) кокки;</p>

		Лейкоцитов меньше, чем эпителиальных клеток в п.з.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Для обоснования диагноза необходимы дополнительные методы исследования
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	<p>Пациенту рекомендовано:</p> <p>1) Ph вагинального экссудата с помощью индикаторных полосок</p> <p>2) аминотест . Положительный аминотест с гидроокисью калия (КОН) состоит в появлении запаха гнилой рыбы при добавлении к капле влажной отделяемой капли 10% раствора КОН. Положительный тест связан с появлением летучих аминов (путресцин, кадаверин, триметиламин), которые являются продуктом жизнедеятельности облигатных анаэробов.</p> <p>3) Молекулярно-биологическое исследование:</p> <p>Фемофлор: комплексная количественная оценка микробиоценоза урогенитального тракта путем сравнения содержания представителей нормо- и условно-патогенной биоты с общей бактериальной массой, идентификация <i>A. vaginae</i>, <i>M. hominis</i>, <i>Ureaplasma spp.</i>, <i>Candida spp.</i></p> <p>Исследование на :<i>Chlamidia trachomatis</i> ;<i>Mycoplasma genitalium</i> ; <i>Neisseria gonorrhoeae</i> ; <i>Trichomonas vaginalis</i>. С целью исключения заражения инфекциями передающимися половым путем.</p>
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	<p>План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.</p> <p>или</p> <p>Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.</p>
P0	-	<p>Не названы три и более дополнительных метода обследования.</p> <p>или</p> <p>Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно.</p> <p>или</p> <p>План дополнительного обследования составлен полностью неверно.</p>
B	4	Препараты какой группы используются в 1-м этапе лечения бактериального вагиноза. Приведите пример назначения лекарственных средств
Э	-	1) этап - антибактериальная терапия- метронидазол, орнидазол, клиндамицин ( например- метронидазол гель 0,75% 5,0 г интравагинально на ночь в течении 5 дней или метронидазол 500 мг 2 раза в сутки в течении 7 дней)
P2	-	Выбраны верные группы препаратов .
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако дозировка и

		схема назначения препаратов указана неверно.
P0	-	Ответ неверный.
B	5	<b>2-й этап лечения включает назначение следующих препаратов:</b>
Э	-	2 этап - Восстановление нормального биоценоза влагалища (местное введение лактобактерина, ацилакта).
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако можно добавить дополнительные группы препаратов.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
H	-	002
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В женскую консультацию обратилась женщина, 26 лет, с жалобами на обильные, слизисто-гнойные выделения из половых путей, зуд и жжение в области влагалища, дискомфорт при мочеиспускании.</p> <p>Из анамнеза: менархе с 13 лет, менструации по 5 через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 19 лет. Беременностей -0. Контрацепция: КОК - Линдинет- 20 (начала прием полгода назад), до этого контрацепция барьерным методом. Неделю назад был незащищенный половой контакт со случайным партнером. Гинекологические заболевания отрицает. Перенесенные заболевания: детские инфекции; ОРВИ.</p> <p>При объективном осмотре: Состояние удовлетворительное, пульс 76 ударов в минуту, Артериальное давление 120/80 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах.</p> <p>Наружные половые органы развиты правильно, без специфических высыпаний.</p> <p>В зеркалах: слизистая влагалища, шейки матки гиперемирована, отечна. Выделения слизисто-гнойные.</p> <p>PV: Матка в anterflexio versio, нормальных размеров, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки не пальпируются. Своды глубокие, свободные.</p>
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острый цервиковагинит.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Невозможно поставить диагноз без дополнительных методов исследования.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз поставлен на основании жалоб больной на обильные, слизисто-гнойные выделения из половых путей, зуд и жжение в области влагалища, дискомфорт при мочеиспускании. Данных осмотра- в зеркалах: слизистая влагалища, шейки матки

		гиперемирована, отечна. Выделения слизисто-гнойные.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Для обоснования диагноза необходимы дополнительные методы исследования
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано: 1) Микроскопическое исследование отделяемого из влагалища, цервикального канала и уретры, окрашенного по Грамму, с целью оценки степени лейкоцитарной реакции и состояния микробиоценоза уретры, влагалища, цервикального канала 2) Молекулярно-биологическое исследование: Исследование на <i>Chlamidia trachomatis</i> ; <i>Mycoplasma genitalium</i> ; <i>Neisseria gonorrhoeae</i> ; <i>Trichomonas vaginalis</i> ; <i>Ureaplasma parvum/urealyticum</i> ; с целью выявления возбудителя учитывая данные анамнеза: незащищенный половой контакт со случайным партнером неделю назад. 3) Культуральное исследование. Посев из цервикального канала. С целью идентификации возбудителя и определением чувствительности к антибиотикам.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Для лечения данного заболевания будут использованы препараты следующих групп:
Э	-	Местные антисептики (повидон-йод), антибактериальная терапия системного и местного действия, учитывая данные культурального метода; антимикотические препараты;
P2	-	Выбраны верные группы препаратов .
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако не хватает еще двух групп препаратов.
P0	-	Ответ неверный.
B	5	Когда проводится контроль излеченности и каким методом?
Э	-	Проводится через 14 дней после окончания лечения ,

		культуральным методом (посев).
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ верный, но метод контроля излеченности выбран неправильно.
P0	-	Ответ неверный.
H	-	003
I	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В женскую консультацию обратилась женщина, 28 лет, с жалобами на обильные пенистые выделения из половых путей, зелено-жёлтого цвета с неприятным запахом, жжение в области влагалища, дискомфорт при мочеиспускании и половой жизни. Две недели назад – незащищенный половой акт со случайным партнером. Из анамнеза: менархе с 13 лет, менструации по 5 через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 16 лет, вне браке. Беременностей -0 . Контрацепция: отсутствует. Гинекологические заболевания отрицает. Перенесенные заболевания: детские инфекции; ОРВИ.</p> <p>При объективном осмотре: Состояние удовлетворительное, пульс 76 ударов в минуту, Артериальное давление 120/80 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах.</p> <p>Наружное отверстие уретры, вульва гиперемированы, отечны. В зеркалах: Слизистая влагалища и шейки матки гиперемирована, отечна.</p> <p>На шейке матки петехиальные кровоизлияния («Клубничная» шейка матки). Выделения обильные, зелено-жёлтые, пенистые, с неприятным запахом.</p> <p>PV: Матка в anterflexio versio, нормальных размеров, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки не пальпируются, их проекции без патологических изменений. Своды свободные.</p> <p>В анализе мазка на биоценоз: во влагалище, уретре и цервикальном канале обнаружена трихомонада; Лейкоцитов во влагалище - 50-100 в поле зрения, уретре- 10-20 в поле зрения, цервикальном канале -До 100 в поле зрения.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Урогенитальный трихомониаз.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Невозможно поставить диагноз без дополнительных методов исследования.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз поставлен на основании жалоб больной на обильные пенистые выделения из половых путей, зелено-жёлтого цвета с неприятным запахом, жжение в области влагалища, дискомфорт при мочеиспускании и половой жизни. Данные анамнеза: две недели назад – незащищенный половой акт со случайным партнером обильные, слизисто-гнойные выделения из половых

		путей, зуд и жжение в области влагалища, дискомфорт при мочеиспускании. Данных осмотра- Наружное отверстие уретры, вульва гиперемированы, отечны. В зеркалах: Слизистая влагалища и шейки матки гиперемирована, отечна. На шейке матки петехиальные кровоизлияния («Клубничная» шейка матки). Выделения обильные, зелено-жёлтые, пенистые, с неприятным запахом. Данные анализа мазка на биоценоз: во влагалище, уретре и цервикальном канале обнаружена трихомонада; Лейкоцитов во влагалище - 50-100 в поле зрения, уретре- 10-20 в поле зрения, цервикальном канале - До 100 в поле зрения.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Для обоснования диагноза необходимы дополнительные методы исследования
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано: 1) Молекулярно-биологическое исследование: Исследование на : <i>Chlamidia trachomatis</i> ; <i>Mycoplasma genitalium</i> ; <i>Neisseria gonorrhoeae</i> ; <i>Ureaplasma parvum/ urealiticum</i> ; <i>Trichomonas vaginalis</i> С целью подтверждения диагноза и исключения других ИППП и инфекций, обусловленных условно-патогенными микроорганизмами. 2) Микроскопию нативного препарата с целью выявления трихомонад. 3) Серологическое обследование на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Для лечения данного заболевания будут использованы препараты следующих групп:
Э	-	Терапия системного действия- Один из наиболее эффективных препаратов общего действия при трихомониазе — метронидазол. Наиболее приемлемый способ введения метронидазола — внутрь. Используют введение метронидазола в дозе 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 дней, или орнидазола внутрь 500 мг 2 раза в сутки 5 дней, или тинидазола внутрь 500 мг 2 раза в сутки 5 дней. Для местного лечения с успехом применяют препараты, содержащие метронидазол и миконазол. Это могут быть

		вагинальные свечи, кремы, вагинальные таблетки (неопенотран ©, тержинан ©, клионД 100 ©).
P2	-	Выбраны верные группы препаратов .
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако не хватает еще других групп антибактериальных препаратов.
P0	-	Ответ неверный.
V	5	Когда проводится контроль излеченности ?
Э	-	Контроль результатов лечения проводят через 14 дней после окончания курса на основании микроскопического, культурального метода, методов амплификации РНК (NASBA); на основании методов амплификации ДНК (ПЦР) – через 4 недели. При отрицательных результатах обследования пациентка дальнейшему наблюдению не подлежит.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ верный, но необходимо дополнительно проведение провокационных проб.
P0	-	Ответ неверный.
H	-	004
I	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В женскую консультацию обратилась женщина, 40 лет, с жалобами на обильные гноевидные, сливкообразные выделения из половых путей, нарушения мочеиспускания, появившиеся сразу после менструации. В предыдущем месяце был незащищенный половой контакт со случайным партнером. Из анамнеза: менархе с 14 лет, менструации по 4 через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Последние менструации начались 6 дней назад. Половая жизнь с 17 лет, в браке. Беременностей -3 Роды- 2 Аборт-1 . Контрацепция: КОК - Ярина . Гинекологические заболевания : Хронический сальпингоофорит, последнее обострение 1 год назад. Перенесенные заболевания: детские инфекции; ОРВИ.</p> <p>При объективном осмотре: Состояние удовлетворительное, пульс 76 ударов в минуту, Артериальное давление 120/80 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах.</p> <p>Наружное отверстие уретры гиперемировано, отечно, со слизисто-гнойным отделяемым.</p> <p>В зеркалах: Слизистая влагалища и шейки матки гиперемирована, отечна. На шейке матки дефект эпителия в виде красного пятна, с резко очерченными краями, дно покрыто гноевидным налетом. Выделения гноевидные, серые, сливкообразные.</p> <p>PV: Матка в anterflexio versio, нормальных размеров, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки не пальпируются. Своды свободные.</p>
V	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполовых путей,

		свежая, острая
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Невозможно поставить диагноз без дополнительных методов исследования.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз поставлен на основании жалоб больной на обильные гнойные, сливкообразные выделения из половых путей, нарушения мочеиспускания, появившиеся сразу после менструации. Данные анамнеза: в предыдущем месяце – незащищенный половой акт со случайным партнером. Данных осмотра- Наружное отверстие уретры гиперемировано, отечно, со слизисто-гнойным отделяемым.</p> <p>В зеркалах: Слизистая влагалища и шейки матки гиперемирована, отечна. На шейке матки дефект эпителия в виде красного пятна, с резко очерченными краями, дно покрыто гнойным налетом. Выделения гнойные, серые, сливкообразные.</p> <p>Длительность и выраженность клинических проявлений заболевания указывают, что заболевание свежее и острое.</p> <p>Для подтверждения диагноза необходимо проведение лабораторных исследований.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Для обоснования диагноза необходимы дополнительные методы исследования
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	<p>Пациенту рекомендовано: 1) Микробиоценоз из трех точек: влагалище, уретра, цервикальный канал, с целью подтверждения диагноза и выявления диплококков.</p> <p>2) Культуральное исследование с использованием селективных питательных сред и определением ферментативных свойств <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (оксидазный тест и тесты ферментации сахаров) с определением чувствительности гонококков к antimicrobial препаратам.</p> <p>3) Молекулярно-биологическое исследование: обнаружение ДНК и/или РНК <i>Neisseria gonorrhoeae</i>, <i>Trichomonas vaginalis</i>, <i>Chlamidia trachomatis</i>, <i>Mycoplasma genitalium</i>, <i>Ureaplasma parvum/ urealiticum</i> с целью подтверждения диагноза и исключения других ИППП и инфекций, обусловленных условно-патогенными микроорганизмами.</p> <p>4) Серологическое обследование на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С.</p>
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	<p>План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.</p> <p>или</p> <p>Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.</p>

P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
V	4	Лечение данного заболевания заключается в:
Э	-	антибактериальная терапия –цефалоспорины III поколения (цефтриаксон или цефиксим): цефтриаксон внутримышечно 0,5 г однократно; цефиксим внутрь 0,4 г однократно. Альтернативная терапия: аминогликозиды - спектиномицин внутримышечно 2 г однократно. Одновременное лечение половых партнёров является обязательным.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов .
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако не хватает еще других групп препаратов.
P0	-	Ответ неверный.
V	5	Когда проводится контроль излеченности ?
Э	-	Установление излеченности гонококковой инфекции (через 14 дней после окончания терапии) проводится на основании культурального метода исследования. При отрицательных результатах обследования пациентка дальнейшему наблюдению не подлежит.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ верный, но не хватает других вариантов провокационных проб.
P0	-	Ответ неверный.
H	-	005
I	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В женскую консультацию обратилась женщина 38 лет по поводу выделений. В прошлом году дважды было выполнено цитологическое исследование мазков с шейки матки: атипии клеток не выявлено, ВПЧ тест позитивный, дважды выявлен ВПЧ высокого онкогенного риска (16 тип). Лечение по поводу заболеваний шейки матки не было. Из анамнеза: менархе с 13 лет, менструации по 5 через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 22 лет, вне брака. Беременностей - 7 . Роды - 1. Аборты - 6 . Контрацепция: барьерный метод - презерватив. Гинекологические заболевания: Ранее лечилась по поводу гонореи, контроль отрицательный. Перенесенные заболевания: детские инфекции; ОРВИ. Курит.</p> <p>При объективном осмотре: Состояние удовлетворительное, пульс 76 ударов в минуту, Артериальное давление 120/80 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах.</p> <p>Наружные половые органы без особенностей.</p>

		<p>В зеркалах: Слизистая влагалища розового цвета, на шейке матки – локальное изменение эпителиального покрова на задней губе, диаметром 1,5 см.</p> <p>Выделения слизистые, умеренные.</p> <p>PV: Матка в anterflexio versio, нормальных размеров, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки не пальпируются. Своды свободные.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	LSIL
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	+	Невозможно поставить диагноз без дополнительных методов исследования.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какой метод исследования необходимо провести в первую очередь, с целью подтверждения диагноза.
Э	-	Необходимо провести цитологическое исследование эпителия шейки матки.
P2	-	Ответ верен.
P1	-	Ответ верен, но возможно вместо цитологического исследования выполнить вирусологическое исследование.
P0	-	Ответ неверен.
В	3	Составьте план обследования пациента.
Э	-	После цитологического исследования необходимо выполнение кольпоскопического исследования эпителия шейки матки с прицельной биопсией.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако необходимо еще вирусологическое исследование.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	При гистологическом заключении биопсийного материала: HSIL дальнейшее лечение включает:
Э	-	показана экцизия шейки матки с минимальным термическим повреждением материала для последующего качественного гистологического исследования.
P2	-	Ответ верен.
P1	-	Ответ верен, но возможно оставить пациентку под динамическим наблюдением и повторить данные методы исследования через 6 месяцев.
P0	-	Ответ неверный.
В	5	После деструктивных методов и хирургического лечения осмотр шейки матки и кольпоскопию проводят через
Э	-	6-8 недель
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ верный, но возможно проведение контроля через год.

Р0	-	Ответ неверный.																					
Н	-	006																					
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>																					
У	-	<p>Пациентка , 25 лет, поступила в отделение гинекологии в экстренном порядке с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры тела до 38,0С. Считает себя больной в течение трех дней, когда появились тянущие боли внизу живота, слабость, повышение температуры до 38,0 С. Принимала но-шпу, спазмалгон, парацетамол - без выраженного положительного эффекта. В связи с усилением болей вызвала СМП, госпитализирована в стационар.</p> <p>Гинекологический анамнез: Менархе с 13 лет, менструации по 4-5 дней через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Последние менструации - в срок, начались 7 дней назад. Половая жизнь с 19 лет, в браке.</p> <p>Контрацепция: не предохраняется.</p> <p>Гинекологические заболевания отрицает.</p> <p>Беременность II , Роды-I ( без осложнений), Аборты-I ( без осложнений)</p> <p>Хронические заболевания: Хронический гастрит.</p> <p>Перенесенные операции: 2010 год - лапароскопическая аппендэктомия.</p> <p>Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания, ВИЧ, переливание крови в анамнезе отрицает.</p> <p>Объективно:</p> <p>Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела на момент осмотра 37,7С, пульс 86/мин, АД 120/70 мм рт ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, болезненный при пальпации в нижних отделах.</p> <p>Перитонеальные симптомы отрицательные. Стул оформленный.</p> <p>Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Выделения из половых путей скудные, гнойные.</p> <p>Гинекологический осмотр:</p> <p>PS: Слизистая влагалища и шейки матки без патологических изменений.</p> <p>PV: Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Тело матки нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненно. Придатки с обеих сторон тяжисты, резко болезненны при пальпации. Своды свободные.</p> <p>Данные лабораторных исследований:</p> <p>1. Клинический анализ крови:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Показатель</th> <th>Результат</th> <th>Единицы измерения</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Лейкоциты</td> <td>11,8</td> <td>10<sup>9</sup>/л</td> </tr> <tr> <td>Нейтрофилы общие</td> <td>81,3</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>Лимфоциты</td> <td>13,6</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>Моноциты</td> <td>3,1</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>Эозинофилы</td> <td>1,4</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>Базофилы</td> <td>0,6</td> <td>%</td> </tr> </tbody> </table>	Показатель	Результат	Единицы измерения	Лейкоциты	11,8	10 <sup>9</sup> /л	Нейтрофилы общие	81,3	%	Лимфоциты	13,6	%	Моноциты	3,1	%	Эозинофилы	1,4	%	Базофилы	0,6	%
Показатель	Результат	Единицы измерения																					
Лейкоциты	11,8	10 <sup>9</sup> /л																					
Нейтрофилы общие	81,3	%																					
Лимфоциты	13,6	%																					
Моноциты	3,1	%																					
Эозинофилы	1,4	%																					
Базофилы	0,6	%																					

Нейтрофилы, абсолютное количество	7,4	10 <sup>9</sup> /л
Лимфоциты, абсолютное количество	1,2	10 <sup>9</sup> /л
Моноциты, абсолютное количество	0,3	10 <sup>9</sup> /л
Эозинофилы, абсолютное количество	0,1	10 <sup>9</sup> /л
Базофилы, абсолютное количество	0,1	10 <sup>9</sup> /л
Эритроциты	4,1	10 <sup>12</sup> /л
Гемоглобин	120	г/л
Гематокрит	0,344	л/л
Средний объем эритроцита	86,5	фл
Среднее содержание гемоглобина в эритроците	30,1	пг
Средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах	348	г/л
Распределение эритроцитов по объему	13,3	%
Количество тромбоцитов	320	10 <sup>9</sup> /л
Средний объем тромбоцитов	11,8	фл
Тромбокрит	0,258	10 <sup>2</sup> л/л
Распределение тромбоцитов по объему	16,2	%
Лейкоцитарная формула (микроскопия)		
Нейтрофилы палочкоядерные	18	%
Нейтрофилы сегментоядерные	73	%
Лимфоциты	5	%
Моноциты	4	%
<b>2. Общий анализ мочи</b>		
Показатель	Результат	Единицы измерения
Глюкоза	Норма	ммоль/л
Белок	+ - (0.1г/л)	г/л
Билирубин	-	мкмоль/л
Уробилиноген	Норма	мкмоль/л
РН	5,0	
Кровь	-	мг/л
Кетоны	-	мг/л
Нитриты	-	
Лейкоциты	Не обнаружено	мкл
Прозрачность	Прозрачная	
Удельный вес	1,016	
Цвет	Светло-желтый	
<b>3. Биохимический анализ крови</b>		
Показатель	Результат	Единицы измерения
Общий белок	70	г/л
АЛТ	21	Ед/л
АСТ	30	Ед/л
Билирубин общий	16	мкмоль/л
Глюкоза	4,3	ммоль/л
Креатинин	48	мкмоль/л
Мочевина	5,0	ммоль/л

		<p>4. Микробиоценоз из трех точек: влагалище, уретра, цервикальный канал.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Наименование теста</th> <th>Влагалище</th> <th>Уретра</th> <th>Ц/канал</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Гарднерелла</td> <td>Не обнаружена</td> <td>Не обнаружена</td> <td>Не обнаружена</td> </tr> <tr> <td>Трихомонада</td> <td>Не обнаружена</td> <td>не обнаружена</td> <td>Не обнаружена</td> </tr> <tr> <td>Особенности микрофлоры</td> <td>Палочки-скудная</td> <td>Палочки-скудная</td> <td>Палочки-скудная</td> </tr> <tr> <td>Слизь</td> <td>Скудная</td> <td>умеренная</td> <td>скудная</td> </tr> <tr> <td>Лейкоциты</td> <td>50-100 в поле зрения</td> <td>единичные</td> <td>Покрывают все поле зрения</td> </tr> <tr> <td>Грибы</td> <td>Не обнаружены</td> <td>Не обнаружены</td> <td>Не обнаружены</td> </tr> <tr> <td>Гонококки</td> <td>Не обнаружены</td> <td>Не обнаружены</td> <td>Не обнаружены</td> </tr> <tr> <td>Эпителиальные клетки</td> <td>Плоские единичные в поле зрения</td> <td>Плоские единичные в</td> <td>поле зрения Плоские единичные в поле зрения</td> </tr> </tbody> </table> <p>5. Цитологический мазок Шейка матки - типический плоский эпителий. Цервикальный канал - типический плоский и эндоцервикальный эпителий.</p> <p>6. УЗИ органов малого таза: Матка размерами 5,3*4,0*5,0 см, структура миометрия однородная. Эндометрий 0,4 см. Правый яичник 2,9*2,1 см, левый яичник 2,6*2,0 см. За маткой незначительное количество свободной жидкости.</p>	Наименование теста	Влагалище	Уретра	Ц/канал	Гарднерелла	Не обнаружена	Не обнаружена	Не обнаружена	Трихомонада	Не обнаружена	не обнаружена	Не обнаружена	Особенности микрофлоры	Палочки-скудная	Палочки-скудная	Палочки-скудная	Слизь	Скудная	умеренная	скудная	Лейкоциты	50-100 в поле зрения	единичные	Покрывают все поле зрения	Грибы	Не обнаружены	Не обнаружены	Не обнаружены	Гонококки	Не обнаружены	Не обнаружены	Не обнаружены	Эпителиальные клетки	Плоские единичные в поле зрения	Плоские единичные в	поле зрения Плоские единичные в поле зрения
Наименование теста	Влагалище	Уретра	Ц/канал																																			
Гарднерелла	Не обнаружена	Не обнаружена	Не обнаружена																																			
Трихомонада	Не обнаружена	не обнаружена	Не обнаружена																																			
Особенности микрофлоры	Палочки-скудная	Палочки-скудная	Палочки-скудная																																			
Слизь	Скудная	умеренная	скудная																																			
Лейкоциты	50-100 в поле зрения	единичные	Покрывают все поле зрения																																			
Грибы	Не обнаружены	Не обнаружены	Не обнаружены																																			
Гонококки	Не обнаружены	Не обнаружены	Не обнаружены																																			
Эпителиальные клетки	Плоские единичные в поле зрения	Плоские единичные в	поле зрения Плоские единичные в поле зрения																																			
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.																																				
Э	-	Острый двухсторонний сальпингоофорит																																				
Р2	-	Диагноз поставлен верно.																																				
Р1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.																																				
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.																																				
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.																																				
Э	-	Диагноз острый двухсторонний сальпингоофорит установлен на основании жалоб больной на боли внизу живота, повышение																																				

		температуры тела до 38,0С, данных анамнеза (контрацепция: не предохраняется, связь ухудшения с менструациями, увеличение количества вагинальных выделений), данных гинекологического осмотра : придатки с обеих сторон тяжисты, резко болезненны при пальпации, данных лабораторных методов исследования (лейкоцитоз в крови, повышения лейкоцитов в мазке на флору), данных УЗИ.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациентке рекомендовано: гинекологический осмотр с целью выявления стандартных признаков воспаления: напряжение мышц в нижней части живота, усиление болезненности при гинекологическом осмотре, увеличение придатков с одной стороны или с обеих сторон, выраженное усиление боли при попытке смещения шейки матки вверх, проведение клинического и биохимического анализов крови для оценки воспалительных проявлений (повышений лейкоцитов в крови, ускорение СОЭ, изменения в биохимическом анализе крови); исследование цитологического мазка и микробиоценоза из трех точек: влагалище, уретра, цервикальный канал для проверки степени чистоты мазка и обнаружения микробов, которые могли стать причиной сальпингоофорита, ПЦР-диагностика на хронические инфекции (хламидии, вирусы, микоплазмы, уреаплазмы), бактериальный посев из эндоцервикса с определением чувствительности микробов к противомикробным препаратам, УЗ-исследование органов малого таза для оценки области придатков и исключения осложненных форм заболевания.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.

В	4	Оказание помощи на догоспитальном этапе :
Э	-	Бактериальный посев из цервикального канала с определением чувствительности к антибиотикам, ПЦР-диагностика инфекций, назначение антибактериальной терапии широкого спектра действия совместно с антианаэробными препаратами (метронидазол, тенидазол, орнидазол), спазмолитическая терапия: но-шпа.
P2	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана полностью верно
P1	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана не полностью
P0	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана не верно
В	5	<b>Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?</b>
Э	-	1. Холод на низ живота 2. Антибактериальная терапия (а/б широкого спектра действия совместно с антианаэробными препаратами (метронидазол, тенидазол, орнидазол) в течение 7-10 дней 3. Инфузионная, спазмолитическая терапия 4. Противовоспалительная терапия (НПВС - свечи Диклофенак, Индометацин ректально) 5. Контроль клинического анализа крови, общего анализа мочи через 7 дней после начала терапии
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	007
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Пациентка, 48 лет, поступила в отделение гинекологии в экстренном порядке с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры до 38-38,9 С с ознобом, гнойные выделения из половых путей. Считает себя больной в течение последних трех недель, когда появились тянущие боли внизу живота, периодические подъемы температуры тела до 37,2-37,5 С, к врачу не обращалась, принимала но-шпу, пенталгин - с незначительным положительным эффектом. В связи с усилением болей, повышением температуры тела до 39,0 С, появлением озноба, вызвала СМП, госпитализирована в стационар. Последний осмотр гинеколога 15 лет назад. Гинекологический анамнез: менархе в 12 лет, менструации по 5 через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Последние

менструации – 3 недели назад.  
 Беременности-III, Роды-I (без осложнений), Аборты-II (без осложнений).  
 Половая жизнь с 18 лет, в браке. Имеет 2-х половых партнеров.  
 Контрацепция: ВМК в течение последних 15 лет.  
 Гинекологические заболевания отрицает.  
 Хронические заболевания: отрицает.  
 Перенесенные операции: отрицает.  
 Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания, ВИЧ, переливание крови в анамнезе отрицает.  
 Объективно:  
 Состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, пульс 96/мин, АД 110/70 мм рт ст. ЧДД - 19. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот подвздут, болезненный при пальпации в нижних отделах. Перитонеальные симптомы слабо положительные в нижних отделах живота. Перистальтика выслушивается. Стул однократный, жидкий 12 часов назад. Мочеиспускание свободное, безболезненное.  
 Гинекологический осмотр:  
 PS: Стенки влагалища гиперемированы, эпителий шейки матки покрыт визуально неизменным эпителием. Из цервикального канала свисают нити ВМК. Выделения гнойные, обильные  
 PV: Шейка матки цилиндрической формы. Матка нормальных размеров и формы, плотная, подвижная, безболезненная. Справа придатки не увеличены, тяжисты, умеренно болезненны при пальпации. Слева от матки пальпируется образование 8 x7x7 см, ограничено подвижное, болезненное при пальпации. Движения за шейку матки болезненны.  
 Данные лабораторных исследований:

1. Клинический анализ крови

Показатель	Результат	Единицы измерения
Лейкоциты	15,0	10 <sup>9</sup> /л
Нейтрофилы общие	81,3	%
Лимфоциты	13,	%
Моноциты	3,1	%
Эозинофилы	1,4	%
Базофилы	0,6	%
Нейтрофилы, абсолютное количество	7,4	10 <sup>9</sup> /л
Лимфоциты, абсолютное количество	1,2	10 <sup>9</sup> /л
Моноциты, абсолютное количество	0,3	10 <sup>9</sup> /л
Эозинофилы, абсолютное количество	0,1	10 <sup>9</sup> /л
Базофилы, абсолютное количество	0,1	10 <sup>9</sup> /л
Эритроциты	4,0	10 <sup>12</sup> /л
Гемоглобин	125	г/л
Гематокрит	0,344	л/л
Средний объем эритроцита	86,5	фл
Среднее содержание гемоглобина в эритроците	30,1	пг

	Средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах	348	г/л
	Распределение эритроцитов по объему	13,3	%
	Количество тромбоцитов	255	10 <sup>9</sup> /л
	Средний объем тромбоцитов	11,8	фл
	Тромбокрит	0,258	10 <sup>2</sup> л/л
	Распределение тромбоцитов по объему	16,2	%
	Лейкоцитарная формула (микроскопия)		
	Нейтрофилы палочкоядерные	13	%
	Нейтрофилы сегментоядерные	67	%
	Лимфоциты	19	%
	Моноциты	1	%
<b>2. Биохимический анализ крови</b>			
	Показатель	Результат	Единицы измерения
	Общий белок	70	г/л
	АЛТ	21	Ед/л
	АСТ	30	Ед/л
	Билирубин общий	16	мкмоль/л
	Глюкоза	4,3	ммоль/л
	Креатинин	48	мкмоль/л
	Мочевина	5,0	ммоль/л
<b>3. Общий анализ мочи</b>			
	Показатель	Результат	Единицы измерения
	Глюкоза	Норма	ммоль/л
	Белок	+ (0.1г/л)	г/л
	Билирубин	-	мкмоль/л
	Уробилиноген	Норма	мкмоль/л
	РН	5,0	
	Кровь	-	мг/л
	Кетоны	-	мг/л
	Нитриты	-	
	Лейкоциты	+	мкл
	Прозрачность	Прозрачная	
	Удельный вес	1,020	
	Цвет	Светло-желтый	
<b>4. Микробиоценозис трех точек: влагалище, уретра, цервикальный канал.</b>			
	Наименование теста	Влагалище	Уретра Ц/канал
	Гарднерелла	Не обнаружена	Не обнаружена Не обнаружена
	Трихомонада	Не	не Не

			обнаружена	обнаружена	обнаружена
		Особенности микрофлоры	Палочки-скудная	Палочки-скудная	Палочки-скудная
		Слизь	скудная	умеренная	скудная
		Лейкоциты	50-100 в поле зрения	единичные	Покрывают все поля зрения
		Грибы	Не обнаружены	Не обнаружены	Не обнаружены
		Гонококки	Не обнаруж	ны Не обнаружены	Не обнаружены
		Эпителиальные клетки	Плоские единичные в поле зрения	Плоские единичные в поле зрения	Плоские единичные в поле зрения
		<p>5.УЗИ органов малого таза: Матка 42*44*54 мм. Миометрий неоднородный, эндометрий 1,1см. В полости матки лоцируется ВМК. Правый яичник 3,3*2,7 см. Левый яичник 8,3*7,0 см с близко прилегающей маточной трубой, содержащей в просвете гипоехогенную жидкость около 7 мл (гной), контуры неровные. В структуре левого яичника анэхогенные образования диаметром 30-33 мм до 3 в эхосрезе. За маткой свободная жидкость в количестве около 100 мл.</p> <p>6. Цитологический мазок: Шейка матки - типический плоский эпителий. Цервикальный канал - типический плоский и эндоцервикальный эпителий.</p>			
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.			
Э	-	Острый эндометрит. Обострение хронического двухстороннего сальпингооофорита с формированием тубоовариального образования слева на фоне ВМК. Осложнение: Пельвиоперитонит.			
P2	-	Диагноз поставлен верно.			
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.			
P0	-	Диагноз поставлен неверно.			
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.			
Э	-	Диагноз Острый эндометрит. Обострение хронического двухстороннего сальпингооофорита с формированием тубоовариального образования слева на фоне ВМК. Осложнение: Пельвиоперитонит. Диагноз установлен на основании жалоб больной на боли внизу			

		живота, повышение температуры до 38-38,9 С с ознобом, гнойные выделения из половых путей, данных анамнеза ( последний осмотр гинеколога 15 лет назад, Имеет 2-х половых партнеров, контрацепция: ВМК в течение последних 15 лет), данных объективного осмотра: состояние средней тяжести, живот вздут, болезненный в нижних отделах, перитонеальные симптомы слабо положительные в нижних отделах живота, стул однократный, жидкий 12 часов назад, данных гинекологического осмотра : шейка матки цилиндрической формы. Матка нормальных размеров и формы, плотная, подвижная, безболезненная. Справа придатки не увеличены, тяжисты, умеренно болезненны при пальпации. Слева от матки пальпируется образование 8 x7x7 см, ограничено подвижное, болезненное при пальпации. Движения за шейку матки болезненны, данных лабораторных методов исследования (лейкоцитоз, нейтрофилез в крови, повышения лейкоцитов в мазке на флору), данных УЗИ. В полости матки лоцируется ВМК. Правый яичник 3,3*2,7 см. Левый яичник 8,3*7,0 см с близко прилегающей маточной трубой, содержащей в просвете гипоехогенную жидкость около 7 мл (гной), контуры неровные. В структуре левого яичника анэхогенные образования диаметром 30-33 мм до 3 в эхосреде. За маткой свободная жидкость в количестве около 100 мл.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациентке рекомендовано: гинекологический осмотр с целью выявления стандартных признаков воспаления: напряжение мышц в нижней части живота, усиление болезненности при гинекологическом осмотре, увеличение придатков с одной стороны или с обеих сторон, выраженное усиление боли при попытке смещения шейки матки вверх, проведение клинического и биохимического анализов крови для оценки воспалительных проявлений (повышений лейкоцитов в крови, ускорение СОЭ, нейтрофилез, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, изменения в биохимическом анализе крови); исследование цитологического мазка и микробиоценоза из трех точек: влагалище, уретра, цервикальный канал для проверки степени чистоты мазка и обнаружения микробов, которые могли стать причиной сальпингоофорита, ПЦР-диагностика на хронические инфекции (хламидии, вирусы, микоплазмы, уреаплазмы), бактериальный посев из эндоцервикса с определением чувствительности микробов к противомикробным препаратам, УЗ-исследование органов малого таза для оценки области придатков. Удаление ВМК, взятие цитологического мазка - отпечатка.

P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
V	4	Профилактика на догоспитальном этапе:
Э	-	1.Лечение (своевременное и квалифицированное) любых заболеваний органов малого таза 2.Использование барьерных средств контрацепции, своевременное удаление ВМК. 3.Полное исключение случайных сексуальных контактов 4.Регулярное (2 раза в год) посещение гинеколога. 5.Соблюдение норм интимной и личной гигиены.
P2	-	Профилактика на догоспитальном этапе указана полностью верно
P1	-	Профилактика на догоспитальном этапе указана не полностью
P0	-	Профилактика на догоспитальном этапе указана не верно
V	5	<b>Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?</b>
Э	-	1.Удаление ВМК, взятие цитологического мазка - отпечатка. 2.Нижнесрединная лапаротомия. Экстирпация матки с левыми придатками и правой маточной трубой. Ревизия, санация и дренирование брюшной полости. 3.Антибактериальная терапия (цефтриаксон, цефотаксим) 4.Противопротозойные препараты с антибактериальной активностью (метрогил) 5.Инфузионная, спазмолитическая терапия 6.Противовоспалительная терапия (свечи Диклофенак, Идометацин) 7.Контроль клинического анализа крови, общего анализа мочи
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

Н	-	008
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	
		<p>Пациентка, 36 лет, поступила в отделение гинекологии в экстренном порядке с жалобами на боли внизу живота, учащенное мочеиспускание, повышение температуры до 38-38,5 С с ознобом, сливкообразные обильные выделения из половых путей. Считает себя больной в течение двух дней, когда сразу после менструации появились выделения и постепенно усиливающиеся боли внизу живота, учащенное мочеиспускание, повышение температуры тела до 37.5С. К врачу не обращалась, принимала но-шпу, пенталгин - с незначительным положительным эффектом. В связи с ухудшением самочувствия, повышением температуры тела с ознобом, вызвала СМП, госпитализирована в стационар. Из анамнеза известно, что три недели назад имела место незащищенная случайная половая связь.</p> <p>Гинекологический анамнез: Менархе с 13 лет, менструации по 3 дня через 28 дней, регулярные, умеренные, болезненные. Последние менструации начались в срок, 5 дней назад. Половая жизнь с 17 лет, вне брака. Контрацепция: презерватив (не всегда). Гинекологические заболевания отрицает. Беременность II , Роды-I (без осложнений), Аборты-I (без осложнений) Хронические заболевания: отрицает. Перенесенные операции: отрицает. Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания, ВИЧ, переливание крови в анамнезе отрицает. Объективно: Состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные. Пульс 86/мин, АД 110/70 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот подвздут, болезненный при пальпации в нижних отделах. Перитонеальные симптомы положительные в нижних отделах. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Гинекологический осмотр: В зеркалах: Слизистая влагалища гиперемирована, эпителий шейки матки покрыт визуальным неизменным эпителием. Выделения из цервикального канала гнойные, обильные. PV: Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт, тракции за шейку матки болезненные. Тело матки нормальных размеров, плотное. Придатки утолщены, отчетливо не контурируются из-за резкого напряжения и болезненности передней брюшной стенки. Задний свод влагалища нависает, резко болезненный при пальпации. Данные лабораторных исследований:</p>

1. Клинический анализ крови		
Показатель	Результат	Единицы измерения
Лейкоциты	18,	10 <sup>9</sup> /л
Нейтрофилы общие	81,3	%
Лимфоциты	13,6	%
Моноциты	3,1	%
Эозинофилы	1,4	%
Базофилы	0,6	%
Нейтрофилы, абсолютное количество	7,4	10 <sup>9</sup> /л
Лимфоциты, абсолютное количество	1,2	10 <sup>9</sup> /л
Моноциты, абсолютное количество	0,3	10 <sup>9</sup> /л
Эозинофилы, абсолютное количество	0,1	10 <sup>9</sup> /л
Базофилы, абсолютное количество	0,1	10 <sup>9</sup> /л
Эритроциты	4,0	10 <sup>12</sup> /л
Гемоглобин	125	г/л
Гематокрит	0,344	л/л
Средний объем эритроцита	86,5	фл
Среднее содержание гемоглобина в эритроците	30,1	пг
Средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах	348	г/л
Распределение эритроцитов по объему	13,3	%
Количество тромбоцитов	255	10 <sup>9</sup> /л
Средний объем тромбоцитов	11,8	фл
Тромбокрит	0,258	10 <sup>2</sup> л/л
Распределение тромбоцитов по объему	16,2	%
<b>Лейкоцитарная формула (микроскопия)</b>		
Нейтрофилы палочкоядерные	18	%
Нейтрофилы сегментоядерные	73	%
Лимфоциты	5	%
Моноциты	4	%
2. Биохимический анализ крови		
Показатель	Результат	Единицы измерения
Общий белок	70	г/л
АЛТ	21	Ед/л
АСТ	30	Ед/л
Билирубин общий	16	мкмоль/л
Глюкоза	4,3	ммоль/л
Креат	нин 48	мкмоль/л
Мочевина	5,0	ммоль/л
3. Общий анализ мочи		
Показатель	Результат	Единицы измерения

		Глюкоза	Норма	ммоль/л
		Белок	+ - (0.1г/л)	г/л
		Билирубин	-	мкмоль/л
		Уробилиноген	Норма	мкмоль/л
		РН	5,0	
		Кровь	-	мг/л
		Кетоны	-	мг/л
		Нитриты	-	
		Лейкоциты	+++	мкл
		Прозрачность	Прозрачная	
		Удельный вес	1,020	
		Цвет	Светло-желтый	
		4. Микробиоценоз трех точек: влагалище, уретра, цервикальный канал.		
		<b>Наименование теста</b>	<b>Влагалище</b>	<b>Уретра</b>
		Гарднерелла	Не обнаружена	Не обнаружена
		Трихомонада	Не обнаружена	не обнаружена
		Особенности микрофлоры	Палочки-скудная	Палочки-скудная
		Слизь	скудная	умеренная
		Лейкоциты	50-100 в поле зрения	10-20
		Грибы	Не обнаружены	Не обнаружены
		Гонококки	обнаружены	обнаружены
		Эпителиальные клетки	Плоские единичные в поле зрения	Плоские единичные в поле зрения
		5. УЗИ органов малого таза: Матка 5,4*3,6*5.2 см, миометрий однородный, эндометрий 7 мм. Правый яичник 2,7*2,5 см, левый яичник 2,1*2,0 см. Маточные трубы лоцируются, содержат жидкость. За маткой умеренное количество свободной жидкости гипозохогенной эхоструктуры (гной). 6. Цитологический мазок: Шейка матки - типический плоский эпителий. Цервикальный канал - типический плоский и эндоцервикальный эпителий.		
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.		
Э	-	Острый двухсторонний сальпингоофорит специфической (гонорейной) этиологии. Пельвиоперитонит.		
Р2	-	Диагноз поставлен верно.		

P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз: Острый двухсторонний сальпингооофорит специфической (гонорейной) этиологии. Пельвиоперитонит. Диагноз установлен на основании жалоб больной - боли внизу живота, учащенное мочеиспускание, повышение температуры до 38-38,5 С с ознобом, сливкообразные обильные выделения из половых путей, данных анамнеза (три недели назад имела место незащищенная случайная половая связь, связь ухудшения с менструациями), данных объективного осмотра: состояние средней тяжести, пульс 86/мин, АД 110/70 мм рт ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот подвздут, болезненный в нижних отделах. Перитонеальные симптомы положительные в нижних отделах, данных гинекологического осмотра: шейка матки цилиндрической формы, тракции за шейку матки болезненные. Тело матки нормальных размеров, плотное. Придатки утолщены, отчетливо не контурируются из-за резкого напряжения и болезненности передней брюшной стенки. Задний свод влагалища нависает, резко болезненный при пальпации, данных лабораторных методов исследования (лейкоцитоз, нейтрофилез в крови, повышения лейкоцитов в мазке на флору, Гн +), данных УЗИ. Маточные трубы лоцируются, содержат жидкость. За маткой умеренное количество свободной жидкости гипэхогенной эхоструктуры (гной).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациентке рекомендовано: гинекологический осмотр с целью выявления стандартных признаков воспаления: напряжение мышц в нижней части живота, усиление болезненности при гинекологическом осмотре, увеличение придатков с одной стороны или с обеих сторон, выраженное усиление боли при попытке смещения шейки матки вверх, проведение клинического и биохимического анализов крови для оценки воспалительных проявлений (повышений лейкоцитов в крови, ускорение СОЭ, нейтрофилез, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, изменения в биохимическом анализе крови); исследование цитологического мазка и микробиоценоза из трех точек: влагалище, уретра, цервикальный канал для проверки степени чистоты мазка и обнаружения микробов, которые могли

		стать причиной воспаления, ПЦР-диагностика на хронические инфекции (хламидии, вирусы, микоплазмы, уреаплазмы), бактериальный посев из эндоцервикса с определением чувствительности микробов к противомикробным препаратам, УЗ-исследование органов малого таза для оценки области придатков.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
V	4	Профилактика на догоспитальном этапе:
Э	-	1.Лечение (своевременное и квалифицированное) любых заболеваний органов малого таза 2.Использование барьерных средств контрацепции. 3.Полное исключение случайных сексуальных контактов 4.Регулярное (2 раза в год) посещение гинеколога. 5.Соблюдение норм интимной и личной гигиены.
P2	-	Профилактика на догоспитальном этапе указана полностью верно
P1	-	Профилактика на догоспитальном этапе указана не полностью
P0	-	Профилактика на догоспитальном этапе указана не верно
V	5	<b>Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?</b>
Э	-	1. Антибактериальная терапия (цефтиаксон, цефотаксим) 2. Противопротазойные препараты с антибактериальной активностью (метрогил) 3. Инфузионная, спазмолитическая терапия 4. Противовоспалительная терапия (свечи Диклофенак, Идометацин) 5. Холод на низ живота 6. Контроль клинического анализа крови, общего анализа мочи 7. Лечение полового партнера

P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
H	-	009
I	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Пациентка 34 лет, поступила в отделение гинекологии в экстренном порядке с жалобами на тянущие боли внизу живота, учащенное мочеиспускание, озноб с повышением температуры до 38,5-39 С, обильные сливкообразные выделения из половых путей. Считает себя больной в течение трех дней, когда после менструации появились выделения из половых путей и постепенно усиливающиеся боли внизу живота, учащенное мочеиспускание, повышение температуры тела до 37.5С. К врачу не обращалась, самостоятельно принимала спазмолитические и анальгезирующие препараты - с незначительным положительным эффектом. В связи с ухудшением самочувствия, повышением температуры тела с ознобом, вызвала СМП, госпитализирована в стационар. Из анамнеза известно, что три недели назад – смена полового партнера, контрацепция - прерванный половой акт.</p> <p>Гинекологический анамнез: Менархе с 13 лет, менструации по 3 дня через 28 дней, регулярные, умеренные, болезненные. Последняя менструация началась в срок, 7 дней назад.</p> <p>Гинекологические заболевания отрицает.</p> <p>Беременности – 2, Роды - 1 (самопроизвольные, без осложнений). Аборты – 1 (медикаментозное прерывание беременности на сроке 6 недель, без осложнений).</p> <p>Половая жизнь с 17 лет, вне брака. Контрацепция: барьерная - презерватив (периодически), прерванный половой акт (периодически). Хронические заболевания: отрицает.</p> <p>Перенесенные операции: отрицает.</p> <p>Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания, ВИЧ, переливание крови в анамнезе отрицает.</p> <p>Объективно: Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, бледные. Пульс 96 ударов в 1 мин, АД 115/75 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот несколько вздут, болезненный при пальпации в нижних отделах. Перитонеальные симптомы положительные в нижних отделах. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное.</p> <p>Гинекологический осмотр: В зеркалах: Слизистая влагалища гиперемирована. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев щелевидный. Слизистая влагалищной части шейки матки визуально не изменена. Выделения из цервикального канала гнойные, обильные.</p> <p>РВ: тело матки не увеличено, плотное, подвижное, умеренно</p>

чувствительно при пальпации. Пальпация правых и левых придатков затруднена из-за выраженной болезненности, придатки отчетливо не контурируются. Пальпация области малого таза затруднена вследствие выраженного напряжения и болезненности передней брюшной стенки. Задний свод влагалища нависает, резко болезненный при пальпации. Тракции за шейку матки резко болезненные.

Данные клинико-лабораторного обследования:

1. Клинический анализ крови

Показатель	Результат	Единицы измерения
Лейкоциты	18,	00 10 <sup>9</sup> /л
Нейтрофилы общие	81,3	%
Лимфоциты	13,6	%
Моноциты	3,1	%
Эозинофилы	1,4	%
Базофилы	0,6	%
Эритроциты	4,0	10 <sup>12</sup> /л
Гемоглобин	125	г/л
Гематокрит	0,344	л/л
Количество тромбоцитов	255	10 <sup>9</sup> /л
Средний объем тромбоцитов	11,8	фл
Лейкоцитарная формула (микроскопия)		
Нейтрофилы палочкоядерные	18	%
Нейтрофилы сегментоядерные	73	%
Лимфоциты	5	%
Моноциты	4	%

2. Биохимический анализ крови

Показатель	Результат	Единицы измерения
Общий белок	70	г/л
АЛТ	21	Ед/л
АСТ	30	Ед/л
Билирубин общий	16	мкмоль/л
Глюкоза	4,3	ммоль/л
Креат	нин 48	мкмоль/л
Мочевина	5,0	ммоль/л

3. Общий анализ мочи

Показатель	Результат	Единицы измерения
Глюкоза	Норма	ммоль/л
Белок	+ - (0.1г/л)	г/л
Билирубин	-	мкмоль/л
Уробилиноген	Норма	мкмоль/л

		РН	5,0	
		Кровь	-	мг/л
		Кетоны	-	мг/л
		Нитриты	-	
		Лейкоциты	+++	мкл
		Прозрачность	Прозрачная	
		Удельный вес	1,020	
		Цвет	Светло-желтый	
		4. Микробиоценоз из трех точек (цервикальный канал, влагалище, уретра)		
		Наименование теста	Влагалище	Уретра
		Гарднерелла	Не обнаружена	Не обнаружена
		Трихомонада	Не обнаружена	не обнаружена
		Особенности микрофлоры	Палочки-скудная	Палочки-скудная
		Слизь	скудная	умеренная
		Лейкоциты	50-100 в поле зрения	10-20
		Грибы	Не обнаружены	Не обнаружены
		Гонококки	обнаружены	обнаружены
		Эпителиальные клетки	Плоские единичные в поле зрения	Плоские единичные в поле зрения
		УЗИ органов малого таза: Матка 54*42*48 мм, миометрий однородный, эндометрий 8 мм, однородный, без патологических включений. Правый яичник 32*25*23 мм, контуры нечеткие, левый яичник 27*21*20 мм. Визуализируются расширенные маточные трубы до 1,5 см, с однородным анэхогенным содержимым. В малом тазу умеренное количество свободной жидкости гипзоэхогенной структуры (выпот).		
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.		
Э	-	Острый двусторонний сальпингооофорит специфической (гонорейной) этиологии. Пельвиоперитонит. ОАА.		
Р2	-	Диагноз поставлен верно.		
Р1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологии не учтена.		
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.		

В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз: Острый двусторонний сальпингооофорит специфической (гонорейной) этиологии. Пельвиоперитонит установлен:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- на основании жалоб больной: боли внизу живота, учащенное мочеиспускание, озноб с повышением температуры до 38,5-39 С, сливкообразные обильные выделения из половых путей</li> <li>- на основании данных анамнеза: три недели назад: смена полового партнера, начало после окончания менструации , контрацепция - прерванный половой акт</li> <li>- на основании данных объективного осмотра: состояние средней тяжести, пульс 86/мин, АД 115/75 мм рт ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот несколько вздут, болезненный в нижних отделах. Перитонеальные симптомы положительные в нижних отделах, данных гинекологического осмотра: правые и левые придатки тяжистые, отчетливо не контурируются в связи с напряжением передней брюшной стенки, резко болезненные тракции за шейку матки, задний свод влагалища нависает, болезненный при пальпации.</li> <li>- на основании данных лабораторного обследования (лейкоцитоз в крови, сдвиг лейкоцитарной формулы влево), в мазке на флору gN (+) и повышение лейкоцитов,</li> <li>- данных УЗИ органов малого таза: визуализируются расширенные маточные трубы с гипэхогенным жидкостным содержимым, наличие свободной жидкости в малом тазу в умеренном количестве</li> </ul>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки
Э	-	<p>Пациентке рекомендовано дополнительно</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- бактериологическое исследование мазка из цервикального канала и определение чувствительности к антибиотикам (выявление условно-патогенной микрофлоры)</li> <li>- ПЦР-диагностика на инфекции, передающиеся половым путем: хламидии, микоплазмы, уреаплазмы, вирус простого герпеса, вирус папилломы человека</li> </ul> <p>Дополнительное обследование для выявления условно-патогенной флоры и ИППП с определением чувствительности к антибиотикам позволяет уточнить правильность выбора антибактериальной терапии.</p>
P2	-	Объем обследования и обоснование указано полностью верно.
P1	-	Объем обследования указан верно, однако нет обоснования.
P0	-	Объем обследования и обоснование указан полностью неверно.

В	4	Какова профилактика данной патологии?
Э	-	1. Использование барьерных средств контрацепции при случайных половых контактах. 2. Своевременное выявление и лечение воспалительных заболеваний органов малого таза (нижних и верхних отделов) 3. Регулярное (1 раз в год) посещение гинеколога. 4. Соблюдение норм интимной и личной гигиены.
P2	-	Профилактика указана полностью верно
P1	-	Профилактика указана не полностью
P0	-	Профилактика указана полностью неверно
В	5	Какова тактика ведения пациентки?
Э	-	Пациентке показано проведение: - антибактериальной терапии с использованием антибактериальных препаратов широкого спектра действия (Цефтиаксон, Цефотаксим) с добавлением противопрозоидных препараты с антибактериальной активностью (Метрогил) - инфузионная терапия - противовоспалительная терапия (свечи Диклофенак, Индометацин) Контроль лечения: бактериологическое обследование, клинический анализ крови, УЗИ органов малого таза. После купирования острого воспалительного процесса –проведение физиотерапии. Обследование, лечение полового партнера
P2	-	Тактика ведения сформулирована верно.
P1	-	Тактика ведения сформулирована верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения сформулирована полностью неверно.
Н	-	010
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Пациентка, 30 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на периодические тянущие боли внизу живота, во влагалище, иррадиирующие в прямую кишку, задний проход, промежность, которые усиливаются накануне менструации; резко болезненные менструации с потерей трудоспособности, боли при половой жизни, дискомфорт при дефекации, бесплодие. Данные жалобы беспокоят

в течение последних 5 лет.  
 Гинекологический анамнез: Менархе с 13 лет, менструации по 5-6 дней через 28-30 дней, регулярные, обильные, болезненные. Последние менструации начались в срок, 12 дней назад.  
 Половая жизнь с 20 лет, в браке.  
 Контрацепция: не предохраняется, не беременеет, муж обследован — здоров.  
 Гинекологические заболевания отрицает.  
 Беременность- 0  
 Хронические заболевания: отрицает.  
 Перенесенные операции: отрицает.  
 Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания, ВИЧ, переливание крови в анамнезе отрицает.  
 Объективно:  
 Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура 36,6 С, пульс 86/мин, АД 120/70 мм рт ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в нижних отделах. Перитонеальные симптомы отрицательные. Стул оформленный. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Выделения из половых путей слизистые, небольшие.  
 Гинекологический осмотр:  
 В зеркалах: Слизистая влагалища и шейки матки без воспалительных изменений. В заднем своде определяются включения сине-багрового цвета.  
 PV: Шейка матки конической формы, наружный зев закрыт. Тело матки нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не изменены. В позадишеечном пространстве при вагинальном и ректальном исследовании пальпируется плотное образование размерами около 3х4 см, без четких контуров, малоподвижное, резко болезненное. Пальпация области крестцово-маточных связок резко болезненна. Движения за шейку матки болезненны. Параметрии без патологических изменений.

Данные лабораторных исследований:

1. Клинический анализ крови

Показатель	Результат	Единицы измерения
Лейкоциты	6,3	10 <sup>9</sup> /л
Нейтрофилы общие	81,3	%
Лимфоциты	13,6	%
Моноциты	3,1	%
Эозинофилы	1,4	%
Базофилы	0,6	%
Нейтрофилы, абсолютное количество	7,4	10 <sup>9</sup> /л
Лимфоциты, абсолютное количество	1,2	10 <sup>9</sup> /л
Моноциты, абсолютное количество	0,3	10 <sup>9</sup> /л
Эозинофилы, абсолютное количество	0,1	10 <sup>9</sup> /л
Базофилы, абсолютное количество	0,1	10 <sup>9</sup> /л
Эритроциты	4,1	10 <sup>12</sup> /л
Гемоглобин	115	г/л

Гематокрит	0,344	л/л
Средний объем эритроцита	86,5	фл
Среднее содержание гемоглобина в эритроците	30,1	пг
Средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах	348	г/л
Распределение эритроцитов по объему	13,3	%
Количество тромбоцитов	300	10 <sup>9</sup> /л
Средний объем тромбоцитов	11,8	фл
Тромбокрит	0,258	10 <sup>2</sup> л/л
Распределение тромбоцитов по объему	16,2	%
Лейкоцитарная формула (микроскопия)		
Нейтрофилы палочкоядерные	5	%
Нейтрофилы сегментоядерные	72	%
Лимфоциты	14	%
Моноциты	9	%

2. Биохимический анализ крови

Показатель	Результат	Единицы измерения
Общий белок	70	г/л
АЛТ	21	Ед/л
АСТ	30	Ед/л
Билирубин общий	16	мкмоль/л
Глюкоза	4,3	ммоль/л
Креатинин	48	мкмоль/л
Мочевина	5,0	ммоль/л

3. Микробиоценозиз трех точек: влагалище, уретра, цервикальный канал.

Наименование теста	Влагалище	Уретра	Ц/канал
Гарднерелла	Обнаружена	Не обнаружена	обнаружена
Трихомонада	Не обнаружена	не обнаружена	Не обнаружена
Особенности микрофлоры	Палочки-скудная	Палочки-скудная	Палочки-скудная
Слизь	Скудная	умеренная	скудная
Лейкоциты	50-100 в поле зрения	единичные	Покрывают все поле зрения
Грибы	Не обнаружены	Не обнаружены	Не обнаружены
Гонококки	Не обнаружены	Не обнаружены	Не обнаружены
Эпителиальные клетки	Плоские единичные в поле зрения	Плоские единичные в поле зрения	Плоские единичные в поле зрения

		<p>4. Цитологический мазок Шейка матки - типический плоский эпителий. Цервикальный канал - типический плоский и эндоцервикальный эпителий.</p> <p>5. УЗИ органов малого таза: Матка размерами 5,5*4,2*5,0 см, структура миометрия однородная. Эндометрий 1,1 см. По задней стенке эндоцервикса 3 гипоехогенных образования диаметром 2-3 мм. Правый яичник 2,9*2,1 см, левый яичник 2,6*2,0 см. По задней стенке влагалища определяется образование неоднородной эхоструктуры с четкими, неровными контурами, размером 4,0x5,1x2,0 см. За маткой незначительное количество свободной жидкости.</p> <p>6. Колонофиброскопия: Наружный осмотр: выявил геморроидальные узлы в спавшемся состоянии. Сфинктер нормотоничен. Внутренний геморрой - нет. Патологических изменений слизистой оболочки кишечника нет. Заключение: Наружный геморрой.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Ретроцервикальный эндометриоз. НГЭ. Цервицит. Кольпит Первичное бесплодие Анемия легкая. Наружный геморрой.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	+	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз ретроцервикальный эндометриоз, НГЭ, первичное бесплодие установлен:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- на основании жалоб больной на периодические тянущие боли внизу живота, во влагалище, иррадиирующие в прямую кишку, задний проход, промежность, обращает на себя внимание усиление выше перечисленных жалоб накануне менструации, резко болезненные менструации с потерей трудоспособности, боли при половой жизни, дискомфорт при дефекации (при выполнении ФКС данных за патологические изменения слизистой оболочки кишечника не получено), бесплодие (беременность не наступает в течение последних 10 лет регулярной половой жизни без использования контрацепции, муж обследован- здоров).</li> <li>- на основании данных гинекологического осмотра (при осмотре в зеркалах в заднем своде определяются образования сине-багрового цвета; при вагинальном и ректальном исследовании в</li> </ul>

		<p>позадишеечном пространстве пальпируется плотное образование размерами около 3х4 см, без четких контуров, малоподвижное, резко болезненное)</p> <p>- на основании данных УЗИ (по задней стенке влагалища определяется образование неоднородной эхоструктуры с четкими, неровными контурами, размером 4,0х5,1х2,0 см)</p> <p>Цервицит поставлен на основании бактериоскопии – в цервикальном канале лейкоциты покрывают все поле зрения. Кольпит - при бактериоскопии – лейкоцитов до 100 Анемия легкая – гемоглобин – 115 г/ л Наружный геморрой – по результатам ФКС</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	<p>Пациентке показано:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Анализ крови – СА-125</li> <li>2. Кольпоскопия</li> <li>3. Обследование на ИППП методом ПЦР</li> <li>4. УЗИ молочных желез</li> <li>5. МРТ малого таза</li> <li>6. Лапароскопия с диагностической и лечебной целями.</li> </ol> <p>Иссечение очагов ретроцервикального эндометриоза с гистологическим исследованием, адгезиолизис, коагуляция очагов НГЭ. Оценка проходимости маточных труб.</p>
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Профилактика на догоспитальном этапе
Э	-	Рекомендованы регулярные профилактические осмотры гинекологом, ежегодное выполнение УЗИ органов малого таза, фолликулометрия, контроль анализа крови и бактериоскопии, коррекция анемии, лечение геморроя, при выявлении инфекций – проведение лечения.
P2	-	Профилактические мероприятия указаны верно
P1	-	Профилактические мероприятия указаны не полностью

P0	-	Профилактические мероприятия указаны не верно
B	5	<b>Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?</b>
Э	-	После выполнения лапароскопии и при подтверждении предоперационного диагноза и стадии заболевания: Ретроцервикальный эндометриоз. НГЭ, пациентке показано проведение гормональной терапии – монотерапия прогестагенами – диеногест или агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона 6 месяцев, затем проведение прегравидарной подготовки при проходимых маточных трубах. Отсутствие беременности в течение 6 месяцев – направление на ЭКО. В случае выявления непроходимости маточных труб во время лапароскопии – после гормональной терапии в течение 6 месяцев – рекомендовать ЭКО.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
H	-	011
I	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В женскую консультацию обратилась женщина 42 лет с жалобами на умеренные светлые выделения из половых путей. Из анамнеза известно, что в прошлом году дважды было выполнено цитологическое исследование мазков с шейки матки: атипии клеток не выявлено; дважды проводилось вирусологическое исследование на ВПЧ – тест положительный (выявлен ВПЧ высокого онкогенного риска (16 тип).</p> <p>Лечение не проводилось. Было рекомендовано динамическое наблюдение.</p> <p>Гинекологический анамнез: менархе в 13 лет, менструации регулярные, через 28-30 дней, по 5-7 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 22 лет, вне брака.</p> <p>Беременностей - 7. Роды – 1 (срочные самопроизвольные роды, без осложнений). Аборты - 6 (на сроках беременности до 7 недель, без осложнений). Контрацепция: барьерный метод - презерватив.</p> <p>Гинекологические заболевания: 10 лет назад лечилась по поводу гонококковой инфекции (контроль лечения – негативный).</p> <p>Хронические заболевания: отрицает. Курит в течение 15 лет.</p> <p>Объективный осмотр: Состояние удовлетворительное, пульс 76 ударов в минуту, Артериальное давление 120/80 мм.рт.ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах.</p> <p>Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Симптом поколачивания поясницы с обеих сторон отрицательный.</p> <p>Гинекологический осмотр:</p>

		<p>В зеркалах: слизистая влагалища бледно-розового цвета, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев цервикального канала щелевидный. В области задней губы шейки матки определяется локальное изменение слизистой, с участками очаговой гиперплазии эпителия диаметром до 1,0 см. Выделения слизистые, умеренные. При проведении пробы Шиллера выявлено неравномерное окрашивание шейки матки, йоднегативная зона в области задней губы.</p> <p>PV: Матка в anterflexio versio, не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная при пальпации. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна при пальпации. Влагалищные своды свободные.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	LSIL. ОАГА. Носительство ВПЧ.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологии не учтена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какой метод исследование необходимо провести в первую очередь для подтверждения диагноза?
Э	-	Для верификации диагноза показано проведение цитологического исследования мазков шейки матки,
P2	-	План обследования сформулирован полностью верно.
P1	-	План обследования сформулирован верно, но не полностью:
P0	-	План обследования сформулирован полностью неверно.
В	3	Составьте план дополнительного обследования пациентки
Э	-	После получения результатов цитологического исследования необходимо проведение расширенной кольпоскопии с прицельной биопсией пораженного участка шейки матки
P2	-	План обследования составлен полностью верно.
P1	-	План обследования составлен верно, однако нет обоснования.
P0	-	План обследования составлен полностью неверно.
В	4	Какова дальнейшая тактика ведения пациентки, если по данным

		гистологического исследования биоптата шейки матки матки выявлены клетки многослойного плоского эпителия в состоянии HSIL.
Э	-	Учитывая данные гистологического исследования биоптата шейки маки – HSIL (соответствует дисплазии средней, тяжелой степени, а также CIS), показана консультация онкогинеколога. С целью уточнения распространенности патологического процесса в пределах шейки матки, показано проведение конизации шейки матки, выскабливание цервикального канала с последующим гистологическим исследованием кони-биоптата шейки матки и соскоба из цервикального канала.
P2	-	Тактика ведения сформулирована полностью верно
P1	-	Тактика ведения сформулирована не полностью
P0	-	Тактика ведения сформулирована полностью неверно
В	5	Какова дальнейшая тактика ведения, если по результату гистологического исследования конуса шейки матки и соскоба из цервикального канала – клетки многослойного плоского эпителия в состоянии HSIL, цилиндрический эпителий без атипии, края резекции шейки матки вне опухоли.
Э	-	Учитывая данные гистологического исследования – края резекции шейки матки вне опухоли, - показано динамическое наблюдение. Проведение цитологического исследования мазков шейки матки через 3 месяца. Учитывая наличие ВПЧ высокого онкогенного риска, показано проведение противовирусной, иммуностимулирующей терапии.
P2	-	Тактика ведения сформулирована верно.
P1	-	Тактика ведения сформулирована верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения сформулирована полностью неверно.
Н	-	012
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		В женскую консультацию обратилась пациентка 33 лет с жалобами на слабость, длительные, обильные, болезненные менструации, периодические боли при половой жизни. Данные жалобы беспокоят в течение последнего года. Лечится у терапевта по поводу железодефицитной анемии. Последний осмотр гинеколога 5 лет назад. Гинекологический анамнез: Менархе с 14 лет, менструации по 7 через 21 день, регулярные, обильные, болезненные. Последние менструации начались в срок, 10 дней назад. Беременности-III, Роды-I, Аборты-II (в сроке 8/9 недель, последний

осложнился эндометритом).  
 Половая жизнь с 21 лет, в браке.  
 Контрацепция: презерватив.  
 Гинекологические заболевания отрицает.  
 Хронические заболевания: отрицает.  
 Перенесенные операции: отрицает.  
 Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания, ВИЧ, переливание крови в анамнезе отрицает.  
 Объективно:  
 Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, умеренно бледные. Температура тела 36,6 С, пульс 86/мин, АД 120/70 мм рт ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Перитонеальные симптомы отрицательные. Стул регулярный, оформленный. Мочиспускание свободное, безболезненное. Выделения из половых путей слизистые, небольшие.  
 Гинекологический осмотр:  
 В зеркалах: Слизистая влагалища и шейки матки без патологических изменений.  
 PV: Шейка матки цилиндрической формы. Наружный зев закрыт. Матка увеличена эквивалентно 8/9 недель беременности, округлая, мягковатая, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их проекции безболезненна. Своды свободные.

Данные лабораторных исследований:

1. Клинический анализ крови

Показатель	Результат	Единицы измерения
Лейкоциты	6,5	10 <sup>9</sup> /л
Нейтрофилы общие	81,3	%
Лимфоциты	13,6	%
Моноциты	3,1	%
Эозинофилы	1,4	%
Базофилы	0,6	%
Нейтрофилы, абсолютное количество	7,4	10 <sup>9</sup> /л
Лимфоциты, абсолютное количество	1,2	10 <sup>9</sup> /л
Моноциты, абсолютное количество	0,3	10 <sup>9</sup> /л
Эозинофилы, абсолютное количество	0,1	10 <sup>9</sup> /л
Базофилы, абсолютное количество	0,1	10 <sup>9</sup> /л
Эритроциты	3,7	10 <sup>12</sup> /л
Гемоглобин	99	г/л
Гематокрит	0,344	л/л
Средний объем эритроцита	76,5	фл
Среднее содержание гемоглобина в эритроците	30,1	пг
Средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах	348	г/л
Распределение эритроцитов по объему	13,3	%
Количество тромбоцитов	320	10 <sup>9</sup> /л
Средний объем тромбоцитов	11,8	фл
Тромбокрит	0,258	10 <sup>2</sup> л/л

	Распределение тромбоцитов по объему	16,2	%
	<b>Лейкоцитарная формула (микроскопия)</b>		
	Нейтрофилы палочкоядерные	5	%
	Нейтрофилы сегментоядерные	72	%
	Лимфоциты	18	%
	Моноциты	4	%
	2. Биохимический анализ крови		
	<b>Показатель</b>	<b>Результат</b>	<b>Единицы змерения</b>
	Общий белок	70	г/л
	АЛТ	21	Ед/л
	АСТ	30	Ед/л
	Билирубин общий	16	мкмоль/л
	Глюкоза	4,3	ммоль/л
	Креатинин	48	мкмоль/л
	Мочевина	5,0	ммоль/л
	3. Микробиоценозис трех точек: влагалище, уретра, цервикальный канал.		
	<b>Наименование теста</b>	<b>Влагалище</b>	<b>Уретра</b>
	Гарднерелла	Не обнаружена	Не обнаружена
	Трихомонада	Не обнаружена	не обнаружена
	Особенности микрофлоры	Палочки-скудная	Палочки-скудная
	Слизь	Скудная	умеренная
	Лейкоциты	5-7 в поле зрения	единичные
	Грибы	Не обнаружены	Не обнаружены
	Гонококки	Не обнаружены	Не обнаружены
	Эпителиальные клетки	Плоские единичные в поле зрения	Плоские единичные в поле зрения
	4. Цитологический мазок Шейка матки - типический плоский эпителий. Цервикальный канал - типический плоский и эндоцервикальный эпителий.		
	5. УЗИ малого таза: Матка размерами 80x86x90 мм, структура миометрия ячеистая. Стенки матки неодинаковой толщины (передняя 28 мм, задняя 40 мм). Эндометрий 1,2 см, эхоструктура соответствует дню менструального цикла. Правый яичник 2,9*2,1 см, левый яичник 2,6*2,0 см.		

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Аденомиоз. НМЦ в репродуктивном периоде по типу ОМК. Хроническая постгеморрагическая анемия I степени.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз: Аденомиоз. НМЦ в репродуктивном периоде по типу ОМК. Хроническая постгеморрагическая анемия I степени установлен: - на основании жалоб больной на слабость, длительные, обильные, болезненные менструации, приводящие к анемизации пациентки (уровень гемоглобина в клиническом анализе крови 99 г/л), периодические боли при половой жизни-диспареунию. - на основании данных гинекологического осмотра (матка увеличена эквивалентно 8/9 недель беременности, округлая, мягковатая, подвижная, безболезненная) - на основании данных УЗИ (матка увеличена в размерах до 80x86x90 мм, диффузно неоднородная эхоструктура миометрия (ячеистая), ассиметрия толщины передней и задней стенок матки: передняя 28 мм, задняя 40 мм).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	МРТ органов малого таза с целью уточнения локализации, формы и распространенности патологического процесса Гистероскопия для выявления косвенных признаков аденомиоза и состояния эндометрия с гистологическим исследованием УЗИ молочных желез Анализ крови на онкоантиген – СА-125
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.

В	4	Профилактика
Э	-	Рекомендованы регулярные профилактические осмотры гинекологом, ежегодное выполнение УЗИ органов малого таза и молочных желез, онкоцитология, анализ крови общий и коагулограмма, биохимический анализ крови. Измерение АД, контроль веса.
P2	-	Профилактические мероприятия указаны верно
P1	-	Профилактические мероприятия указаны не полностью
P0	-	Профилактические мероприятия указаны не верно
В	5	<b>Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?</b>
Э	-	1. Хирургический метод лечения на данном этапе не показан, учитывая молодой возраст и впервые выявленное заболевание. 2. Гормональная терапия – по анамнезу и осмотру противопоказаний не выявлено – уточнить тромбофилический и наследственный анамнез -прогестагены – монотерапия – диеногест 6-12 месяцев или -Левоноргестрел-выделяющая внутриматочная система – Мирена – до 5-ти лет, если женщина не планирует беременность или -комбинированные эстроген-гестагенные препараты с диеногестом –Жанин, Силует в циклическом или лучше пролонгированном режиме – 63-7 Лечение анемии препаратами железа – тотема или ферлатум 2 раза в сутки 1-2 месяца
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	013
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	В приемное отделение стационара в экстренном порядке доставлена пациентка, 25 лет, с жалобами на тянущие боли внизу живота, повышение температуры тела до 38,0С. Считает себя больной в течение трех дней, когда появились тянущие боли внизу живота, слабость, повышение температуры до 37,5 С. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно

принимала но-шпу, спазмалгон, парацетамол - без положительного эффекта. В связи с усилением болевого синдрома вызвала бригаду СМП, в экстренном порядке госпитализирована в стационар.

Гинекологический анамнез: Менархе с 13 лет, менструации регулярные, через 28-32 дня, по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация – началась в срок, 10 дней назад.

Половая жизнь с 19 лет, в браке.

Контрацепция: не предохраняется.

Гинекологические заболевания отрицает.

Беременностей - 2, роды - 1 (срочные самопроизвольные роды без осложнений), аборт - 1 (выскабливание на сроке беременности 5-6 недель, без осложнений)

Хронические заболевания: Хронический панкреатит с 2013 года (последнее обострение в 20-14 году).

Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания, ВИЧ, переливание крови в анамнезе отрицает.

Объективно: Состояние относительно удовлетворительное.

Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела 37,7 С, пульс 88 в 1 мин, АД 120/70 мм рт ст. Язык чистый, влажный.

Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в нижних отделах. Перитонеальные симптомы слабо положительные. Стул оформленный. Мочиспускание самостоятельное, безболезненное.

Гинекологический осмотр:

В зеркалах: слизистая влагалища бледно-розовой окраски, без патологических образований. Шейка матки цилиндрической формы.

Слизистая влагалищной части шейки матки бледно-розового цвета, без патологических изменений. Выделения из половых путей беловатые, обильные.

РV: Тело матки не увеличено, плотное, подвижное, безболезненное при пальпации. Пальпация придатков как справа, так и слева резко болезненная. Влагалищные своды свободные. Тракции за шейку матки умеренно болезненные.

Данные клинико-лабораторного обследования:

1. Клинический анализ крови

Показатель	Результат	Единицы измерения
Эритроциты	4,1	10 <sup>12</sup> /л
Гемоглобин	120	г/л
Гематокрит	0,344	л/л
Средний объем эритроцита	86,5	фл
Среднее содержание гемоглобина в эритроците	30,1	пг
Лейкоциты	13,8	10 <sup>9</sup> /л
Нейтрофилы общие	81,3	%
Лимфоциты	13,6	%
Моноциты	3,1	%
Эозинофилы	1,4	%

Базофилы	0,6	%	
Нейтрофилы, абсолютное количество	7,4	10 <sup>9</sup> /л	
Лимфоциты, абсолютное количество	1,2	10 <sup>9</sup> /л	
Моноциты, абсолютное количество	0,3	10 <sup>9</sup> /л	
Эозинофилы, абсолютное количество	0,1	10 <sup>9</sup> /л	
Базофилы, абсолютное количество	0,1	10 <sup>9</sup> /л	
<b>2. Биохимический анализ крови</b>			
Показатель	Результат	Единицы измерения	
Общий белок	70	г/л	
АЛТ	21	Ед/л	
АСТ	30	Ед/л	
Билирубин общий	16	мкмоль/л	
Глюкоза	4,3	ммоль/л	
Креатинин	48	мкмоль/л	
Мочевина	5,0	ммоль/л	
<b>3. Общий анализ мочи</b>			
Показатель	Результат	Единицы измерения	
Глюкоза	Норма	ммоль/л	
Белок	+ - (0.1г/л)	г/л	
Билирубин	-	мкмоль/л	
Уробилиноген	Норма	мкмоль/л	
РН	5,0		
Кровь	-	мг/л	
Кетоны	-	мг/л	
Нитриты	-		
Лейкоциты	Не обнаружено	мкл	
Прозрачность	Прозрачная		
Удельный вес	1,016		
Цвет	Светло-желтый		
<b>4. Микробиоценоз из трех точек (цервикальный канал, влагалище, уретра)</b>			
Наименование теста	Влагалище	Уретра	Ц/канал
Гарднерелла	Не обнаружена	Не обнаружена	Не обнаружена
Трихомонада	Не обнаружена	не обнаружена	Не обнаружена
Особенности микрофлоры	Палочки-скудная	Палочки-скудная	Палочки-скудная
Слизь	скудная	умеренная	скудная
Лейкоциты	50-100 в поле зрения	единичные	Покрывают все поле зрения
Грибы	Не	Не	Не

			обнаружены	обнаружены	обнаружены
		Гонококки	Не обнаружены	Не обнаружены	Не обнаружены
		Эпителиальные клетки	Плоские единичные в поле зрения	Плоские единичные в поле зрения	поле зрения Плоские единичные в поле зрения
		<p>УЗИ органов малого таза: Матка 43*38*40 мм, миометрий однородный, эндометрий 7 мм, однородный, без патологических включений. Правый яичник 32*25*23 мм, содержит 4-6 фолликулов диам 3-4 мм. Левый яичник 27*21*20 мм, содержит 3-4 фолликула диам 4-6 мм. Контуры яичников нечеткие, Маточные трубы не расширены. В малом тазу незначительное количество свободной жидкости.</p>			
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.			
Э	-	Острый двусторонний сальпингоофорит. ОАА. Хронический панкреатит (ремиссия).			
P2	-	Диагноз поставлен верно.			
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологии не учтена.			
P0	-	Диагноз поставлен неверно.			
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.			
Э	-	<p>Диагноз: Острый двусторонний сальпингоофорит установлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- жалоб больной – тянущие боли внизу живота, повышение температуры тела до 37,5 С;</li> <li>- данных анамнеза: в течение 3-х дней тянущие боли внизу живота, повышение температуры тела, отсутствие эффекта от спазмолитической терапии;</li> <li>- данных объективного осмотра: состояние удовлетворительное, температура тела 37,7 С, пульс 86/мин, АД 120/70 мм рт ст. - данных объективного осмотра: болезненность живота в нижних отделах, отсутствие перитонеальных симптомов;</li> <li>- гинекологического осмотра: пальпация придатков как справа, так и слева резко болезненная. Влагалищные своды свободные. Тракции за шейку матки умеренно болезненные.</li> <li>- данных лабораторного обследования: лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево</li> <li>- данных УЗИ органов малого таза: наличие незначительного количества свободной жидкости в малом тазу, нечеткие контуры яичников, увеличение объема яичников ( косвенные УЗ- признаки острого сальпингоофорита)</li> </ul> <p>Диагноз: ОАА установлен на основании анамнеза (искусственный</p>			

		аборт) Диагноз: хронический панкреатит установлен на основании анамнеза.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	С какими патологическими состояниями необходимо проводить дифференциальный диагноз? Каков объем дообследования для проведения дифференциальной диагностики?
Э	-	Острый сальпингоофорит необходимо дифференцировать с: острым аппендицитом, печеночной и почечной коликой. С целью проведения дифференциальной диагностики показано проведение УЗИ почек, КЗИ печени и желчного пузыря, консультация хирурга, консультация уролога.
P2	-	Дифференциальная диагностика, указана полностью верно.
P1	-	Дифференциальная диагностика, указана указан верно, однако нет обоснования.
P0	-	Дифференциальная диагностика, указана полностью неверно.
В	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо провести пациентке
Э	-	Необходимо проведение: - бактериологического исследования мазка из цервикального канала с целью выявления возбудителя и определения чувствительности к антибиотикам; - обследование на ИППП (ПЦР-диагностика хламидиоза, микоплазмоза, гонококка Нейсера, вируса простого герпеса, вируса папилломы человека)
P2	-	Дополнительные методы обследования указаны полностью верно
P1	-	Дополнительные методы обследования указаны не полностью
P0	-	Дополнительные методы обследования указаны полностью не верно
В	5	Какова тактика ведения пациентки?
Э	-	Пациентке показано проведение антибактериальной терапии с использованием препаратов широкого спектра действия (Цефтриаксон, Цефотаксим) с добавлением препаратов, обладающих активностью против анаэробных микроорганизмов (Метрогил) в/в капельно - Противовоспалительная терапия (свечи Диклофенак,

		<p>Индометацин)  - Инфузионная терапия (кристаллоидные р-ры)  После получения результатов бактериологического и ПЦР – исследования – возможна коррекция антибактериальной терапии с учетом выявленного возбудителя и чувствительности к антибиотикам.  Динамическое наблюдение, контроль лечения – бактериологическое обследование, клинический анализ крови, УЗИ органов малого таза, гинекологический осмотр.  После купирования острого воспалительного процесса – проведение физиотерапии.  Обследование, лечение полового партнера</p>
P2	-	Тактика ведения сформулирована верно.
P1	-	Тактика ведения сформулирована верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения сформулирована полностью неверно.
H	-	014
I	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Пациентка , 25 лет поступила в экстренном порядке в отделение гинекологии с жалобами на тянущие боли внизу живота. Считает себя больной в течение двух последних дней, когда появились выше указанные жалобы, к врачу не обращалась, со слов тест на беременность положительный, УЗИ органов малого таза не выполнялось, анализ крови на ХГЧ не сдавала. В связи с усилением болей вызвала сантранспорт, госпитализирована в стационар.</p> <p><u>Гинекологический анамнез:</u>  Менархе с 13 лет по 4-5 дней через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Последние месячные - (в срок).  Половая жизнь с 20 лет, в браке.  Контрацепция: не предохраняется в течение последних 3-х месяцев.  Гинекологические заболевания отрицает  Аборты, выкидыши, роды в анамнезе отрицает.</p> <p><u>Соматический анамнез:</u>  Хронические заболевания:  Хронический пиелонефрит (последнее обострение 2 года назад).  Перенесенные операции: 2010 год- лапароскопическая аппендэктомия  Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания, ВИЧ, переливание крови в анамнезе отрицает</p> <p><u>Объективно:</u>  Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Пульс 76/мин, АД 120/70 мм рт ст. Язык чистый, влажный . Живот мягкий, б/б во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные. Стул оформленный. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Выделения из половых путей на момент осмотра светлые.</p>

Гинекологический осмотр:

PS: шейка матки без патологических изменений, выделения из половых путей светлые.

PV: Шейка матки конической формы, наружный зев закрыт. Тело матки увеличено до 6/7 недель беременности, мягковатое, подвижное, безболезненное. Придатки не увеличены, безболезненные при пальпации с обеих сторон. Своды свободные, глубокие, безболезненные.

Данные лабораторных исследований:

1. Клинический анализ крови

Показатель	Результат	Единицы измерения
Лейкоциты	6,8	10 <sup>9</sup> /л
Нейтрофилы общие	81,3	%
Лимфоциты	13,6	%
Моноциты	3,1	%
Эозинофилы	1,4	%
Базофилы	0,6	%
Нейтрофилы, абсолютное количество	7,4	10 <sup>9</sup> /л
Лимфоциты, абсолютное количество	1,2	10 <sup>9</sup> /л
Моноциты, абсолютное количество	0,3	10 <sup>9</sup> /л
Эозинофилы, абсолютное количество	0,1	10 <sup>9</sup> /л
Базофилы, абсолютное количество	0,1	10 <sup>9</sup> /л
Эритроциты	4,1	10 <sup>12</sup> /л
Гемоглобин	120	г/л
Гематокрит	0,344	л/л
Средний объем эритроцита	86,5	фл
Среднее содержание гемоглобина в эритроците	30,1	пг
Средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах	348	г/л
Распределение эритроцитов по объему	13,3	%
Количество тромбоцитов	320	10 <sup>9</sup> /л
Средний объем тромбоцитов	11,8	фл
Тромбокрит	0,258	10 <sup>2</sup> л/л
Распределение тромбоцитов по объему	16,2	%
<b>Лейкоцитарная формула (микроскопия)</b>		
Нейтрофилы палочкоядерные	5	%
Нейтрофилы сегментоядерные	72	%
Лимфоцит	14	%
Моноциты	9	%

2. Общий анализ мочи

Показатель	Результат	Единицы измерения
Глюкоза	Норма	ммоль/л
Белок	+ - (0.1г/л)	г/л
Билирубин	-	мкмоль/л

Уробилиноген	Норма	мкмоль/л	
РН	5,0		
Кровь	-	мг/л	
Кетоны	-	мг/л	
Нитриты	-		
Лейкоциты	Не обнаружено	мкл	
Прозрачность	Прозрачная		
Удельный вес	1,016		
Цвет	Светло-желтый		
<b>3. Биохимический анализ крови</b>			
<b>Показатель</b>	<b>Результат</b>	<b>Единицы измерения</b>	
Общий белок	70	г/л	
АЛТ	21	Ед/л	
АСТ	30	Ед/л	
Билирубин общий	16	мкмоль/л	
Глюкоза	4,3	ммоль/л	
Креатинин	48	мкмоль/л	
Мочевина	5,0	ммоль/л	
<b>4. Микробиоценоз из трех точек: влагалище, уретра, цервикальный канал.</b>			
<b>Наименование теста</b>	<b>Влагалище</b>	<b>Уретра</b>	<b>Ц/канал</b>
Гарднерелла	обнаружена	Не обнаружена	обнаружена
Трихомонада	Не обнаружена	не обнаружена	Не обнаружена
Особенности микрофлоры	Палочки-скудная	Палочки-скудная	Палочки-скудная
Слизь	скудная	умеренная	скудная
Лейкоциты	10-20 в поле зрения	единичные	10-20 в поле зрения
Грибы	Не обнаружены	Не обнаружены	Не обнаружены
Гонококки	Не обнаружены	Не обнаружены	Не обнаружены
Эпителиальные клетки	Плоские единичные в поле зрения	Плоские единичные в поле зрения	Плоские единичные в поле зрения
<b>5. Цитологический мазок</b> Шейка матки- типический плоский эпителий Цервикальный канал- типический плоский и эндоцервикальный эпителий			
<b>6. Мазок на гормональный фон: на уровне небольшой прогестероновой недостаточности</b>			

		7. УЗИ органов малого таза: В полости матки одно плодное яйцо вытянутой формы, эмбрион определяется, КТР- 0,7 см (соответствует 6 недель 5 дней), с/б +, отчетливое, желточный мешок +, диаметром 0,38 см, прозрачный. Правый яичник 2,7*2,0 см, левый яичник 2,6*1,9 см, содержит желтое тело диаметром 1,5 см. Локальные сокращения миометрия по передней стенке.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Угрожающий выкидыш при беременности 6/7 недель Хронический пиелонефрит, ремиссия.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз Угрожающий выкидыш при беременности 6/7 недель Хронический пиелонефрит, ремиссия. установлен: - на основании жалоб больной на периодические тянущие боли внизу живота, тест на беременность положительный Контрацепция: не предохраняется в течение последних 3-х месяцев. - на основании данных гинекологического осмотра (Тело матки увеличено до 6/7 недель беременности, мягковатое, подвижное, безболезненное. Придатки не увеличены, безболезненные при пальпации с обеих сторон. Своды свободные, глубокие, безболезненные. - на основании данных УЗИ- В полости матки одно плодное яйцо вытянутой формы, эмбрион определяется, КТР- 0,7 см (соответствует 6 недель 5 дней), с/б +, отчетливое, желточный мешок +, диаметром 0,38 см, прозрачный. Правый яичник 2,7*2,0 см, левый яичник 2,6*1,9 см, содержит желтое тело диаметром 1,5 см. Локальные сокращения миометрия по передней стенке.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	ПЦР-диагностика на хронические инфекции (хламидии, вирусы, микоплазмы, уреаплазмы)

		<p>Бактериальный посев из эндоцервикса с определением чувствительности микробов к противомикробным препаратам</p> <p>Анализ крови на ХГЧ</p> <p>УЗИ беременности в динамике</p> <p>Анализ крови и мочи в динамике</p> <p>Анализ мочи на бактериурию</p> <p>Бактериальный посев мочи с определением чувствительности микробов к противомикробным препаратам</p> <p>УЗИ почек</p> <p>Анализ крови на ТТГ</p>
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Оказание помощи на догоспитальном этапе :
Э	-	Обследование по наблюдению беременности - общие анализы крови – реакция Вассермана, ВИЧ, гепатиты В и С, биохимический анализ крови, коагулограмма и анализ мочи, на инфекции – краснуху, цитомегаловирус, герпес, токсоплазмоз, группа крови и резус-фактор и ХГЧ, УЗИ органов малого таза и почек, ЭКГ, диспансеризация - стоматолог, Лор, окулист, терапевт. Мазок на флору, онкоцитологию, гормональный фон, ПЦР на хламидии, микоплазму и уреоплазму, герпес, цитомегаловирус и папилломавирус 16 и 18 серотипы.
P2	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана полностью верно
P1	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана не полностью
P0	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана полностью неверно
B	5	<b>Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?</b>
Э	-	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Гормонотерапия (прогестерон 1%- 1,0 мл ежедневно внутримышечно, либо Дюфастон 40 мг однократно и далее по 10 мг каждые 8 часов, либо Утрожестан 200 мг 2 р/сут вагинально)</li> <li>2. Витаминотерапия - Фолибер - фолиевая кислота 800мкг/сут; , йодомарин 200мкг в сутки, либо Фемибион -1</li> <li>3. УЗИ-контроль и анализ крови на ХГЧ через 7-10 дней, при отсутствии жалоб, прогрессировании беременности- выписка пациентки под наблюдение врача ЖК по месту жительства</li> </ol>

		4. Уросептики – канефрон по 2 т. 3 раз/сут 3 недели 5. Физиотерапия – эндоназальная гальванизация, электросон.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	015
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Пациентка , 28 лет поступила в отделение гинекологии в экстренном порядке с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей , в связи с чем вызвала сантранспорт, госпитализирована в стационар.</p> <p><u>Гинекологический анамнез:</u> Менархе с 14 лет по 6 дней через 28-30 дней, регулярные, Последние месячные (в срок). Половая жизнь с 18 лет, вне брака. Контрацепция: не предохраняется . Гинекологические заболевания: Хронический двухсторонний сальпингоофорит, хламидиоз (пролечен). Беременности-3 Роды-0 Аборты-1 Выкидыши-2 (2011 год- полный самопроизвольный выкидыш при беременности раннего срока; 2013 год- несостоявшийся выкидыш при беременности 7/8 недель, по поводу чего выполнялось выскабливание полости матки). При поступлении пациентка предоставила УЗИ органов малого таза, выполненного 2 дня назад в женской консультации: В полости матки одно плодное яйцо, эмбрион определяется, КТР- 2,2 см (соответствует 9 недель 2 дня), с/б (+) отчетливое, желточный мешок +, диаметром 0,4 см, прозрачный. Правый яичник 2,5*2,2 см, левый яичник 2,7*1,9 см.</p> <p><u>Соматический анамнез:</u> Хронические заболевания: отрицает. Перенесенные операции: отрицает. Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания, ВИЧ, переливание крови в анамнезе отрицает.</p> <p><u>Объективно:</u> Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Пульс 70/мин, АД 110/60 мм рт ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные. Стул оформленный. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Выделения из половых путей кровянистые, умеренные.</p> <p><u>Гинекологический осмотр:</u> PS: шейка матки без патологических изменений, из наружного зева шейки матки визуализируются элементы плодного яйца, выделения кровянистые, умеренные.</p>

PV: Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев пропускает 1 п/п за внутренний зев. Тело матки увеличено до 7/8 недель беременности, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки не увеличены, безболезненные при пальпации с обеих сторон. Своды свободные, глубокие, безболезненные.

Данные лабораторных исследований:

1. Клинический анализ крови

Показатель	Результат	Единицы измерения
Лейкоциты	6,8	10 <sup>9</sup> /л
Нейтрофилы общие	81,3	%
Лимфоциты	13,6	%
Моноциты	3,1	%
Эозинофилы	1,4	%
Базофилы	0,6	%
Нейтрофилы, абсолютное количество	7,4	10 <sup>9</sup> /л
Лимфоциты, абсолютное количество	1,2	10 <sup>9</sup> /л
Моноциты, абсолютное количество	0,3	10 <sup>9</sup> /л
Эозинофилы, абсолютное количество	0,1	10 <sup>9</sup> /л
Базофилы, абсолютное количество	0,1	10 <sup>9</sup> /л
Эритроциты	3,8	10 <sup>12</sup> /л
Гемоглобин	110	г/л
Гематокрит	0,344	л/л
Средний объем эритроцита	86,5	фл
Среднее содержание гемоглобина в эритроците	30,1	пг
Средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах	348	г/л
Распределение эритроцитов по объему	13,3	%
Количество тромбоцитов	320	10 <sup>9</sup> /л
Средний объем тромбоцитов	11,8	фл
Тромбокрит	0,258	10 <sup>2</sup> л/л
Распределение тромбоцитов по объему	16,2	%
<b>Лейкоцитарная формула (микроскопия)</b>		
Нейтрофилы палочкоядерные	5	%
Нейтрофилы сегментоядерные	72	%
Лимфоциты	14	%
Моноциты	9	%

2. Общий анализ мочи

Показатель	Результат	Единицы Измерения
Глюкоза	Норма	Моль/л
Белок	+ - (0.1г/л)	г/л
Билирубин	-	мкмоль/л
Уробилиноген	Норма	мкмоль/л
РН	5,0	
Кровь	50	мг/л

Кетоны	-	мг/л	
Нитриты	-		
Лейкоциты	Не обнаружено	Мкл	
Прозрачность	Прозрачная		
Удельный вес	1,016		
Цвет	желтый		
<b>3.Биохимический анализ крови</b>			
<b>Показатель</b>	<b>Результат</b>	<b>Единицы Измерения</b>	
Общий белок	70	г/л	
АЛТ	21	Ед/л	
АСТ	30	Ед/л	
Билирубин общий	16	мкмоль/л	
Глюкоза	4,3	ммоль/л	
Креатинин	48	мкмоль/л	
Мочевина	5,0	ммоль/л	
<b>4.Микробиоценоз из трех точек: влагалище, уретра, цервикальный канал.</b>			
<b>Наименование теста</b>	<b>Влагалище</b>	<b>Уретра</b>	<b>Ц/канал</b>
Гарднерелла	обнаружена	Не обнаружена	обнаружена
Трихомонада	Не обнаружена	Не обнаружена	Не обнаружена
Особенности микрофлоры	Палочки-скудная	Палочки-скудная	Палочки-скудная
Слизь	Скудная	умеренная	скудная
Лейкоциты	10-20 в поле зрения	единичные	10-20 в поле зрения
Грибы	Не обнаружены	Не обнаружены	Не обнаружены
Гонококки	Не обнаружены	Не обнаружены	Не обнаружены
Эпителиальные клетки	Плоские единичные в поле зрения	Плоские единичные в поле зрения	Плоские единичные в поле зрения
<b>5.Цитологический мазок</b>			
Шейка матки- типический плоский эпителий Цервикальный канал- типический плоский и эндоцервикальный эпителий			
<b>6.УЗИ органов малого таза:</b> Тело матки 76х66х73 см, полость матки расширена до 18 мм, содержимое неоднородной эхоструктуры. Правый яичник 2,5*2,2 см, левый яичник 2,7*1,9 см. Свободной жидкости в малом тазу нет.			

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Аборт в ходу при беременности 9/10 недель. Привычное невынашивание. Анемия легкая
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	+	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз - Аборт в ходу при беременности 9/10 недель установлен: - на основании жалоб больной на схваткообразные боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей - на основании данных гинекологического осмотра (Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев пропускает 1 п/п за внутренний зев. Тело матки увеличено до 7/8 недель беременности, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки не увеличены, безболезненные при пальпации с обеих сторон. Своды свободные, глубокие, безболезненные.) - на основании данных УЗИ Тело матки 76x66x73 см, полость матки расширена до 18 мм, содержимое неоднородной эхоструктуры. Правый яичник 2,5*2,2 см, левый яичник 2,7*1,9 см. Свободной жидкости в малом тазу нет. Привычное невынашивание – диагноз поставлен в связи с наличием в анамнезе 2-х выкидышей Анемия легкая - в анализе крови гемоглобин 110 г/л
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Определение группы крови и Rh-фактора пациентки и мужа (при наличии отрицательного Rh-фактора у пациентки и положительного Rh-фактора у супруга, рекомендована профилактика резус-конфликта в том случае, если пациентка не сенсибилизирована к антигену Rh <sub>0</sub> (D) путем применения иммуноглобулина человека антирезус Rh <sub>0</sub> (D) (рекомендовано введение в первые 72 часа после выскабливания полости матки) После выскабливания полости матки в качестве дополнительного метода обследования рекомендовано выполнение комплексного

		гистологического исследования абортного материала с ПЦР-диагностикой инфекций (микоплазма, уреоплазма, хламидии, вирусы герпеса 1,2 типа, цитомегаловирус), а также проведение цитогенетического анализа абортуса.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
V	4	Оказание помощи на догоспитальном этапе :
Э	-	Учитывая маточное кровотечение, срочно вызов сантранспорта и госпитализация в стационар для оказания экстренной врачебной помощи в отделении гинекологии
P2	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана полностью верно
P1	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана не полностью
P0	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана полностью неверно
V	5	<b>Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?</b>
Э	-	<p>1. Учитывая жалобы пациентки, данные объективного осмотра, показано выполнение выскабливания полости матки в экстренном порядке.</p> <p>2. Проведение антибактериальной терапии в течение 7 дней (антибиотики широкого спектра действия)</p> <p>3. Бимануальный осмотр, контроль УЗИ органов малого таза через день после выскабливания полости матки (с целью исключения наличия остатков плодного яйца)</p> <p>Антианемическая терапия – мальтофер 1 табл. 2раз/сут. 1 месяц, контроль анализа крови</p> <p>4. ФТЛ (электрофорез с кальцием на низ живота)</p> <p>После выписки из стационара – контрацепция 6 месяцев</p> <p>Обследование по выявлению причины привычного невынашивания беременности</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- генетическое обследование супружеской пары</li> <li>- обследование на генитальные и экстрагенитальные инфекции</li> <li>- оценка микробиоценоза и флоры влагалища</li> <li>- онкоцитология и кольпоскопия</li> <li>- гормональное обследование – ТТГ, свободный тироксин, ФСГ, ЛГ, 17-ОН, тестостерон, пролактин на 2-3-й день менструального цикла</li> <li>- прогестерон на 20-й день менструального цикла</li> <li>- выявление экстрагенитальной патологии, консультации специалистов по показаниям</li> <li>- Оценка индекса массы тела и глюкозы плазмы крови</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- УЗИ малого таза по фазам менструального цикла, исключение органической патологии органов малого таза</li> <li>- оценка состояния эндометрия – пайпель-биопсия с ИГХ исследованием на 7-8-й день цикла</li> <li>- УЗИ почек</li> <li>- гистеросальпингография или соногистерография, гистероскопия по показаниям для исключения аномалий развития</li> <li>- сбор тромбофилического анамнеза, обследование на антифосфолипидный синдром и наследственные тромбофилии</li> <li>- гомоцистеин крови, коагулограмма</li> <li>- обследование супруга, спермограмма</li> </ul> <p>При выявлении возможной причины невынашивания беременности - ее коррекция и проведение прегравидарной подготовки</p>
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
H	-	016
I	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Пациентка , 30 лет, поступила в отделение гинекологии в экстренном порядке с жалобами задержку менструации, на незначительные тянущие боли внизу живота, темно-коричневые выделения из половых путей. В связи с чем пациентка вызвала сантранспорт, госпитализирована в стационар.</p> <p>При поступлении пациентка предоставила УЗИ органов малого таза, выполненного 10 дней назад: В полости матки одно плодное яйцо диаметром 3,7 см (соответствует 7 недель 3 дня), эмбрион определяется, КТР- 1,0 см (соответствует 7 недель 2 дня), сердцебиение +, отчетливое, желточный мешок +, диаметром 0,4 см, прозрачный. Правый яичник 2,5*2,0 см, левый яичник 2,7*2,5 см, содержит желтое тело диаметром 1,5 см.</p> <p>Пациентка состоит на учете в ЖК, в беременности крайне заинтересована, принимает Витамин Е 200 мг/сут, фолиевую кислоту 1 мг/сут, Дюфастон по 1 табл*3 р/с.</p> <p>Гинекологический анамнез:  Менархе с 11 лет по 5-6 дней через 28-30 дней, регулярные, Последняя менструация в срок.  Половая жизнь с 18 лет, вне брака.  Контрацепция: не предохраняется.  Гинекологические заболевания: Хронический двухсторонний сальпингоофорит.  Беременности- 3 Роды-0 Аборты-1 Выкидыши-2 (2015 год- полный самопроизвольный выкидыш при беременности раннего срока; 2016 год- аборт в ходу при беременности 7/8 недель, по поводу чего выполнялось выскабливание полости матки)</p>

Соматический анамнез:  
Хронические заболевания: отрицает.  
Перенесенные операции: отрицает.  
Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания, ВИЧ, переливание крови в анамнезе отрицает.  
Объективно:  
Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Пульс 70/мин, АД 110/60 мм рт ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные. Стул оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Выделения из половых путей темно-коричневые, мажущие.  
При гинекологическом исследовании:  
При осмотре в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы, визуально не изменена, выделения темно-коричневые, скудные из цервикального канала.  
При влагалищном исследовании: наружный зев шейки матки закрыт. Тело матки увеличено до 6/7 недель беременности, мягковатой консистенции, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненные при пальпации с обеих сторон. Своды свободные.  
Данные лабораторных исследований:

#### 1. Клинический анализ крови

Показатель	Результат	Единицы измерения
Лейкоциты	8,8	10 <sup>9</sup> /л
Нейтрофилы общие	81,3	%
Лимфоциты	13,6	%
Моноциты	3,1	%
Эозинофилы	1,4	%
Базофилы	0,6	%
Нейтрофилы, абсолютное количество	7,4	10 <sup>9</sup> /л
Лимфоциты, абсолютное количество	1,2	10 <sup>9</sup> /л
Моноциты, абсолютное количество	0,3	10 <sup>9</sup> /л
Эозинофилы, абсолютное количество	0,1	10 <sup>9</sup> /л
Базофилы, абсолютное количество	0,1	10 <sup>9</sup> /л
Эритроциты	4,1	10 <sup>12</sup> /л
Гемоглобин	120	г/л
Гематокрит	0,344	л/л
Средний объем эритроцита	86,5	фл
Среднее содержание гемоглобина в эритроците	30,1	пг
Средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах	348	г/л
Распределение эритроцитов по объему	13,3	%
Количество тромбоцитов	320	10 <sup>9</sup> /л
Средний объем тромбоцитов	11,8	фл
Тромбокрит	0,258	10 <sup>2</sup> л/л
Распределение тромбоцитов по объему	16,2	%

Лейкоцитарная формула (микроскопия)		
Нейтрофилы палочкоядерные	5	%
Нейтрофилы сегментоядерные	72	%
Лимфоциты	14	%
Моноциты	9	%

## 2. Общий анализ мочи

Показатель	Результат	Единицы измерения
Глюкоза	Норма	ммоль/л
Белок	+ (0.1г/л)	г/л
Билирубин	-	мкмоль/л
Уробилиноген	Норма	мкмоль/л
РН	5,0	
Кровь	-	мг/л
Кетоны	-	мг/л
Нитриты	-	
Лейкоциты	Не обнаружено	мкл
Прозрачность	Прозрачная	
Удельный вес	1,016	
Цвет	Светло-желтый	

## 3. Биохимический анализ крови

Показатель	Результат	Единицы измерения
Общий белок	70	г/л
АЛТ	21	Ед/л
АСТ	30	Ед/л
Билирубин общий	16	мкмоль/л
Глюкоза	4,3	ммоль/л
Креатинин	48	мкмоль/л
Мочевина	5,0	ммоль/л

## 4. Микробиоценоз из трех точек: влагалище, уретра, цервикальный канал.

Наименование теста	Влагалище	Уретра	Ц/канал
Гарднерелла	обнаружена	Не обнаружена	обнаружена
Трихомонада	Не обнаружена	не обнаружена	Не обнаружена
Особенности микрофлоры	Палочки-скудная	Палочки-скудная	Палочки-скудная
Слизь	Скудная	умеренная	скудная
Лейкоциты	10-20 в поле зрения	единичные	50-100 в поле зрения
Грибы	Не	Не	Не

			обнаружены	обнаружены	обнаружены
		Гонококки	Не обнаружены	Не обнаружены	Не обнаружены
		Эпителиальные клетки	Плоские единичные в поле зрения	Плоские единичные в поле зрения	Плоские единичные в поле зрения
		<p>5. Цитологический мазок</p> <p>Шейка матки- типический плоский эпителий</p> <p>Цервикальный канал - типический плоский и эндоцервикальный эпителий</p> <p>Дополнительно выполнено УЗИ органов малого таза: В полости матки одно плодное яйцо неправильной формы, эмбрион определяется, КТР- 1,2 см (соответствует 7 недель 5 дней), с/б (-) не определяется, желточный мешок +, диаметром 0,4 см, мутный. Правый яичник 2,5*2,2 см, левый яичник 2,7*1,9 см. По передней стенке определяется участок ретрохориальной гематомы размерами 2.3*1,5 см.</p>			
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.			
Э	-	Несостоявшийся выкидыш при беременности 7/8 недель. Привычное невынашивание			
P2	-	Диагноз поставлен верно.			
P1	+	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.			
P0	-	Диагноз поставлен неверно.			
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.			
Э	-	<p>Диагноз несостоявшийся выкидыш при беременности 7/8 недель, привычное невынашивание установлен:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- на основании жалоб пациентки на задержку менструации, наличие темно-коричневых выделений из половых путей, тянущие боли внизу живота</li> <li>- на основании данных гинекологического анамнеза (в анамнезе два эпизода самопроизвольного прерывания беременности)</li> <li>- на основании данных гинекологического исследования: при осмотре в зеркалах – выделения из цервикального канала темно-коричневого цвета; при влагалищном исследовании – размер матки меньше срока беременности</li> <li>- на основании данных УЗИ (лоцируется эмбрион в полости матки, соответствующий 7 неделям беременности, сердцебиение эмбриона отсутствует)</li> </ul>			
P2	-	Диагноз обоснован верно.			
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:			

P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	<p>Пациентке показано:</p> <p>7. Определение группы крови и Rh-фактора пациентки и мужа (при наличии отрицательного Rh-фактора у пациентки и положительного Rh-фактора у супруга, рекомендована профилактика резус-конфликта в том случае, если пациентка не сенсибилизирована к антигену Rh0(D) путем применения иммуноглобулина человека антирезус Rh0(D) (рекомендовано введение в первые 72 часа после выскабливания полости матки)</p> <p>8. После выскабливания полости матки в качестве дополнительного метода обследования рекомендовано выполнение комплексного гистологического исследования абортного материала с ПЦР-диагностикой инфекций (микоплазма, уреаплазма, хламидии, вирусы герпеса 1,2 типа, цитомегаловирус), а также проведение цитогенетического анализа абортуса.</p>
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	<p>План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.</p> <p>или</p> <p>Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.</p>
P0	-	<p>Не названы три и более дополнительных метода обследования.</p> <p>или</p> <p>Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно.</p> <p>или</p> <p>План дополнительного обследования составлен полностью неверно.</p>
B	4	Оказание помощи на догоспитальном этапе
Э	-	Рекомендован физический покой, использование спазмолитиков (папаверин, дротаверин)
P2	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана полностью верно
P1	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана не полностью
P0	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана не верно

В	5	<i>Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?</i>
Э	-	<p>Тактика лечения:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Учитывая скудные темно-коричневые выделения из половых путей, в экстренном выскабливании полости матки на момент осмотра возможно отсрочить. Показано начать антибактериальную терапию (а/б широкого спектра действия), клинико-лабораторное дообследование пациентки (клинический, б/х анализы крови, коагулограмма, общий анализ мочи, группа крови и Rh-фактор, анализ крови на RW, HBsAg, anti-HCV, мазок на флору из влагалища, цитологический мазок), выскабливание полости матки в плановом порядке. При усилении кровянистых выделений из половых путей - выскабливание полости матки в экстренном порядке</li> <li>2. Продолжить проводимую антибактериальную терапию в течение 7 дней</li> <li>3. Контроль клинического анализа крови, общего анализа мочи на следующий день после выскабливания полости матки, и далее по необходимости</li> <li>4. Бимануальный осмотр, контроль УЗИ органов малого таза через день после выскабливания полости матки (с целью исключения наличия остатков плодного яйца)</li> <li>5. ФТЛ (электрофорез с CaCl на низ живота)</li> </ol>
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	017
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больная 43 лет доставлена санитарным транспортом в приемное отделение городской больницы на каталке с жалобами на резкие боли внизу живота, тошноту, рвоту, вздутие живота, которые возникли 3 часа назад после физической нагрузки.</p> <p>Из анамнеза: menarche в 13 лет, менструации по 5-7 дней, через 28 дней, обильные, безболезненные, регулярные. Отмечает увеличение длительности и обильности менструации за последний год. Последняя менструация началась 9 дней назад, в срок. В анамнезе: 2 срочных родов и 1 искусственный аборт в сроке 8 недель, выполненный три года назад, без осложнений. При профилактическом осмотре у акушера-гинеколога 2 года назад диагностирована миома матки, по размерам соответствующая 8 неделям условной беременности.</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые умеренно бледные. Температура тела 37,9°C. Пульс 100 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения,</p>

		<p>ритмичный. АД 120/70 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации в нижних отделах, где выражены положительные перитонеальные симптомы.</p> <p>При гинекологическом исследовании:  При осмотре в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт, слизистые влагалища и шейки матки без патологических изменений. Из цервикального канала скудные темно-кровянистые выделения.  При влагалищном исследовании: Движения за шейку матки болезненные. Тело матки в положении anteflexio versio, соответствует 14 условным неделям беременности, бугристое за счет нескольких миоматозных узлов по передней и задней поверхности матки, плотной консистенции, подвижное, болезненное при пальпации. По передней стенке матки пальпируется субсерозный узел диаметром 8 см, при пальпации резко болезненный. Придатки с обеих сторон без особенностей. Влагалищные своды свободные. Инфильтратов в малом тазу нет.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Множественная миома матки. Нарушение питания субсерозного миоматозного узла. Пельвиоперитонит.
P2	-	Диагноз поставлен верно и полно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологий упущена или неверно оценены осложнения.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз Множественная миома матки установлен на основании данных анамнеза (при профилактическом осмотре у акушера-гинеколога 2 года назад диагностирована миома матки, по размерам соответствующая 8 условным неделям беременности; пациентка отмечает увеличение длительности и обильности менструации за последний год) и объективного осмотра (тело матки в положении anteflexio versio, соответствует 14 условным неделям беременности, бугристое за счет нескольких миоматозных узлов по передней и задней поверхности матки, плотной консистенции, подвижное, по передней стенке субсерозный узел диаметром 8 см).</p> <p>Диагноз Нарушение питания субсерозного миоматозного узла определен по наличию жалоб на резкие боли внизу живота, тошноту, рвоту, вздутие живота, которые возникли 3 часа назад после физической нагрузки, на основании данных объективного осмотра и гинекологического исследования (по передней стенке матки пальпируется субсерозный узел диаметром 8 см, при пальпации резко болезненный).</p> <p>Диагноз Пельвиоперитонит поставлен на основании данных</p>

		объективного осмотра (состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые умеренно бледные, температура тела 37,9°C, пульс 100 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный, АД 120/70 мм рт. ст., живот умеренно вздут, болезненный при пальпации в нижних отделах, где выражены положительные перитонеальные симптомы).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм. или Обоснование одной из нозологических форм дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Перечислите необходимые методы обследования для уточнения диагноза.
Э	-	Клинический анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы и СОЭ (cito!). Определение в сыворотке крови $\beta$ -ХГ (cito!). Определение группы крови и Rh фактора. УЗИ органов малого таза. Диагностическая лапароскопия.
P2	-	Перечислены все необходимые методы обследования верно.
P1	-	Названы не все методы обследования. или Названы все необходимые методы обследования, но также названы неверные методы обследования.
P0	-	Все методы обследования названы неверно.
B	4	Перечислите принципы и методы лечения данного состояния.
Э	-	Основной метод лечения пациентки в данном случае – хирургический. Лечение оперативное, проводится лапароскопическим или лапаротомическим доступом. Объем операции – тотальная или субтотальная гистерэктомия. Параллельно начинается проводится комплексная инфузионная, антибактериальная, противовоспалительная и симптоматическая терапия. Проводится профилактика тромбэмболических осложнений – компрессионные чулки, назначение препаратов гепаринового ряда.
P2	-	Названы верные принципы и методы лечения.
P1	-	Выбраны неполностью правильные принципы и/или методы лечения
P0	-	Ответ неверный полностью.

В	5	<b>Перечислите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз данного состояния.</b>
Э	-	Нарушение питания миоматозного узла необходимо дифференцировать с перекрутом ножки кистомы яичника, внематочной беременностью, апоплексией яичника, острым аппендицитом, пиосальпинксом, пиоваром.
P2	-	Заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз данного состояния, перечислены верно и полностью.
P1	-	Заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз данного состояния, перечислены неполно.
P0	-	Заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз данного состояния, перечислены полностью неверно.
Н	-	018
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больная 38 лет поступила в гинекологическое отделение городской больницы с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей в течение двух недель, слабость, утомляемость, головокружение.</p> <p>Из анамнеза: menarche в 12 лет, менструации по 4-5 дней, через 28-30 дней, обильные, болезненные, регулярные. Отмечает увеличение длительности и обильности менструации за последние полгода. Последняя менструация началась две недели назад, в срок, обильные кровянистые выделения продолжаются в настоящее время. В анамнезе: одни срочные роды и два искусственных аборта в сроке 8 и 10 недель, без осложнений. При профилактическом осмотре у акушера-гинеколога год назад диагностирована миома матки. Половой акт без контрацепции.</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые умеренно бледные. Температура тела 36,7°C. Пульс 86 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. АД 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Перитонеальные симптомы отрицательные.</p> <p>При гинекологическом исследовании:  При осмотре в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Из цервикального канала обильные кровянистые выделения. Слизистые влагалища и шейки матки без патологических изменений.  При влагалищном исследовании: Тело матки в положении anteflexio versio, соответствует 8 условным неделям беременности, бугристое, плотной консистенции, подвижное, безболезненное при пальпации. По передней стенке обнаружены интрамурально-субсерозные узлы диаметром 3 и 6 см, при пальпации безболезненные. Движения за шейку безболезненные. Придатки с обеих сторон не пальпируются, область их при пальпации - безболезненная. Влагалищные своды свободные. Инфильтратов в малом тазу нет.</p>

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Множественная миома матки. Менометроррагия.
P2	-	Диагноз поставлен верно и полно.
P1	-	Диагноз поставлен верно, но не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз Множественная миома матки установлен на основании данных анамнеза (обильные, болезненные менструации, также отмечает увеличение длительности и обильности менструации за последние полгода, при профилактическом осмотре у акушера-гинеколога год назад диагностирована миома матки); данных гинекологического исследования (тело матки соответствует 8 условным неделям беременности, бугристое, плотной консистенции, подвижное, безболезненное при пальпации, по передней стенке обнаружены интрамурально-субсерозные узлы диаметром 3 и 6 см, при пальпации безболезненные).</p> <p>Диагноз Менометроррагия определен на основании жалоб пациентки на обильные кровянистые выделения из половых путей в течение двух недель, начало которых соответствовало менструации, слабость, утомляемость, головокружение; данных гинекологического исследования: при осмотре в зеркалах - из цервикального канала обильные кровянистые выделения.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм. или Обоснование одной из нозологических форм дано неверно.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Перечислите дополнительные методы обследования.
Э	-	Клинический анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы и СОЭ, определение в сыворотке крови $\beta$ -ХГ, определение группы крови и Rh фактора, УЗИ органов малого таза.
P2	-	Перечислены все необходимые методы обследования верно.
P1	-	Названы не все методы обследования. или Названы все необходимые методы обследования, но также названы

		неверные методы обследования.
P0	-	Все методы обследования названы неверно.
B	4	Перечислите принципы и методы лечения данного состояния.
Э	-	Цель лечения на данном этапе – остановка маточного кровотечения. Методы лечения: хирургический (раздельное лечебно-диагностическое выскабливание цервикального канала и стенок полости матки с гистологическим исследованием операционного материала), с последующим назначением консервативной гемостатической терапии (транексамовая кислота). Дальнейшая тактика ведения больной – учитывая репродуктивные планы больной, необходимо выбрать органосохраняющий метод лечения: медикаментозная терапия (по результатам гистологического исследования); - хирургические методы лечения (миомэктомия по показаниям).
P2	-	Названы верные принципы и методы лечения.
P1	-	Выбраны неполностью правильные принципы и/или методы лечения
P0	-	Ответ неверный полностью.
B	5	<b>Назовите показания для хирургического метода лечения миомы матки.</b>
Э	-	Хирургическое лечение миомы матки показано: при больших размерах миоматозных узлов (свыше 12-недельной беременности); при быстром росте миомы матки в размерах (более 5 недель условной беременности за год); при выраженном болевом синдроме; при сочетании миомы матки с опухолью яичника или эндометриозом; при перекруте ножки миоматозного узла и его некрозе; при нарушении функции смежных органов – мочевого пузыря или прямой кишки; при бесплодии (если не выявлено других причин); при субмукозном расположении миомы матки; при подозрении на злокачественное перерождение миомы матки.
P2	-	Перечислены верно все показания для хирургического метода лечения.
P1	-	Названы не все показания для хирургического метода лечения. или Названы все показания для хирургического метода лечения, но также названы неверные показания для хирургического метода лечения.
P0	-	Все показания для хирургического метода лечения названы неверно.
H	-	019

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больная 46 лет обратилась к гинекологу в женскую консультацию с жалобами на обильные менструации со сгустками крови по 8-12 дней, схваткообразные боли во время менструаций, межменструальные кровянистые выделения, слабость, утомляемость, снижение работоспособности.</p> <p>Из анамнеза: menarche с 14 лет, менструации по 4-5 дней, через 29-30 дней, обильные со сгустками крови, болезненные. Отмечает увеличение длительности и обильности менструации за последние четыре месяца. Последняя менструация началась 12 дней назад, в срок. В анамнезе: двое срочных родов и два искусственных аборта в сроках 8 и 9 недель, без осложнений. От беременности не предохраняется. У гинеколога на осмотре была 5 лет назад, патологии не выявлено.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые незначительно бледные. Температура тела 36,2°C. Пульс 82 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. АД 115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Перитонеальные симптомы отрицательные.</p> <p>При осмотре в зеркалах: слизистые влагалища и шейки матки без видимых патологических изменений. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Выделения кровянистые, мажущие.</p> <p>При влагалищном исследовании: Движения за шейку безболезненные. Тело матки в положении anteflexio versio, увеличено до 6 недель условной беременности, умеренно плотной консистенции, подвижное, безболезненное при пальпации. Придатки с обеих сторон не пальпируются, область их при пальпации - безболезненная. Влагалищные своды свободные. Инфильтратов в малом тазу нет.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Миома матки. Менометроррагия. Альгодисменорея.
P2	-	Диагноз поставлен верно и полно.
P1	-	Диагноз поставлен верно, но не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз Миома матки установлен на основании данных анамнеза (увеличение длительности и обильности менструации за последние четыре месяца), данных объективного осмотра (тело матки увеличено соответственно 6 недельному

		сроку беременности). Диагноз Менометроррагия определен на основании жалоб пациентки на обильные менструации со сгустками крови по 8-12 дней, межменструальные кровянистые выделения, слабость, утомляемость, снижение работоспособности. Диагноз Альгодисменорея определен на основании жалоб пациентки на схваткообразные боли во время менструаций
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм. или Обоснование одной из нозологических форм дано неверно.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
V	3	Перечислите дополнительные методы обследования.
Э	-	Клинический анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы и СОЭ, определение в моче ХГЧ, определение группы крови и Rh фактора, УЗИ органов малого таза.
P2	-	Перечислены все необходимые методы обследования верно.
P1	-	Названы не все методы обследования. или Названы все необходимые методы обследования, но также названы неверные методы обследования.
P0	-	Все методы обследования названы неверно.
V	4	По результатам УЗИ: Матка: 6,1-5,2-5,5 см, миометрий диффузно неоднородной структуры, в полости матки визуализируется изоэхогенное миометрию округлое образование с четкими контурами диаметром 2,5 см, исходящее из передней стенки, выявляется умеренный периферический кровоток. Эндометрий 10 мм. Шейка матки не изменена. Правый яичник: 3,0-1,7-1,5 см, обычной эхоструктуры. Левый яичник: 2,5-1,5-2,0 см, обычной эхоструктуры. Свободной жидкости в Дугласовом пространстве нет. Перечислите принципы и методы лечения данного состояния.
Э	-	Необходима госпитализация в гинекологический стационар. Основной принцип лечения – гистероскопия, раздельное лечебно-диагностическое выскабливание цервикального канала и стенок полости матки с последующим гистологическим исследованием операционного материала.
P2	-	Названы верные принципы и методы лечения.
P1	-	Выбраны не полностью правильные принципы и/или методы лечения

P0	-	Ответ неверный полностью.
B	5	<b>Назовите возможные осложнения миомы матки.</b>
Э	-	Наиболее часто миома матки осложняется следующими состояниями: перекрут опухоли, если миоматозный узел на тонком основании или ножке; нарушение питания миомы, возможно, с последующим ее некрозом; длительные и продолжительные менструации (меноррагии); маточные кровотечения (метроррагии); быстрый рост миомы; Нарушение функции смежных органов из-за миомы; бесплодие и/или невынашивание беременности; анемия; озлокачествление миоматозного узла
P2	-	Осложнения миомы матки названы верно.
P1	-	Осложнения миомы матки названы верно, но не полностью.
P0	-	Осложнения миомы матки названы полностью неверно.
H	-	020
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Больная 28 лет поступила в приемное отделение с жалобами на кинжальные боли внизу живота справа, возникшие 3 часа назад, головокружение, тошноту и слабость.</p> <p>Из анамнеза: menarche в 12 лет, менструации по 4-5 дней, через 28-30 дней, умеренные, болезненные, регулярные. Последняя менструация началась две недели назад, в срок, но были необычно скудная и короткая.</p> <p>В анамнезе: 1 искусственный аборт в сроке 8 недель, выполненный два года назад, осложнившийся острым воспалением придатков.</p> <p>Контрацепция: прерванный половой акт.</p> <p>Объективно: Состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые умеренно бледные. Пульс 110 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. АД 100/60 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации в нижних отделах, больше справа. Там же положительные перитонеальные симптомы.</p> <p>В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки цианотичная. Из цервикального канала - скудные темно-красные выделения.</p> <p>PV: шейка матки конической формы, наружный зев закрыт. Движения за шейку матки болезненны. Матка в положении anteflexio versio, несколько больше нормальных размеров, мягковатой консистенции, подвижная, безболезненная. Придатки слева не увеличены, безболезненны. Справа в проекции придатков определяется образование без четких контуров, резко болезненное</p>

		при пальпации. Смещение шейки матки болезненно. Задний свод влагалища нависает, болезненный при пальпации.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Правосторонняя трубная беременность, нарушенная по типу разрыва трубы. Геморрагический шок II ст.
P2	-	Диагноз поставлен верно и полно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью или неверно оценена стадия геморрагического шока.
P0	-	Диагноз поставлен полностью неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз Правосторонняя трубная беременность, нарушенная по типу разрыва трубы установлен на основании данных о том, что у пациентки последняя менструация начались две недели назад, в срок, но были необычно скудная и короткая, на основании данных о том, что пациентка с партнером используют малоэффективный метод контрацепции, на основании жалоб пациентки на кинжальные боли внизу живота справа, возникшие 3 часа назад, мажущие нерегулярные сукровичные выделения из половых путей в течение недели, тошноту и слабость, учитывая данные объективного осмотра (состояние средней тяжести; кожные покровы и видимые слизистые умеренно бледные; пульс 110 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный, АД 100/60 мм рт. ст.; живот умеренно вздут, болезненный при пальпации в нижних отделах, больше справа, там же положительные перитонеальные симптомы; движения за шейку матки болезненны, матка в положении anteflexio versio, несколько больше нормальных размеров, мягковатой консистенции, подвижная, безболезненная, придатки слева не увеличены, безболезненны, справа в проекции придатков определяется образование без четких контуров, резко болезненное при пальпации, смещение шейки матки болезненно, задний свод влагалища нависает, болезненный при пальпации).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Перечислите, какие дополнительные методы обследования необходимы.
Э	-	Клинический анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы и СОЭ (cito!). Определение в сыворотке крови $\beta$ -ХГ (cito!).

		Определение группы крови и Rh фактора. УЗИ органов малого таза. Диагностическая лапароскопия.
P2	-	Дополнительные методы обследования названы верно.
P1	-	Не полностью названы дополнительные методы обследования.
P0	-	Дополнительные методы обследования названы полностью неверно.
B	4	Назовите и обоснуйте дальнейшую тактику ведения в данном случае.
Э	-	Основной принцип лечения данного состояния – хирургический метод. Показано выполнение лапароскопии. Объем операции – правосторонняя тубэктомия.
P2	-	Дальнейшая тактика ведения пациентки в данном случае названа верно.
P1	-	Нет полной тактики ведения пациентки в данном случае.
P0	-	Ответ неверный: названа неверная дальнейшая тактика ведения пациентки в данном случае.
B	5	<b><i>Перечислите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз данного состояния.</i></b>
Э	-	Для дифференциальной диагностики неразвивающейся беременности, самопроизвольного абортом и трубной беременности проводят выскабливание полости матки. При внематочной беременности в соскобе определяется децидуальная ткань без ворсин хориона, феномен Ариас-Стеллы (гиперхромные клетки в эндометрии). При самопроизвольном аборте в соскобе имеются остатки или части плодного яйца, элементы хориона. Прогрессирующую трубную беременность дифференцируют с: маточной беременностью ранних сроков, сальпингоофоритом, нарушением менструального цикла. Прерывание беременности по типу разрыва трубы дифференцируют с: апоплексией яичника; перфорацией язвы желудка и 12-перстной кишки; разрывом селезёнки; перекрутом ножки кисты или опухоли яичника; острым аппендицитом; острым пельвиоперитонитом. Беременность, прервавшаяся по типу разрыва внутреннего плодместилища (трубный аборт), необходимо дифференцировать с: самопроизвольным абортом; обострением хронического сальпингоофорита; дисфункциональным маточным кровотечением; перекрутом ножки опухоли яичника; апоплексией яичника; острым аппендицитом.
P2	-	Заболевания, с которыми необходимо проводить диф. диагностику данного состояния, перечислены верно и полностью.
P1	-	Заболевания, с которыми необходимо проводить диф. диагностику данного состояния, перечислены неполно.
P0	-	Заболевания, с которыми необходимо проводить

		дифференциальный диагноз данного состояния, не перечислены или перечислены полностью неверно.
Н	-	021
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		<p>Больная 30 лет доставлена сан.транспортом в приемное отделение стационара с жалобами на сильные боли внизу живота с иррадиацией в прямую кишку, боли в правой ключице, слабость, головокружение. Заболела два часа назад, когда среди хорошего самочувствия появились резкие, кинжальные боли внизу живота справа, с холодным потом и кратковременной потерей сознания.</p> <p>Анамнез: menarche в 14 лет, менструации по 3-5 дней, через 29-31 день, умеренные, болезненные, регулярные. Последняя менструация началась с задержкой на 14 дней, но была необычно скудная и короткая. После них по до вчерашнего дня выделения из половых путей были светлые, умеренные, а со вчерашнего вечера появились мажущие сукровичные выделения.</p> <p>В анамнезе: 1 срочные роды без осложнений; 2 искусственных аборта при сроке 7 и 10 недель беременности, последний искусственный аборт был выполнен год назад, осложнился острым воспалением придатков матки.</p> <p>Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Температура тела 37,2°C. Пульс 120 ударов в минуту, достаточного наполнения, ритмичный. АД 90/50 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, болезненный в нижних отделах, преимущественно справа. Справа внизу живота определяется симптом Щеткина-Блюмберга. Отмечается притупление перкуторного звука справа внизу живота.</p> <p>В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки несколько цианотичная. Из цервикального канала скудные сукровичные выделения.</p> <p>PV: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Матка в положении anteflexio versio, несколько больше нормальных размеров, мягковатой консистенции, без четких контуров, пальпация затруднена из-за резкой болезненности, легко смещается («плавает»). Придатки слева пальпаторно без изменений. Правые придатки четко не определяются в связи с резкой болезненностью. Смещение шейки матки резко болезненны. Задний свод влагалища уплощен, резко болезнен при пальпации.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Правосторонняя (?) эктопическая (трубная) беременность, прервавшаяся по типу разрыва трубы. Внутрибрюшное кровотечение. Геморрагический шок II стадии.
P2	-	Диагноз поставлен верно и полно.

P1	-	Диагноз поставлен не полностью или неверно оценена стадия геморрагического шока.
P0	-	Диагноз поставлен полностью неверно.
V	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз правосторонней (?) эктопической (трубная) беременности, нарушенной по типу разрыва трубы установлен на основании данных о том, что пациентка заболела два часа назад, когда среди хорошего самочувствия появились резкие, кинжальные боли внизу живота справа, с холодным потом и кратковременной потерей сознания, на основании данных анамнеза (последняя менструация началась с задержкой на 14 дней, но была необычно скудная и короткая. После них по до вчерашнего дня выделения из половых путей были светлые, умеренные, а со вчерашнего вечера появились мажущие сукровичные выделения), на основании жалоб пациентки на сильные боли внизу живота с иррадиацией в прямую кишку, боли в правой ключице, слабость, головокружение, учитывая данные объективного осмотра (матка несколько больше нормальных размеров, мягковатой консистенции, без четких контуров, пальпация затруднена из-за резкой болезненности, легко смещается («плавает»); придатки слева пальпаторно без изменений; правые придатки четко не определяются в связи с резкой болезненностью; смещение шейки матки резко болезненно, задний свод влагалища уплощен, резко болезнен при пальпации).</p> <p>Диагноз Внутреннее кровотечение, Геморрагический шок II стадии определен на основании жалоб пациентки (жалобы на сильные боли внизу живота с иррадиацией в прямую кишку, боли в правой ключице, слабость, головокружение), учитывая данные объективного осмотра (общее состояние тяжелое; кожные покровы и видимые слизистые бледные, пульс 120 ударов в минуту, достаточного наполнения, ритмичный, АД 90/50 мм рт. ст., живот умеренно вздут, болезненный в нижних отделах, преимущественно справа; справа внизу живота определяется симптом Щеткина-Блюмберга, отмечается притупление перкуторного звука справа внизу живота).</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
V	3	Перечислите, какие дополнительные методы обследования необходимы.
Э	-	Клинический анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы и СОЭ (cito!). Определение в сыворотке крови $\beta$ -ХГ (cito!). Определение группы крови и Rh фактора. УЗИ органов малого

		таза. Диагностическая лапароскопия.
P2	-	Дополнительные методы обследования названы верно.
P1	-	Не полностью названы дополнительные методы обследования.
P0	-	Дополнительные методы обследования названы полностью неверно.
V	4	Назовите и обоснуйте дальнейшую тактику ведения в данном случае.
Э	-	<p>В данном клиническом случае, учитывая развитие геморрагического шока II стадии (шоковый индекс Альговера 1,3 соответствует кровопотере не менее 1,5 л, дефицит ОЦК 30%), неотложная помощь будет заключаться в последовательном выполнении мероприятий:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- лапаротомия,</li> <li>- хирургический гемостаз,</li> <li>- правосторонняя тубэктомия,</li> <li>- дренирование брюшной полости.</li> </ul> <p>Параллельно проводится интенсивная противошоковая терапия совместно с анестезиологом-реаниматологом (инфузионно-трансфузионная терапия, направленная на восполнение ОЦК и ликвидацию гиповолемии, повышение емкости крови и нормализацию реологических свойств крови, ликвидацию нарушений микроциркуляции, устранение и /или профилактику нарушений гемокоагуляции – ДВС-синдрома).</p>
P2	-	Названа верно дальнейшая тактика ведения пациентки в данном случае.
P1	-	Нет полной тактики ведения пациентки в данном случае.
P0	-	Ответ неверный: названа неверная дальнейшая тактика ведения пациентки в данном случае.
V	5	<b><i>Перечислите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз данного состояния.</i></b>
Э	-	<p>Для дифференциальной диагностики неразвивающейся маточной беременности, самопроизвольного аборта и эктопической (трубной) беременности проводят выскабливание полости матки. При внематочной беременности в соскобе определяется децидуальная ткань без ворсин хориона, феномен Ариас-Стеллы (гиперхромные клетки в эндометрии). При прерывающейся маточной беременности в соскобе имеются остатки или части плодного яйца, элементы хориона.</p> <p>Прогрессирующую трубную беременность дифференцируют с: маточной беременностью ранних сроков; хроническим воспалением придатков матки, нарушением менструального цикла. Прерывание беременности по типу разрыва трубы дифференцируют с: апоплексией яичника; перфорацией язвы желудка и 12перстной кишки; разрывом печени и селезёнки; перекрутом ножки кисты или опухоли яичника; острым</p>

		<p>аппендицитом; острым пельвиоперитонитом.</p> <p>Беременность, прервавшаяся по типу разрыва внутреннего плодместилища (трубный аборт), необходимо дифференцировать с: самопроизвольным абортом; обострением хронического сальпингоофорита; перекрутом ножки опухоли яичника; апоплексией яичника; острым аппендицитом.</p>
P2	-	<p>Заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз данного состояния, перечислены верно и полностью.</p>
P1	-	<p>Заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз данного состояния, перечислены неполно.</p>
P0	-	<p>Заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз данного состояния, перечислены полностью неверно.</p>
H	-	022
I	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В женскую консультацию обратилась пациентка 39 лет с жалобами на периодически возникающие тянущие боли внизу живота в течение последних 3 месяцев. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно не лечилась</p> <p>Анамнез заболевания: У гинеколога не наблюдается в течение 3 лет. В течение последних 3 месяцев появились тянущие боли внизу живота.</p> <p>Гинекологический анамнез: Менархе с 13 лет, менструации через 28-30 дней, по 5-7 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 20 лет.</p> <p>В анамнезе – одни срочные физиологические роды, один искусственный аборт на сроке беременности 6 недель.</p> <p>Гинекологические заболевания – отрицает.</p> <p>Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледной окраски и нормальной влажности. Пульс 72 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД -120/80 мм рт.ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет.</p> <p>Рост- 169 см. Вес- 57 кг. ИМТ -20,0</p> <p>Гинекологический статус: в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки без видимых патологических изменений. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев цервикального канала щелевидный. При влагалищном исследовании матка в положении anteflexio-versio, нормальных размеров, плотной консистенции, подвижная, безболезненная при пальпации. Правые придатки не определяются, область их безболезненна при пальпации. В области левых придатков, кзади от матки определяется округлое образование туго-эластической консистенции, размерами около 8 см, подвижное, безболезненное при пальпации. Влагалищные своды свободные.</p>

		<p>Инфильтратов в параметри нет.</p> <p>Клинический анализ крови: Лейкоциты <math>7,4 \times 10^9/\text{л}</math> (4,00 - 9,00); Эритроциты <math>3,06 \times 10^{12}/\text{л}</math> (3,90 - 4,70); Гемоглобин 136 г/л (120 – 140); Гематокрит 38% (36 – 42); Тромбоциты <math>290 \times 10^9/\text{л}</math> (180 – 320); Нейтрофилы абс <math>5,00 \times 10^9/\text{л}</math> (2,04 - 5,80); Моноциты абс. <math>0,30 \times 10^9/\text{л}</math> (0,09 – 0,60); Эозинофилы абс. <math>0,10 \times 10^9/\text{л}</math> (0,02 – 0,30); Базофилы абс. <math>0,000 \times 10^9/\text{л}</math> (0,000 – 0,065).</p> <p>Анализ крови на онкомаркеры:  СА 125 опухолеассоциированный антиген – 12,0 Ед/мл (норма до 34,0)  СА 15-3 опухолеассоциированный антиген - 11,00 Ед/мл (норма до 25,00)  Раковый эмбриональный антиген ( РЭА) – 2,9 нг/мл ( норма до 4,7)  НЕ 4 – 15 пмоль/л (пременопауза до 70; постменопауза до 140).  УЗИ органов малого таза: матка размерами 43 x 40x 39 мм структура миометрия однородная. Эндометрий однородный, толщиной 6 мм (соответствует пролиферативной фазе менструального цикла), без патологических включений. Правый яичник размерами 24 x 20 x19 мм, типично расположен. Фолликулярный аппарат: до 6 фолликулов в 1 срезе по периферии яичника. Левый яичник размерами 80 x 67 x 63 мм, в структуре яичника определяется округлое образование с тонкой капсулой, гладкой внутренней поверхностью, без разрастаний по внутренней поверхности капсулы, с однородным анэхогенным содержимым. При ЦДК отмечается умеренная васкуляризация в капсуле образования. Свободной жидкости в малом тазу нет.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Опухоль левого яичника
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз: Опухоль левого яичника установлен:</p> <p>-на основании осмотра: в области левых придатков, кзади от матки определяется округлое образование туго-эластический консистенции, размерами около 8 см, подвижное, безболезненное при пальпации.</p> <p>- на основании УЗИ органов малого таза - Левый яичник размерами 80 x 67 x 63 мм, в структуре яичника определяется округлое образование с тонкой капсулой, гладкой внутренней поверхностью,</p>

		без разрастаний по внутренней поверхности капсулы, с однородным анэхогенным содержимым. При ЦДК отмечается умеренная васкуляризация в капсуле образования.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Какого объема обследования необходимо провести?
Э	-	Аспирационная биопсия эндометрия – перед планированием хирургического вмешательства. Фиброгастродуоденоскопия – исключения патологии желудка; Фиброколоноскопия – с целью исключения патологии кишечника. Рентгенография органов грудной клетки. УЗИ молочных желез.
P2	-	Объем обследования указан полностью верно.
P1	-	Объем обследования указан верно, однако нет обоснования.
P0	-	Объем обследования указан полностью неверно.
В	4	Какие данные клинико-лабораторного обследования свидетельствуют о доброкачественной природе опухоли яичника?
Э	-	Учитывая УЗ –картину – отсутствие разрастаний по внутренней капсуле образования яичника, однородное анэхогенное содержимое, а также, данные онкомаркеров – СА125, НЕ 4 в пределах референсных значений, образование в левом яичнике – вероятнее всего доброкачественная серозная опухоль.
P2	-	Данные клинико-лабораторного обследования указаны полностью верно
P1	-	Данные клинико-лабораторного обследования указаны не полностью
P0	-	Данные клинико-лабораторного обследования указаны полностью неверно
В	5	Какова тактика ведения пациентки?
Э	-	Пациентке показано проведение хирургического лечения в объеме цистэктомии (лапароспическим или лапаротомным доступом). Предпочительно использование лапароскопического доступа.
P2	-	Тактика ведения сформулирована верно.
P1	-	Тактика ведения сформулирована верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения сформулирована полностью неверно.

Н	-	023
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В приемное отделение стационара бригадой скорой медицинской помощи доставлена пациентка 29 лет с жалобами на интенсивные боли в правых нижних отделах живота, слабость, тошноту.</p> <p>Анамнез заболевания: У гинеколога наблюдается регулярно.</p> <p>Сегодня после занятий спортом появилась резкие боли в правой подвздошной области, тошнота, была однократная рвота.</p> <p>Самостоятельно принимала спазмолитические средства (Но-шпа) - без существенного положительного эффекта. Постепенно болевой синдром усиливался. В связи с отсутствием эффекта от проводимого лечения и усиления болевого синдрома вызвала бригаду скорой медицинской помощи, в экстренном порядке доставлена в приемное отделение стационара.</p> <p>Гинекологический анамнез: менархе с 13 лет, менструации через 30-37 дней, по 5 -7 дней, умеренные, безболезненные. Первый день последней менструации – 27 дней назад. Половая жизнь с 20 лет. В анамнезе беременностей не было.</p> <p>Гинекологические заболевания – Фолликулярная киста правого яичника 2 года назад - консервативное лечение.</p> <p>Хронические заболевания - хронический гастрит в стадии ремиссии.</p> <p>Объективно: Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледной окраски, влажные. Пульс 80 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД -120/80 мм рт.ст. Температура тела 37,4 С. Живот вздут, напряжен, умеренно болезненный при пальпации в нижних отделах, преимущественно справа. Симптомы раздражения брюшины положительные. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.</p> <p>Рост- 176 см. Вес- 56 кг. ИМТ -18,2</p> <p>Гинекологический статус. В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки без видимых патологических изменений. Шейка матки конической формы, наружный зев цервикального канала точечный. Влагалищное исследование затруднено вследствие напряжения мышц передней брюшной стенки. Матка в положении anteflexio-versio, не увеличена, плотной консистенции, подвижная, безболезненная при пальпации. В области правых придатков, перед маткой определяется округлое образование туго-эластической консистенции, размерами около 8 см, подвижное, резко болезненное при пальпации. Левые придатки не определяются, область их безболезненна при пальпации. Влагалищные своды свободные. Тракции за шейку матки резко болезненные.</p> <p>Клинический анализ крови: Лейкоциты 12,4 x 10<sup>9</sup>/л (4,00 - 9,00); Эритроциты 3,06 x 10<sup>12</sup>/л (3,90 -4,70); Гемоглобин 124 г/л (120 – 140); Гематокрит 38% (36 – 42); Тромбоциты 280 x 10<sup>9</sup>/л (180 – 320); Нейтрофилы абс 5,00 x 10<sup>9</sup>/л (2,04 - 5,80); Моноциты абс. 0,30 x 10<sup>9</sup>/л (0,09 – 0,60); Эозинофилы абс. 0,10 x 10<sup>9</sup>/л (0,02 – 0, 30);</p>

		<p>Базофилы абс. 0,000 x 10<sup>9</sup>/л (0,000 – 0,065); СОЭ- 27 мм/час.  Общий анализ мочи: Глюкоза – 0; Белок – 0; рН - 6,5; Лейкоциты – 0-1 в п/зр, эритроциты – 0-1 в п/зр; кетоны -0; Прозрачность – прозрачная; Удельный вес – 0,01; Цвет – соломенно-желтый.  УЗИ органов малого таза: матка размерами 38 x 35x 37 мм структура миометрия однородная. Эндометрий однородный, толщиной 10 мм (соответствует секреторной фазе менструального цикла), без патологических включений. Шейка матки размером до 29 x23 мм, цервикальный канал не расширен. В области правого яичника визуализируется округлое образование с тонкой капсулой, гладкой внутренней поверхностью, анэхогенным, гипоэхогенным содержимым, размерами 90 x 87 x90 мм. При ЦДК-нарушение кровотока. Левый яичник размерами 25 x 23 x 20 мм, без патологических включений. Свободная жидкость в малом тазу в незначительном количестве (30 мл).</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Опухоль правого яичника. Перекрут ножки опухоли?
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз: Опухоль правого яичника (перекрут ножки опухоли?) установлен:  -на основании анамнеза: боли в правой подвздошной области возникли после занятий спортом. Постепенно усиливающийся болевой синдром, тошнота, рвота, отсутствие эффекта от проводимой терапии спазмолитиками.  - на основании осмотра: Температура тела 37,4 С. Живот вздут, напряжен, умеренно болезненный при пальпации в нижних отделах, преимущественно справа. Симптомы раздражения брюшины положительные. Напряжение мышц передней брюшной стенки. В области правых придатков, перед маткой определяется округлое образование туго-эластической консистенции, размерами около 8 см, подвижное, резко болезненное при пальпации. Тракции за шейку матки резко болезненные.  - на основании УЗИ органов малого таза - В области правого яичника визуализируется округлое образование с тонкой капсулой, гладкой внутренней поверхностью, анэхогенным, гипоэхогенным содержимым, размерами 90 x 87 x90 мм. При ЦДК-нарушение кровотока.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.

P1	-	Диагноз обоснован не полностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
Э	-	Дифференциальный диагноз проводить с острым аппендицитом, почечной коликой, апоплексией яичника.
P2	-	Дифференциальная диагностика указана полностью верно.
P1	-	Дифференциальная диагностика указана верно, однако нет обоснования.
P0	-	Дифференциальная диагностика указана полностью неверно.
B	4	Какое дополнительное обследование необходимо провести с целью дифференциальной диагностики?
Э	-	С целью исключения почечной колики- необходимо проведение УЗИ почек. С целью исключения – острого аппендицита – консультация хирурга, диагностическая лапароскопия.
P2	-	Перечень необходимого дополнительного обследования указаны полностью верно
P1	-	Перечень необходимого дополнительного обследования указаны не полностью
P0	-	Перечень необходимого дополнительного обследования указаны полностью неверно
B	5	Какова тактика ведения пациентки?
Э	-	Пациентке показано проведение хирургического лечения в экстренном порядке. Проведение диагностической лапароскопии, ревизии органов малого таза и органов брюшной полости (осмотр петель кишечника, аппендикса, печени, желудка). Учитывая возраст пациентки – 29 лет, не реализованную репродуктивную функцию, предпочтительно органосохраняющее лечение. При отсутствии признаков некроза яичника ножку опухоли раскручивают, наблюдают за восстановлением кровообращения в тканях. В случае исчезновения ишемии и венозного застоя возможно проведение цистэктомии яичника. В случае сохранения ишемии, - проведение аднексэктомии справа.
P2	-	Тактика ведения сформулирована верно.
P1	-	Тактика ведения сформулирована верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения сформулирована полностью неверно.

Н	-	024
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В женскую консультацию обратилась пациентка 60 лет с жалобами на периодически возникающие кровянистые выделения из половых путей, тянущие боли внизу живота в течение последних 3 месяцев. Гинекологический анамнез: Постменопауза 5 лет (с 55 лет). В анамнезе – одни срочные физиологические роды и 2 искусственных аборта (На сроке беременности 5 и 7 недель) без осложнений.</p> <p>Гинекологические заболевания – отрицает</p> <p>Хронические заболевания - Сахарный диабет 2 типа, стадия компенсации. Гипертоническая болезнь 2 ст, 2 ст, риск 3.</p> <p>Объективно: Состояние удовлетворительное. Рост- 165 см. Вес- 98 кг. ИМТ -36. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледно-розовой окраски и нормальной влажности. Пульс 72 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД -130/80 мм рт.ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах.</p> <p>Гинекологический статус: В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки без видимых патологических изменений. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев цервикального канала щелевидный.</p> <p>При влагалищном исследовании матка в положении anteflexio-versio, не увеличена, плотной консистенции, подвижная, безболезненная при пальпации. Правые, левые придатки не определяются, область их безболезненна при пальпации.</p> <p>Влагалищные своды свободные. Инфильтрации параметрия нет.</p> <p>Клинический анализ крови: Лейкоциты 16,8 x 10<sup>9</sup>/л(4,00 - 9,00); Эритроциты 3,86 x 10<sup>12</sup>/л (3,90 -4,70); Гемоглобин 121 г/л (120 – 140); Гематокрит 37% (36 – 42); Тромбоциты 310 x 10<sup>9</sup>/л (180 – 320); Нейтрофилы абс 5,00 x 10<sup>9</sup>/л (2,04 - 5,80); Моноциты абс. 0,30 x 10<sup>9</sup>/л (0,09 – 0,60); Эозинофилы абс. 0,10 x 10<sup>9</sup>/л (0,02 – 0, 30); Базофилы абс. 0,000 x 10<sup>9</sup>/л (0,000 – 0,065).</p> <p><u>УЗИ органов малого таза:</u> матка размерами 56 x 44x 57 мм структура миометрия однородная. Эндометрий неоднородный, с множественными гиперэхогенными включениями, толщиной 11 мм, с признаками поверхностной инвазии в миометрий (нечеткая граница между миометрием и эндометрием), с усиленным кровотоком при ЦДК. Шейка матки размером до 29 x23 мм, цервикальный канал не расширен. Правый яичник размерами 20*18*13 мм; левый яичник 20*15*15 мм, без патологических образований. Тазовые лимфатические узлы не визуализируются. Свободной жидкости в малом тазу нет.</p> <p>Выполнена гистероскопия, отдельное выскабливание полости матки и цервикального канала.</p> <p><u>По данным гистологического исследования</u> - В присланных соскобах среди масс крови структуры высокодифференцированной эндометриоидной аденокарциномы.</p>

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Рак тела матки IA стадии cT1aN0M0
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз: Рак тела матки IA стадии cT1aN0M0 - на основании анамнеза – кровянистые выделения из половых путей в постменопаузе - на основании обследования: по данным УЗИ органов малого таза эндометрий толщиной 11 мм (норма для постменопаузы – менее 5 мм); глубина инвазии в миометрий менее половины толщины (T1a), тазовые лимфатические узлы не визуализируются (N0); гистологическое исследование – высокодифференцированная эндометриоидная аденокарцинома.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Какое объем обследования необходимо провести?
Э	-	Необходимо выполнить МРТ органов малого таза (с целью уточнения глубины инвазии в миометрий, а также уточнения состояния регионарных лимфатических узлов). Рентгенография ( компьютерная томография органов грудной клетки), маммография, УЗИ органов брюшной полости ( КТ органов брюшной полости) с целью исключения отдаленных метастазов.
P2	-	Объем обследования указан полностью верно.
P1	-	Объем обследования указан верно, однако нет обоснования.
P0	-	Объем обследования указан полностью неверно.
В	4	Какова тактика ведения данной пациентки?
Э	-	Пациентке показано проведение хирургического лечения. Учитывая низкий риск метастазирования (поверхностная инвазия в

		миометрий, высокую степень дифференцировки опухоли, отсутствие признаков увеличения и изменения тазовых лимфатических узлов) – показано проведение хирургического лечения в объеме экстирпации матки с придатками (лапаротомным или лапароскопическим доступом). Учитывая наличие у пациентки ожирения 2 ст – предпочтителен лапароскопический доступ).
P2	-	Тактика ведения отражена полностью верно
P1	-	Тактика ведения отражена не полностью
P0	-	Тактика ведения отражена полностью неверно
В	5	Какова тактика ведения пациентки при выявлении по данным гистологического исследования высокодифференцированной эндометриоидной аденокарциномы с инвазией в миометрий более 1/3 толщины?
Э	-	При получении окончательного гистологического исследования с данными об инвазии миометрия более 1/3 толщины, пациентке показано проведение послеоперационной лучевой терапии.
P2	-	Тактика ведения сформулирована верно.
P1	-	Тактика ведения сформулирована верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения сформулирована полностью неверно.
Н	-	025
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В женскую консультацию обратилась пациентка 35 лет с жалобами на кровянистые выделения из половых путей после полового контакта, тянущие боли внизу живота в течение последних 2 месяцев.</p> <p>Анамнез заболевания: У гинеколога не наблюдается в течение 5 лет. 2 месяца назад появились контактные кровянистые выделения и межменструальные кровянистые выделения. Обратилась к гинекологу по месту жительства, при цитологическом исследовании соскоба шейки матки - признаки высокодифференцированного ороговевающего плоскоклеточного рака.</p> <p>Гинекологический анамнез: Менархе с 12 лет, менструации через 28-30 дней, по 5-7 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 17 лет. Последняя менструация началась в срок, 10 дней назад.</p> <p>В анамнезе – одни срочные физиологические роды (без осложнений), 3 искусственных аборта (выскабливание полости матки в сроке беременности 6-7 недель) без осложнений.</p> <p>Гинекологические заболевания: хронический двусторонний сальпингоофорит с 2000 года (последнее обострение в 2015 году),</p>

		<p>эктопия шейки матки - диатермоэксцизия в 2011 году</p> <p>Хронические заболевания: хронический гастрит в стадии ремиссии.</p> <p>Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледной окраски и нормальной влажности. Пульс 72 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД -120/80 мм рт.ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах.</p> <p>Рост- 161 см. Вес- 55 кг. ИМТ -21,2</p> <p>Гинекологический осмотр:</p> <p>В зеркалах: слизистая влагалища без видимых патологических изменений, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев цервикального канала щелевидный, с эктопией вокруг наружного зева 1,5*1,5 см.</p> <p>PV: матка в положении anteflexio-versio, не увеличена, плотной консистенции, подвижная, безболезненная при пальпации.</p> <p>Придатки с обеих сторон четко не определяются, область их безболезненна при пальпации. Смещение шейки матки безболезненно. Влагалищные своды свободны. Инфильтратов в области малого таза нет, боковые своды свободные.</p> <p>Клинический анализ крови: Лейкоциты <math>10,4 \times 10^9/\text{л}</math> (4,00 - 9,00); Эритроциты <math>3,05 \times 10^{12}/\text{л}</math> (3,90 - 4,70); Гемоглобин 123 г/л (120 - 140); Гематокрит 36% (36 - 42); Тромбоциты <math>324 \times 10^9/\text{л}</math> (180 - 320); Нейтрофилы абс <math>4,00 \times 10^9/\text{л}</math> (2,04 - 5,80); Моноциты абс. <math>0,20 \times 10^9/\text{л}</math> (0,09 - 0,60); Эозинофилы абс. <math>0,13 \times 10^9/\text{л}</math> (0,02 - 0,30); Базофилы абс. <math>0,000 \times 10^9/\text{л}</math> (0,000 - 0,065).</p> <p><u>УЗИ органов малого таза:</u> матка размерами 36*38*37 мм, структура миометрия однородная. Эндометрий толщиной 8 мм (соответствует пролиферативной фазе менструального цикла), однородный. Шейка матки размером до 27*38 мм, в средней и нижней трети солидное сниженной эхогенности образование 12*10 мм. В режиме ЦДК определяется патологически повышенные сигналы кровотока.</p> <p>Правый яичник размерами 25*20*14 мм, типично расположен, в срезе визуализируется 4-5 фолликулов диаметром 3-5 мм. Левый яичник размерами 25*23*20 мм, типично расположен, аналогичной структуры. Подвздошные сосуды свободны, данных за увеличение тазовых лимфатических узлов нет. Свободная жидкость в малом тазу не определяется.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Рак шейки матки IA стадии cT1aN0M0. ОАГА. Хронический гастрит (ремиссия)
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.

В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз: Рак шейки матки IA стадии cT1aN0M0 поставлен</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- на основании анамнеза: контактные, межменструальные кровянистые выделения из половых путей, тянущие боли внизу живота</li> <li>- на основании анамнеза: данные цитологическом исследования мазков шейки матки (признаки высокодифференцированного ороговевающего плоскоклеточного рака)</li> <li>- на основании данных УЗИ органов малого таза: шейка матки размером до 27 x 38 мм, в средней и нижней трети солидное сниженной эхогенности образование 12 x 10 мм. В режиме ЦДК определяется патологически повышенные сигналы кровотока.</li> </ul> <p>Диагноз: ОАГА поставлен</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- на основании анамнеза: 3 искусственных аборта (выскабливание полости матки в сроке беременности 6-7 недель) без осложнений</li> <li>- на основании анамнеза: хронический двусторонний сальпингоофорит с 2000 года (последнее обострение в 2015 году)</li> <li>- на основании анамнеза: эктопия шейки матки - диатермозэкцизия в 2011 году</li> </ul> <p>Диагноз: хронического гастрита поставлен на основании анамнеза.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Какое объем обследования необходимо провести?
Э	-	<p>Необходимо выполнить МРТ органов малого таза (с целью уточнения размеров опухоли шейки матки, инвазии в параметрии, оценки состояния регионарных лимфатических узлов.</p> <p>С целью гистологической верификации опухолевого поражения шейки матки, а также размеров опухоли и глубины инвазии опухоли, необходимо проведение конизации шейки матки с последующим гистологическим исследованием. Цистоскопия - с целью оценки стенок мочевого пузыря, исключения сдавления стенок мочевого пузыря или прорастания опухоли. Рентгенография органов грудной клетки (компьютерная томография органов грудной клетки) - с целью определения отдаленных метастазов.</p>
P2	-	Объем обследования указан полностью верно.
P1	-	Объем обследования указан верно, однако нет обоснования.
P0	-	Объем обследования указан полностью неверно.

В	4	Какова тактика ведения пациентки, если по результатам дообследования: - по данным гистологического исследования конуса шейки матки: фрагменты резецированной шейки матки. Плоскоклеточный умеренно-дифференцированный неороговевающий рак с глубиной инвазии не менее 2 мм, прилежит к краям резекции - по данным МРТ органов малого таза: шейка матки размерами 32*35 мм, цервикальный канал не расширен. Отмечается неравномерное утолщение эндоцервикса. Строма шейки матки умеренно отечна, на этом фоне на уровне задней губы шейки матки имеется участок измененного МР- сигнала размерами 6 x 8 мм, с наличием достаточно четких контуров, с МР- сигналом от опухолевой ткани. Задний свод влагалища укорочен. Стенки влагалища интактны. Перехода процесса на параметральную клетчатку не отмечено. Боковые стенки таза интактны. Тазовые лимфатические узлы не увеличены.
Э	-	Учитывая данные гистологического исследования и МРТ органов малого таза, у пациентки рак шейки матки сT1aN0M0. Показано проведение хирургического лечения в объеме лапаротомии, радикальной гистерэктомии с двусторонней тазовой лимфаднэктомией (операция Вертгейма).
P2	-	Тактика ведения отражена полностью верно
P1	-	Тактика ведения отражена не полностью
P0	-	Тактика ведения отражена полностью неверно
В	5	Какова дальнейшая тактика ведения пациентки после хирургического лечения?
Э	-	В послеоперационном периоде показано проведение послеоперационной лучевой терапии.
P2	-	Тактика ведения сформулирована верно.
P1	-	Тактика ведения сформулирована верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения сформулирована полностью неверно.
Н	-	026
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	В приемное отделение стационара бригадой скорой медицинской помощи доставлена пациентка 46 лет с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, общую слабость. Анамнез заболевания: У гинеколога не наблюдается в течение 7 лет. В течение последних 3 месяцев беспокоят периодически

		<p>возникающие незначительные кровянистые выделения из половых путей. За медицинской помощью не обращалась. Сегодня появились обильные кровянистые выделения из половых путей, вызвала бригаду скорой медицинской помощи, в экстренном порядке доставлена в приемное отделение стационара.</p> <p>Гинекологический анамнез: Менархе с 12 лет, менструации через 28-30 дней, по 5 -7 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 17 лет. Последняя менструация в срок, 18 дней назад.</p> <p>В анамнезе: двое срочных физиологических родов (без осложнений), 1 искусственный аборт (на сроке беременности 6-7 недель) без осложнений.</p> <p>Гинекологические заболевания: хронический двусторонний сальпингоофорит с 2009 года (последнее обострение в 212 году), эктопия шейки матки - диатермокоагуляция в 2011 году.</p> <p>Хронические заболевания: хронический холецистит в стадии ремиссии. Ожирение 2 ст.</p> <p>Объективно: Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледной окраски и нормальной влажности. Пульс 80 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД -120/80 мм.рт.ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Рост - 165 см. Вес - 100 кг. ИМТ - 36,7</p> <p>Гинекологический статус: В зеркалах: слизистая влагалища визуально не изменена, влагалищная порция шейки матки превращена в контактно кровоточащую опухоль смешанного характера, размерами около 4 см, не достигающую сводов влагалища. При влагалищном исследовании: Матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная при пальпации. Правые, левые придатки четко не определяются, область их безболезненна при пальпации. Определяется умеренная двусторонняя инфильтрация параметрия в близлежащих к шейке отделах.</p> <p>Клинический анализ крови: Лейкоциты <math>11,5 \times 10^9/\text{л}</math> (4,00 - 9,00); Эритроциты <math>2,89 \times 10^{12}/\text{л}</math> (3,90 - 4,70); Гемоглобин 101 г/л (120 - 140); Гематокрит 27% (36 - 42); Тромбоциты <math>278 \times 10^9/\text{л}</math> (180 - 320); Нейтрофилы абс <math>4,00 \times 10^9/\text{л}</math> (2,04 - 5,80); Моноциты абс. <math>0,20 \times 10^9/\text{л}</math> (0,09 - 0,60); Эозинофилы абс. <math>0,13 \times 10^9/\text{л}</math> (0,02 - 0,30); Базофилы абс. <math>0,000 \times 10^9/\text{л}</math> (0,000 - 0,065). СОЭ- 52 мм/час.</p> <p><u>УЗИ органов малого таза:</u> Матка размерами 58*50*55 мм, миометрий неоднородный. М-эхо 12 мм. Эндометрий ровный, гладкий. Яичники не изменены. В проекции шейки матки визуализируется гипоехогенное образование размерами 49*39 мм, инфильтрирующее всю строму шейки, прорастающее серозную оболочку передней губы шейки и подрастающее к задней стенке мочевого пузыря без ее прорастания. При проведении цветного доплеровского картирования в образовании - множественные патологические сосуды</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Рак шейки матки IIВ стадии сT2bNxMx. ОГА. Хронический холецисти (ремиссия). Ожирение II ст.

P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологии не учтена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз: Рак шейки матки II2 стадии cT1bNxMx</p> <p>- на основании анамнеза – контактные, межменструальные кровянистые выделения из половых путей, тянущие боли внизу живота в течение 3 месяцев</p> <p>- на основании осмотра - влагалищная порция шейки матки превращена в контактно кровоточащую опухоль смешанного характера, размерами около 6 см, не достигающую сводов влагалища. При влагалищном исследовании определяется умеренная инфильтрация параметриев в близлежащих к шейке отделах.</p> <p>- на основании данных УЗИ органов малого таза - В проекции шейки матки визуализируется гипэхогенное образование размерами 49 x39 мм, инфильтрирующее всю строму шейки, прорастающее серозную оболочку передней губы шейки и подрастающее к задней стенке мочевого пузыря без ее прорастания.</p> <p>Диагноз: ОАГА поставлен</p> <p>- на основании анамнеза: хронический двусторонний сальпингоофорит с 2009 года (последнее обострение в 2012 году)</p> <p>- на основании анамнеза: эктопия шейки матки - диатермоэксцизия в 2011 году</p> <p>Диагноз хронического холецистита поставлен на основании анамнеза</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Какова тактика ведения пациентки на данном этапе медицинской помощи?
Э	-	Учитывая кровянистые выделения из половых путей, отсутствие признаков патологии полости матки – показано проведение гемостатической, инфузионной терапии. С целью верификации диагноза проведение биопсии шейки матки. Тактика ведения по результатам гистологического исследования. Дообследование в плановом порядке.
P2	-	Тактика ведения указана полностью верно.
P1	-	Тактика ведения указана верно, однако нет обоснования.

P0	-	Тактика ведения указана полностью неверно.
B	4	Какова тактика ведения пациентки, и какое обследование необходимо провести перед началом специализированного лечения, если при дообследовании по данным гистологического исследования биоптата шейки матки выявлен умеренно-дифференцированный плоскоклеточный рак шейки матки.
Э	-	МРТ органов малого таза (с целью оценки размеров опухоли, распространения опухолевой инфильтрации на параметрии, состояния пузырно-маточного клетчатки, регионарных лимфатических узлов). КТ органов грудной клетки и брюшной полости – с целью исключения отдаленных метастазов. Цистоскопия – оценка стенок мочевого пузыря, исключения сдавления стенок мочевого пузыря или прорастания опухоли
P2	-	Объем дообследования отражен полностью верно
P1	-	Объем дообследования отражен не полностью
P0	-	Объем дообследования отражен полностью неверно
B	5	Какова тактика ведения пациентки, если получены следующие данные МРТ органов малого таза: Шейка матки увеличена в размерах до 54*31 мм. В нижней трети шейки матки, по передней губе определяется опухолевое образование, дистально распространяющееся на передний свод, на переднюю стенку влагалища до уровня средней трети. На постконтрастных изображениях отмечается менее интенсивное накопление парамагнетика опухолевой тканью - гиповаскулярный тип. Паракольпиум имеет тяжистую структуру, преимущественно справа, что не позволяет исключить микроиизию до 4 мм. Цервикальный канал прослеживается. Мочевой пузырь умеренно наполнен, стенки его не утолщены, без внутрисветных образований. Тазовые отделы мочеточников не расширены. Прямая кишка структурна. Параректальное пространство не изменено. По ходу наружных подвздошных сосудов с двух сторон определяются единичные лимфатические узлы округлой формы, неоднородной структуры диаметром до 9 мм. Вдоль внутренних подвздошных сосудов справа определяется образование размерами 15*12 мм - вероятнее всего, структурно измененный лимфатический узел Свободной жидкости в малом тазу нет. Костно-деструктивных изменений не выявлено.
Э	-	Пациентке показано проведение комбинированного лечения (неoadьювантная химиолучевая/химиотерапия с последующей оценкой эффекта от проведенного лечения. При достижении резектабельности опухоли, проведение хирургического лечения в объеме операции Вертгейма, с последующим проведение

		адьювантной лучевой терапии. При отсутствии эффекта от неoadьювантной терапии - проведение радикального курса сочетанной химиолучевой терапии.
P2	-	Тактика ведения сформулирована верно.
P1	-	Тактика ведения сформулирована верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения сформулирована полностью неверно.
Н	-	027
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Пациентка, 24 лет, была доставлена в приёмный покой стационара машиной скорой помощи с жалобами на тянущие боли внизу живота. Впервые данные симптомы отметила день назад. В медицинские учреждения не обращалась, тест на беременность положительный (со слов), УЗИ органов малого таза не выполнялось, анализ крови на ХГЧ не сдавала. В связи с появлением болей и кровянистых выделений из половых путей вызвала сантранспорт, госпитализирована в стационар.</p> <p>Гинекологический анамнез:  Менархе с 12 лет по 5-7 дней через 28-30 дней, регулярные, умеренные, болезненные. Последняя менструация началась 50 дней назад.</p> <p>Половая жизнь с 16 лет, вне брака.  Контрацепция: прерванный половой акт.  Гинекологические заболевания отрицает  Беременности в анамнезе отрицает.  Соматический анамнез: миопия средней степени.  Хронические заболевания:  Хронический гастрит (последнее обострение 2 года назад).  Перенесенные операции отрицает.  Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания, ВИЧ, переливание крови в анамнезе отрицает.</p> <p>Объективно:  Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Рост 156 см, вес 49 кг.  Пульс 67 ударов/мин, ритмичный. АД 110/70 мм рт ст.  Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные. Стул оформленный. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Выделения из половых путей на момент осмотра светлые, умеренные.</p> <p>Гинекологический осмотр:  PS: слизистая влагалища и влагалищной части шейки матки без воспалительных изменений, выделения из половых путей слизистые, умеренные.  PV: Шейка матки конической формы, наружный зев закрыт. Тело матки увеличено до 7/8 недель беременности, мягковатое,</p>

		<p>подвижное, безболезненное. Придатки не увеличены, безболезненные при пальпации с обеих сторон. Своды свободные, глубокие.</p> <p>Данные лабораторных исследований:</p> <p>1. Клинический анализ крови: Эритроциты <math>3,8 \cdot 10^{12}/л</math>; Гемоглобин 110 г/л; Лейкоциты <math>7,2 \cdot 10^9/л</math>; Нейтрофилы 83,1%; лимфоциты 12,1%; моноциты 3,2%; эозинофилы 1,1%; базофилы 0,5%; Тромбоциты <math>357 \cdot 10^9/л</math>.</p> <p>Общий анализ мочи: Удельный вес 1021; цвет светло-жёлтый; прозрачность - прозрачная; лейкоциты, цилиндры не обнаружены; рН 5,5; белок отриц.; глюкоза отриц.; кетоны отриц.; кровь отриц.; нитриты отриц., билирубин отриц.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок 65г/л; АЛТ 17 Ед/л; АСТ 28 Ед/л; билирубин общий 12 мкмоль/л; глюкоза 5,0 ммоль/л; креатинин 49 мкмоль/л; мочевины 4,9 ммоль/л.</p> <p>Микробиоценоз из трех точек (вагалище, уретра, цервикальный канал): вагалище: лейкоциты 0-5 в поле зрения, эпителиальные клетки единичные в поле зрения, флора - палочки скудная, гонококки и трихомонады не обнаружены; цервикальный канал: лейкоциты до 10 в поле зрения, эпителиальные клетки единичные в поле зрения, флора палочки скудная, гонококки и трихомонады не обнаружены;</p> <p>уретра: лейкоциты единичные в поле зрения, эпителиальные клетки единичные в поле зрения, флора палочки скудная, гонококки и трихомонады не обнаружены;</p> <p>Цитологический мазок: Эпителий с поверхности шейки матки и эпителий цервикального канала без атипии.</p> <p>1. УЗИ органов малого таза: В полости матки визуализируется одно плодное яйцо и один эмбрион КТР=0,8 см (соответствует 7 неделям беременности), сердцебиение присутствует, ритмичное, желточный мешок анэхогенный, диаметром 0,3 см. Правый яичник 2,8*1,9 см, левый яичник 3,9*1,8 см, содержит желтое тело диаметром 20мм. Цервикальный канал длиной 45 мм, внутренний зев закрыт.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Угрожающий самопроизвольный аборт на сроке беременности 7/8 недель. Хронический гастрит, ремиссия. Миопия средней степени.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологии не учтена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Э	-	<p>Диагноз Угрожающий самопроизвольный аборт на сроке беременности 7/8 недель установлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- жалоб больной на периодические тянущие боли внизу живота и мажущие кровянистые выделения из половых путей, положительного теста на беременность.</li> <li>- данных гинекологического осмотра: Тело матки увеличено до 7/8 недель беременности, мягковатое, подвижное, безболезненное. Придатки не увеличены, безболезненны при пальпации с обеих сторон. Своды свободные, глубокие, безболезненные.</li> <li>- данных УЗИ органов малого таза: В полости матки визуализируется одно плодное яйцо, в полости которого определяется эмбрион КТР=0,8 см (соответствует 7 неделям беременности), сердцебиение отчетливое, ритмичное, желточный мешок анэхогенный, диаметром 0,3 см. Правый яичник 2,8*1,9 см, левый яичник 3,9*1,8 см, содержит желтое тело диаметром 20мм. Цервикальный канал щелевидный, длиной 45 мм, внутренний зев закрыт.</li> </ul> <p>Диагноз ремиссии хронического гастрита установлен на основании анамнеза и отсутствия у пациентки характерных для обострения гастрита жалоб (боли в эпигастрии через несколько часов после еды и др.).</p> <p>Диагноз миопии средней степени установлен на основании анамнеза.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дальнейшего дополнительного обследования пациента.
Э	-	<p>Коагулограмма (исследование системы гемостаза) - количество тромбоцитов, время свертывания, время кровотечения, агрегация тромбоцитов, активированное частичное тромбопластиновое время (далее - АЧТВ), фибриноген, определение протромбинового (тромбопластинового) времени. Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу краснухи в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к токсоплазме в крови. Определение группы крови и резус-принадлежности. Определение уровней сывороточных маркеров (биохимический скрининг): связанный с беременностью плазменный протеин А (РАРР-А) и свободная бета-субъединица хорионического гонадотропина (далее - бета-ХГ) (11-14 недель). Определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в крови, определение антител классов М, G к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 и ВИЧ-2 в крови, определение антител классов М, G к антигену вирусного гепатита В и вирусному гепатиту С в крови. Определение глюкозы венозной плазмы натощак. Определение тиреотропного гормона и свободного тироксина в крови.</p> <p>Электрокардиография (далее - ЭКГ) по назначению врача-</p>

		<p>терапевта.</p> <p>Ультразвуковое исследование (далее - УЗИ) органов малого таза (в сроке 11-14 недель - первый скрининг).</p> <p>Культуральный посев (вагинальный), культуральный посев мочи на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы и чувствительность к антибиотикам.</p> <p>Определение Chlamydia trachomatis, Mic. genitalium с помощью полимеразной цепной реакции (далее - ПЦР)</p>
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Оказание помощи на догоспитальном этапе:
Э	-	Контроль основных физиологических показателей (АД, ЧД, пульса), выделений. Микронизированный прогестерон 200-400 мг в сутки (интравагинально), или дидрогестерон 20-30 мг в сутки (перорально).
P2	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана полностью верно
P1	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана не полностью
P0	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана полностью неверно
B	5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
Э	-	<p>Гормонотерапия (препараты прогестерона): микронизированный прогестерон 200 мг 2 раза в сутки (вагинально), или дидрогестерон – по 10мг 2-3 раза в сутки.</p> <p>Витаминотерапия (фолиевая кислота 800 мкг/сут) или поливитаминные комплексы (Элевит-Пронаталь, Витрум-пренатал форте), или Фемибион- 1)</p> <p>УЗИ - контроль через 7-10 дней, при отсутствии жалоб, прогрессировании беременности - выписка пациентки под наблюдение врача ЖК по месту жительства</p>
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
H	-	028

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Пациентка, 25 лет поступила в экстренном порядке в приёмный покой стационара с жалобами на тянущие боли внизу живота. Считает себя больной в течение двух последних дней, когда появились указанные выше жалобы. К врачу не обращалась, со слов тест на беременность положительный, УЗИ органов малого таза не выполнялось, анализ крови на ХГЧ не сдавала. В связи с усилением болей вызвала сантранспорт, госпитализирована в стационар.</p> <p>Гинекологический анамнез:  Менархе с 13 лет по 4-5 дней через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Последняя менструация началась 45 дней назад.</p> <p>Половая жизнь с 20 лет, в браке.</p> <p>Контрацепция: не предохраняется в течение последних 3-х месяцев.</p> <p>Гинекологические заболевания отрицает</p> <p>Аборты, выкидыши, роды в анамнезе отрицает.</p> <p>Соматический анамнез:  Хронические заболевания:  Хронический пиелонефрит (последнее обострение 2 года назад).  Перенесенные операции: 2010 год - лапароскопическая аппендэктомия.</p> <p>Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания, ВИЧ, переливание крови в анамнезе отрицает.</p> <p>Объективно:  Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Рост 170 см, вес 60 кг. Индекс массы тела 20, 7 кг/м<sup>2</sup>  Пульс 76 ударов/мин, ритмичный. АД 120/70 мм рт ст.  Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные. Стул оформленный. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Выделения из половых путей на момент осмотра светлые, умеренные.</p> <p>Гинекологический осмотр:  PS: слизистая влагалища и влагалищной части шейки матки без воспалительных изменений, выделения из половых путей слизистые, умеренные.  PV: Шейка матки конической формы, наружный зев закрыт. Тело матки увеличено до 6/7 недель беременности, мягковатое, подвижное, безболезненное. Придатки не увеличены, безболезненные при пальпации с обеих сторон. Своды свободные, глубокие.</p> <p>Данные лабораторных исследований:  2. Клинический анализ крови: Эритроциты <math>4,1 \cdot 10^{12}/л</math>; Гемоглобин 120 г/л; Лейкоциты <math>6,8 \cdot 10^9/л</math>; Нейтрофилы 81,3%; лимфоциты 13,6%; моноциты 3,1%; эозинофилы 1,4%; базофилы 0,6%; Тромбоциты <math>320 \cdot 10^9/л</math>; Лейкоцитарная формула: Нейтрофилы палочкоядерные 5%; Нейтрофилы сегментоядерные 72%; Лимфоциты 14%; моноциты 9%.</p> <p>Общий анализ мочи: Удельный вес 1016; цвет светло-жёлтый; прозрачность - прозрачная; лейкоциты, цилиндры не обнаружены;</p>

		<p>pH 5,0; белок следы (0.03г/л); глюкоза отриц.; кетоны отриц.; кровь отриц.; нитриты отриц., билирубин отриц.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок 70г/л; АЛТ 21 Ед/л; АСТ 30 Ед/л; билирубин общий 16 мкмоль/л; глюкоза 4,3 ммоль/л; креатинин 48 мкмоль/л; мочевина 5,0 ммоль/л.</p> <p>Микробиоценоз из трех точек: влагалище, уретра, цервикальный канал: влагалище: лейкоциты 10-15 в поле зрения, эпителиальные клетки единичные в поле зрения, флора палочки скудная, гонококки и трихомонады не обнаружены; цервикальный канал: лейкоциты 10-15 в поле зрения, эпителиальные клетки единичные в поле зрения, флора палочки скудная, гонококки и трихомонады не обнаружены;</p> <p>уретра: лейкоциты единичные в поле зрения, эпителиальные клетки единичные в поле зрения, флора палочки скудная, гонококки и трихомонады не обнаружены;</p> <p>Цитологический мазок: Шейка матки - типический плоский эпителий. Цервикальный канал - типический плоский и эндоцервикальный эпителий.</p> <p>2. Мазок на гормональный фон: присутствуют навикулярные клетки, реакция соответствует небольшой прогестероновой недостаточности.</p> <p>3. УЗИ органов малого таза: В полости матки визуализируется одно плодное яйцо, в полости которого определяется эмбрион КТР=0,7 см (соответствует 6 недель 5 дней), сердцебиение присутствует, ритмичное, желточный мешок анэхогенный, диаметром 0,4 см. Правый яичник 2,7*2,0 см, левый яичник 2,6*1,9 см, содержит желтое тело диаметром 1,5 см. Цервикальный канал щелевидный, длиной 38 мм, внутренний зев закрыт.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Маточная беременность 6/7 недель. Угрожающий самопроизвольный аборт. Хронический пиелонефрит, ремиссия.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз Маточная беременность 6/7 недель. Угрожающий самопроизвольный аборт установлен: - на основании жалоб больной на периодические тянущие боли внизу живота, отсутствии контрацепции в течение последних 3-х месяцев, положительного теста на беременность.

		<p>- на основании данных гинекологического осмотра: Тело матки увеличено до 6/7 недель беременности, мягковатое, подвижное, безболезненное. Придатки не увеличены, безболезненны при пальпации с обеих сторон. Своды свободные, глубокие, безболезненные.</p> <p>- на основании данных кольпоцитологии: присутствие навикулярных клеток, небольшая прогестероновая недостаточность.</p> <p>- на основании данных УЗИ органов малого таза: В полости матки визуализируется одно плодное яйцо, в полости которого определяется эмбрион КТР=0,7 см (соответствует 6 недель 5 дней), сердцебиение отчетливое, ритмичное, желточный мешок анэхогенный, диаметром 0,4 см. Правый яичник 2,7*2,0 см, левый яичник 2,6*1,9 см, содержит желтое тело диаметром 1,5 см. Цервикальный канал щелевидный, длиной 38 мм, внутренний зев закрыт.</p> <p>Диагноз ремиссии хронического пиелонефрита установлен на основании отсутствия у пациентки характерных для обострения пиелонефрита жалоб (боли в поясничной области, лихорадка и др.), а также результатов анализа мочи: Удельный вес 1016; цвет светло-жёлтый; прозрачность - прозрачная; лейкоциты, цилиндры не обнаружены; рН 5,0; белок следы (0.03г/л); глюкоза отриц.; кетоны отриц.; кровь отриц.; нитриты отриц., билирубин отриц.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	<p>Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) - количество тромбоцитов, время свертывания, время кровотечения, агрегация тромбоцитов, активированное частичное тромбопластиновое время (далее - АЧТВ), фибриноген, определение протромбинового (тромбопластинового) времени. Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу краснухи в крови, определение антител к токсоплазме в крови. Определение основных групп крови (А, В, 0) и резус-принадлежности, биохимический скрининг уровней сывороточных маркеров: связанный с беременностью плазменный протеин А (РАРР-А) и свободная бета-субъединица хорионического гонадотропина (далее - бета-ХГ) (11-14 недель), определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в крови, определение антител классов М, G к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 и ВИЧ-2 в крови, определение антител классов М, G к антигену вирусного гепатита В и вирусному гепатиту С в крови. Микроскопическое исследование влажного отделяемого на грибы рода кандиды. Определение глюкозы венозной плазмы натощак.</p> <p>Электрокардиография (далее - ЭКГ) по назначению врача-терапевта (врача-кардиолога).</p>

		Ультразвуковое исследование (далее - УЗИ) органов малого таза (в сроке 11-14 недель). Микробиологическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы и чувствительность к антибиотикам. Полимеразная цепная реакция (далее - ПЦР) Chlamidia trachomatis.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
V	4	Оказание помощи на догоспитальном этапе:
Э	-	Контроль основных физиологических показателей (АД, ЧД, пульса), выделений, спазмолитическая терапия (магния сульфат 250 мг/мл 5 мл внутримышечно, магния цитрат 1,83 г перорально), натуральный микронизированный прогестерон 200-600 мг в сутки перорально или интравагинально, дидрогестерон 10-40 мг в сутки перорально.
P2	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана полностью верно
P1	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана не полностью
P0	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана полностью неверно
V	5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
Э	-	Гормонотерапия (препараты прогестерона в виде масляного раствора (например: прогестерон 2,5% - 1,0 мл в/м), натуральный микронизированный прогестерон 200 мг 2-3 раза в сутки вагинально; синтетический прогестерон – дидрогестерон – по 10мг 2-4 раза в сутки), Спазмолитическая терапия (магния сульфат 250 мг/мл 5 мл внутримышечно, магния цитрат 1,83 г перорально) Витаминотерапия (Витамин Е 200 мг/сут, фолиевая кислота 2-4 мг/сут; либо поливитаминные комплексы (Элевит-Пронаталь, Витрум-пренатал форте, Фемибион 1 и т.д.) УЗИ-контроль через 7-10 дней, при отсутствии жалоб, прогрессировании беременности - выписка пациентки под наблюдение врача ЖК по месту жительства
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

Н	-	029
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Пациентка , 27 лет, доставлена в приемный покой стационара в экстренном порядке с жалобами на выраженные тянущие боли внизу живота, в связи, с чем пациентка вызвала сантранспорт и была госпитализирована в стационар.</p> <p>При поступлении пациентка предоставила УЗИ органов малого таза, выполненное 16 дней назад): В полости матки одно плодное яйцо диаметром 3,6 см (соответствует 7 недель 3 дня), эмбрион определяется, КТР - 1,0 см (соответствует 7 недель 2 дня), сердцебиение отчетливое, желточный мешок анэхогенный, диаметром 0,32 см. Правый яичник 2,6*1,7 см, левый яичник 3,7*2,5 см, содержит желтое тело диаметром 1,8 см.</p> <p>Пациентка состоит на учете в ЖК, в беременности заинтересована, принимает витамин Е 200 мг/сут, фолиевую кислоту 400 мкг/сут, утрожестан по 200 мг 2 раза в день(вагинально).</p> <p>Гинекологический анамнез:  Менархе с 14 лет по 5 дней через 30-32 дня, регулярные, умеренные, безболезненные. Последняя менструация 54 дня назад.  Половая жизнь с 20 лет, вне брака.  Контрацепция: не предохраняется.  Гинекологические заболевания: Хронический двухсторонний сальпингоофорит (последнее обострение 5 лет назад).  Беременности- 4; Роды - 0; Аборты - 1; Выкидыши – 3 (последние 3 беременности подряд) (Яя - полный самопроизвольный выкидыш при беременности раннего срока, без выскабливания; Пая - самопроизвольный выкидыш на сроке 7/8 недель, с выскабливанием полости матки, без осложнений), Шя - неразвивающаяся беременность на сроке 6//7 недель, с выскабливанием полости матки, без осложнений).</p> <p>Соматический анамнез:  Хронические заболевания: хронический гастродуоденит с 2012 года (последнее обострение в 2014 году).  Перенесенные операции: Лапароскопическая аппендэктомия (2014 год, без осложнений).  Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания, ВИЧ, переливание крови в анамнезе отрицает.</p> <p>Объективно:  Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Пульс 75/мин, АД 120/60 мм.рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные. Стул оформленный. Мочевыделение самостоятельное, безболезненное.</p> <p>Гинекологический осмотр:  PS: слизистая влагалища и влагалищной части шейки матки без воспалительных изменений, эктопия шейки матки, выделения творожистые, умеренные.  PV: Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт</p>

		<p>Тело матки увеличено до 7/8 недель беременности, мягковатое, подвижное, безболезненное. Придатки не увеличены, безболезненные при пальпации с обеих сторон. Своды свободные, глубокие.</p> <p>Данные лабораторных исследований:  Клинический анализ крови: Эритроциты <math>3,6 \cdot 10^{12}/л</math>; Гемоглобин 132 г/л; Лейкоциты <math>8,9 \cdot 10^9/л</math>; Нейтрофилы 80,3%; лимфоциты 12,6%; моноциты 2,1%; эозинофилы 1,5%; базофилы 0,4%; Тромбоциты <math>320 \cdot 10^9/л</math>; Лейкоцитарная формула: нейтрофилы палочкоядерные 17%; нейтрофилы сегментоядерные 72%; лимфоциты 6%; моноциты 5%.</p> <p>Общий анализ мочи: удельный вес 1023; цвет светло-жёлтый; прозрачность - прозрачная; лейкоциты не обнаружено; pH 5,0; белок отриц.; глюкоза отриц.; кетоны отриц.; кровь отриц.; нитриты отриц., билирубин отриц.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок 62 г/л; АЛТ 21 Ед/л; АСТ 30 Ед/л; билирубин общий 25 мкмоль/л; глюкоза 3,7 ммоль/л; креатинин 48 мкмоль/л; мочевины 5,0 ммоль/л.</p> <p>Микробиоценоз из трех точек: влагалище, уретра, цервикальный канал: влагалище: лейкоциты до 40 в поле зрения, эпителиальные клетки единичные в поле зрения, флора - мицелий грибов, дрожжеподобные клетки, палочки скудная, гонококки и трихомонады не обнаружены; цервикальный канал: лейкоциты до 80 в поле зрения, эпителиальные клетки единичные в поле зрения, флора - мицелий грибов, палочки скудная, гонококки и трихомонады не обнаружены;</p> <p>уретра: лейкоциты единичные в поле зрения, эпителиальные клетки единичные в поле зрения, флора палочки скудная, гонококки и трихомонады не обнаружены;</p> <p>1. Цитологический мазок:  Шейка матки - типический многослойный плоский эпителий  Цервикальный канал - типический многослойный плоский и эндоцервикальный эпителий, реактивные изменения воспалительного характера.</p> <p>2. УЗИ органов малого таза трансвагинально и трансабдоминально: В полости матки одно плодное яйцо неправильной формы, эмбрион определяется, КТР - 1,2 см (соответствует 7 недель 5 дней), сердцебиение не определяется, желточный мешок лоцируется, диаметром 0,4 см, неоднородной эхоструктуры. Правый яичник 2,7*2,3 см, левый яичник 3,2*1,9 см. Визуализируется ретрохориальная гематома размерами 1,3*1,5 см.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Неразвивающаяся беременность 7/8 недель. Кольпит (кандидозный). Эндоцервицит. Привычная потеря беременности. ОАГА (хронический двухсторонний сальпингоофорит, вне обострения). Хронический гастродуоденит (ремиссия).
Р2	-	Диагноз поставлен верно.

P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологии не учтена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз: Незрелая беременность 7/8 недель установлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- жалоб беременной тянущие боли внизу живота;</li> <li>- данных гинекологического анамнеза (в анамнезе три эпизода самопроизвольного прерывания беременности; хронический двухсторонний сальпингоофорит);</li> <li>- данных осмотра (увеличение матки до 7/8 недель беременности, отсутствие увеличения и болезненности придатков матки);</li> <li>- данных УЗИ (в полости матки лоцируется эмбрион, соответствующий 7/8 неделям, сердцебиение отсутствует).</li> </ul> <p>Диагноз: Кольпит (кандидозный). Эндцервицит установлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- осмотра в зеркалах</li> <li>- результатов мазков на флору: влагалище: лейкоциты до 40 в поле зрения, эпителиальные клетки единичные в поле зрения, флора палочки скудная, гонококки и трихомонады не обнаружены; цервикальный канал - лейкоциты 80 в поле зрения, эпителиальные клетки единичные в поле зрения, флора палочки скудная, гонококки и трихомонады не обнаружены; также обнаружены патологические изменения в цитологическом мазке, указывающие на наличие воспалительного процесса: цервикальный канал - типический плоский и эндоцервикальный эпителий, реактивные изменения воспалительного характера.</li> </ul> <p>Диагноз: Привычная потеря беременности. ОаГА установлен на основании анамнеза - 3 самопроизвольных выкидыши подряд, хронический двухсторонний сальпингоофорит.</p> <p>Диагноз: Хронический гастродуоденит (ремиссия). поставлен на основании анамнеза.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью, обоснование одного из компонентов диагноза дано неверно.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	<p>Пациентке показано:</p> <p>Определение группы крови и резус-принадлежности. Определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в крови, ВИЧ, гепатиту В и С. Определение глюкозы венозной плазмы натощак.</p> <p>Консультация терапевта, ЭКГ. Консультация анестезиолога-реаниматолога.</p>

Выскабливание полости матки		
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
V	4	Оказание помощи на догоспитальном этапе:
Э	-	Контроль общего состояния и доступных физиологических показателей: ЧСС, АД, ЧД, патологических выделений из половых путей. Госпитализация в стационар в экстренном порядке.
P2	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана полностью верно
P1	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана не полностью
P0	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана не верно
V	5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
Э	-	Тактика лечения на госпитальном этапе: Выскабливание полости матки с последующим выполнением комплексного гистологического исследования abortного материала с ПЦР-диагностикой инфекций (микоплазма, уреаплазма, хламидии, вирусы герпеса 1,2 типа, цитомегаловирус), а также проведение цитогенетического анализа абортуса. Антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия, противовоспалительная терапия. Контроль уровня ХГЧ в крови после выскабливания полости матки. Контроль самочувствия, состояния и основных физиологических показателей (АД, ЧСС, термометрия) ежедневно, клинического анализа крови, общего анализа мочи перед выпиской. При резус-отрицательной принадлежности крови пациентки и резус-положительной принадлежности крови супруга рекомендована профилактика резус-конфликта в том случае, если пациентка не сенсибилизирована к антигену Rh0(D) путем применения иммуноглобулина человека антирезус Rh0(D) (рекомендовано введение в первые 72 часа после выскабливания полости матки)

P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
H	-	030
I	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Пациентка , 30 лет, поступила в стационар в экстренном порядке с жалобами на незначительные тянущие боли внизу живота, темно-коричневые выделения из половых путей, в связи, с чем пациентка вызвала сантранспорт и госпитализирована в стационар.</p> <p>При поступлении пациентка предоставила УЗИ органов малого таза: В полости матки одно плодное яйцо диаметром 3,7 см (соответствует 7 недель 3 дня), эмбрион определяется, КТР - 1,0 см (соответствует 7 недель 2 дня), сердцебиение «+», отчетливое, желточный мешок анэхогенный, внутренний диаметр 0,38 см. Правый яичник 2,5*2,0 см, левый яичник 2,7*2,5 см, содержит желтое тело диаметром 1,5 см.</p> <p>Пациентка состоит на учете в ЖК, в беременности крайне заинтересована, принимает витамин Е 200 мг/сут, фолиевую кислоту 1 мг/сут, дюфастон по 1 таблетке 3 раза в день.</p> <p>Гинекологический анамнез:  Менархе с 11 лет по 5-6 дней через 28-30 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Последняя менструация 55 дней назад.  Половая жизнь с 18 лет, вне брака.  Контрацепция: не предохраняется.  Гинекологические заболевания: Хронический двухсторонний сальпингоофорит (последнее обострение 1 год назад).  Беременности- 4; Роды - 1; Аборты - 1; Выкидыши – 2 (последние 2 подряд) (1 полный самопроизвольный выкидыш при беременности раннего срока; 2 - аборт в ходу при беременности 7/8 недель, по поводу чего выполнялось выскабливание полости матки)  Соматический анамнез:  Хронические заболевания: отрицает.  Перенесенные операции: отрицает.  Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания, ВИЧ, переливание крови в анамнезе отрицает.  Объективно:  Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Пульс 70/мин, АД 110/60 мм рт ст. Язык чистый, влажный.  Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные. Стул оформленный. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Выделения из половых путей темно-коричневые, скудные.  Гинекологический осмотр:  PS: слизистая влагалища и влагалищной части шейки матки без воспалительных изменений, покрыта визуально неизменным</p>

		<p>эпителием, выделения темно-коричневые, скудные.</p> <p>PV: Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт Тело матки увеличено до 7/8 недель беременности, мягковатое, подвижное, безболезненное. Придатки не увеличены, безболезненные при пальпации с обеих сторон. Своды свободные, глубокие.</p> <p>Данные лабораторных исследований: Клинический анализ крови: Эритроциты <math>4,1 \cdot 10^{12}/л</math>; Гемоглобин 120 г/л; Лейкоциты <math>8,8 \cdot 10^9/л</math>; Нейтрофилы 81,3%; лимфоциты 13,6%; моноциты 3,1%; эозинофилы 1,4%; базофилы 0,6%; Тромбоциты <math>320 \cdot 10^9/л</math>; Лейкоцитарная формула: Нейтрофилы палочкоядерные 18%; Нейтрофилы сегментоядерные 73%; Лимфоциты 5%; моноциты 4%.</p> <p>Общий анализ мочи: Удельный вес 1016; цвет светло-жёлтый; прозрачность прозрач.; лейкоциты не обнаружено; pH 5,0; белок +- (0.03г/л); глюкоза отриц.; кетоны отриц.; кровь отриц.; нитриты отриц., билирубин отриц.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок 70г/л; АЛТ 21 Ед/л; АСТ 30 Ед/л; билирубин общий 16 мкмоль/л; глюкоза 4,3 ммоль/л; креатинин 48 мкмоль/л; мочевина 5,0 ммоль/л.</p> <p>Микробиоценоз из трех точек: влагалище, уретра, цервикальный канал: влагалище: лейкоциты 10-15 в поле зрения, эпителиальные клетки единичные в поле зрения, флора палочки скудная, гонококки и трихомонады не обнаружены; цервикальный канал: лейкоциты 50-100 в поле зрения, эпителиальные клетки единичные в поле зрения, флора палочки скудная, гонококки и трихомонады не обнаружены;</p> <p>уретра: лейкоциты единичные в поле зрения, эпителиальные клетки единичные в поле зрения, флора палочки скудная, гонококки и трихомонады не обнаружены;</p> <p>3. Цитологический мазок: Шейка матки - типический плоский эпителий Цервикальный канал - типический плоский и эндоцервикальный эпителий, реактивные изменения воспалительного характера.</p> <p>4. УЗИ органов малого таза трансвагинально и трансабдоминально: В полости матки одно плодное яйцо неправильной формы, эмбрион определяется, КТР - 1,2 см (соответствует 7 недель 5 дней), сердцебиение (-) не определяется, желточный мешок «+», диаметром 0,4 см, неоднородной эхоструктуры. Правый яичник 2,5*2,2 см, левый яичник 2,7*1,9 см. Визуализируется ретрохориальная гематома размерами 2.3*1,5 см.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Беременность 7/8 недель, замершая. Начавшийся самопроизвольный аборт. Эндоцервицит. Привычное невынашивание. Хронический двухсторонний сальпингоофорит (вне обострения)
P2	-	Диагноз поставлен верно.

P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз: Беременность 7/8 недель, замершая. Начавшийся самопроизвольный аборт. Эндоцервицит. Привычное невынашивание. Хронический двухсторонний сальпингоофорит (вне обострения) установлен:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- на основании жалоб беременной на темно-коричневые выделения из половых путей, тянущие боли внизу живота;</li> <li>- на основании данных гинекологического анамнеза (в анамнезе два эпизода самопроизвольного прерывания беременности; хронический двухсторонний сальпингоофорит);</li> <li>- на основании данных осмотра (увеличение матки до 7/8 недель беременности, отсутствие увеличения и болезненности придатков матки, кровянистые выделения из половых путей);</li> <li>- на основании данных УЗИ (в полости матки лоцируется эмбрион, соответствующий 7/8 неделям, сердцебиение отсутствует).</li> </ul> <p>-диагноз эндоцервицита поставлен на основании результатов мазков на флору: цервикальный канал - лейкоциты 50-100 в поле зрения, эпителиальные клетки единичные в поле зрения, флора палочки скудная, гонококки и трихомонады не обнаружены; также обнаружены патологические изменения в цитологическом мазке, указывающие на наличие воспалительного процесса: цервикальный канал - типический плоский и эндоцервикальный эпителий, реактивные изменения воспалительного характера.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	<p>Пациентке показано:</p> <p>Антропометрия (измерение роста, массы тела, определение индекса массы тела).</p> <p>Определение группы крови и Rh-фактора пациентки и мужа (при наличии отрицательного Rh-фактора у пациентки и положительного Rh-фактора у супруга, рекомендована профилактика резус-конфликта в том случае, если пациентка не сенсибилизирована к антигену Rh0(D) путем применения иммуноглобулина человека антирезус Rh0(D) (рекомендовано введение в первые 72 часа после выскабливания полости матки)</p>
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.

P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Оказание помощи на догоспитальном этапе:
Э	-	Контроль общего состояния и доступных физиологических показателей: ЧСС, АД, ЧД, выделений. Госпитализация в стационар в экстренном порядке.
P2	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана полностью верно
P1	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана не полностью
P0	-	Помощь на догоспитальном этапе оказана не верно
B	5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
Э	-	Тактика лечения на госпитальном этапе: Анамнез. Общее физикальное обследование органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевыводящей системы, молочных желез. Антропометрия (измерение роста, массы тела, определение индекса массы тела). Осмотр шейки матки в зеркалах. Бимануальное влагалищное исследование. Анализ крови и мочи. Определение основных групп крови (А, В, 0) и резус-принадлежности, определение антител к бледной трепонеме ( <i>Treponema pallidum</i> ) в крови, ВИЧ, бактериоскопическое исследование мазков из влагалища. Определение глюкозы венозной плазмы натощак. Выскабливание полости матки с последующим выполнением комплексного гистологического исследования abortного материала с ПЦР-диагностикой инфекций (микоплазма, уреаплазма, хламидии, вирусы герпеса 1,2 типа, цитомегаловирус), а также проведение цитогенетического анализа абортуса. Антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия, противовоспалительная терапия. Контроль самочувствия, состояния и основных физиологических показателей (АД, ЧСС, термометрия) ежедневно, клинического анализа крови, общего анализа мочи перед выпиской. ФТЛ (электрофорез с СаС1 на низ живота)

P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
H	-	031
I	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В приемный покой родильного дома поступила первобеременная 25 лет, с жалобами на регулярные схватки, появившиеся шесть часов назад. По дороге излились светлые околоплодные воды. Срок беременности 37/38 недель.</p> <p>Из анамнеза: менархе с 11 лет, менструации по 3-5 дней через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 16 лет, вне брака.</p> <p>Протекала с признаками угрозы прерывания в сроке 7/8 недель, получала сохраняющую терапию. Наблюдалась во время беременности в женской консультации, план обследований выполнен полностью. Патологических изменений в предоставленных анализах не выявлено. При осмотре окулиста поставлен диагноз: Миопия средней степени.</p> <p>Гинекологические заболевания: эктопия шейки матки.</p> <p>Перенесенные заболевания: детские инфекции; ОРВИ; миопия средней степени.</p> <p>Объективно: Состояние удовлетворительное, пульс - 85 ударов в минуту, артериальное давление 120/80 мм.рт.ст.</p> <p>При наружном акушерском обследовании: высота стояния дна матки - 37 см, полуокружность матки - 25 см. Положение плода продольное, спинка плода обращена к передней стенке матки, предлежит головка плода, над входом в малый таз. Схватки по 20-25 секунд, через 5-6-7 минут, недостаточные по силе, регулярные. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 156 уд. в минуту. Размеры таза: 25-27-31-21 см. Индекс Соловьева - 16,0 см. Признак Вастена положительный.</p> <p>При влагалищном исследовании: полное раскрытие маточного зева, плодного пузыря нет, подтекают светлые околоплодные воды, нижний полюс головки достигается с трудом. Костные экзостозов и деформаций костей таза нет. Мыс не достижим</p>
V	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Роды 1-е срочные. II период родов. Клинически узкий таз. Эктопия шейки матки. Миопия средней степени.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.

P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз: Роды 1-е срочные. II период родов поставлен на основании: - анамнеза и жалоб больной на регулярные схватки, появившиеся 6 часов назад</p> <p>Диагноз: Клинически узкий таз поставлен на основании: - данных наружного акушерского исследования (размеры таза 25-27-31-21 см, индекс Соловьева - 16,0 см, признак Вастена положительный), данных влагалищного исследования (полное раскрытие маточного зева, плодного пузыря нет, подтекают светлые околоплодные воды, нижний полюс головки достигается с трудом, мыс не достижим)</p> <p>Диагноз: Эктопия шейки матки поставлен на основании осмотра в зеркалах</p> <p>Диагноз: Миопия средней степени поставлен на основании результатов осмотра окулиста</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Для обоснования диагноза необходимы дополнительные методы исследования.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Дальнейшая тактика врача приемного покоя:
Э	-	Клиническая оценка состояния матери, клиническая оценка состояния матери и плода (КТГ плода), консультация анестезиолога, экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ верный, но экстренное родоразрешение может быть выполнено путем наложения акушерских полостных щипцов.
P0	-	Ответ неверный.
B	4	Особенности ведения послеоперационного ведения включают:
Э	-	<p>Профилактическая антибактериальная терапия.</p> <p>Наблюдение родильницы в условиях реанимации (инфузионно-трансфузионная терапия по показаниям).</p> <p>Туалет швов на передней брюшной стенке.</p> <p>Ежедневная оценка инволюции матки и состояния молочных желез родильницы.</p> <p>Оценка функции мочевого пузыря и кишечника (профилактика</p>

		пареза кишечника). Оценка клинического анализа крови и общего анализа мочи родильницы на 3-и сутки послеоперационного периода. УЗИ органов малого таза на 5-е сутки послеоперационного периода.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ верный, однако неполный
P0	-	Ответ неверный.
B	5	<b>Через какой период времени пациентка может быть выписана?</b>
Э	-	Выписка домой возможна через 7–8 суток при удовлетворительном состоянии матери и новорожденного.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ верный, но неполный.
P0	-	Ответ неверный.
H	-	032
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В приемный покой родильного дома поступила первородящая, 29 лет, с жалобами на регулярные схватки, появившиеся три часа назад. По дороге излились светлые околоплодные воды.</p> <p>Из анамнеза: менархе с 13 лет, менструации по 5 через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 18 лет, в браке.</p> <p>Беременность первая, доношенная. Протекала с признаками угрозы прерывания в сроке 20 недель, получала сохраняющую терапию. Наблюдалась во время беременности в женской консультации, план обследований выполнен полностью. Патологических изменений в предоставленных анализах не выявлено.</p> <p>Гинекологические заболевания отрицает.</p> <p>Перенесенные заболевания: детские инфекции; ОРВИ; хронический гастрит.</p> <p>Объективно: Состояние удовлетворительное, пульс -76 ударов в минуту, артериальное давление 120/80 мм.рт.ст.</p> <p>При наружном акушерском обследовании: высота стояния дна матки- 37 см, полуокружность матки-30 см. Положение плода продольное, спинка плода обращена к передней стенке матки, предлежит головка плода, над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 146 уд. в минуту. Размеры таза-23-26-28-17 см. Признак Цангемейстера, Вастена- положительные. Индекс</p>

		Соловьева- 16,0 см. При влагалищном исследовании: Шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 2 см. Плодного пузыря нет, подтекают светлые околоплодные воды. Нижний полюс головки достигается с трудом. Полость малого таза вся свободна. Мыс достижим. Диагональная конъюгата- 9,5 см.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Роды 1-е срочные. I период. Ранее излитие околоплодных вод Общеравномерносуженный таз, III степень сужения таза.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен верно, однако с целью оценки состояния плода необходимо выполнить кардиотографическое исследование.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз поставлен на основании жалоб больной на регулярные схватки, появившиеся три часа назад, данных анамнеза (по дороге излились светлые околоплодные воды), данных наружного акушерского исследования (размеры таза-23-26-28-17 см; признаки Цангейстера, Вастена - положительные; индекс Соловьева- 16,0 см), данных влагалищного исследования (шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 2 см, плодного пузыря нет, подтекают светлые околоплодные воды. Нижний полюс головки достигается с трудом. Полость малого таза вся свободна. Мыс достижим. Диагональная конъюгата - 9,5 см.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Для обоснования диагноза необходимы дополнительные методы исследования.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Дальнейшая тактика врача приемного покоя:
Э	-	Госпитализация пациентки в родильное отделение, клиническая оценка состояния матери и плода (УЗИ + доплерометрия, КТГ плода), ЭКГ, консультация анестезиолога, родоразрешение путем операции кесарева сечения.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ верный, но возможно родоразрешение путем наложения акушерских полостных щипцов.
P0	-	Ответ неверный.

В	4	Особенности ведения послеоперационного ведения включают:
Э	-	В первые сутки после операции проводят инфузионно-трансфузионную терапию. Вводят растворы, улучшающие реологические свойства крови, отдавая предпочтение кристаллоидным растворам. Общее количество введённой жидкости определяют в зависимости от исходных данных, объёма кровопотери и диуреза. Применяют утеротонические средства, а по показаниям обезболивающие препараты, антикоагулянты (не ранее 8–12 ч после операции) и антибактериальные лекарственные средства. Следует тщательно следить за функциями мочевого пузыря и кишечника. С целью профилактики пареза кишечника после инфузионной терапии через 1–2 сут после операции применяют метоклопрамид, неостигмина метилсульфат, а затем назначают очистительную клизму.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ верный однако, не хватает некоторых групп лекарственных препаратов.
P0	-	Ответ неверный.
В	5	<b>Через какой период времени пациентка может быть выписана?</b>
Э	-	Через 7–8 сут при удовлетворительном состоянии матери и новорожденного родильницу можно выписать домой под наблюдение врача женской консультации.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ верный, но пациентка остается еще месяц под наблюдением родильного дома.
P0	-	Ответ неверный.
Н	-	033
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Повторнородящая 37 лет при сроке беременности 39 недель поступила в родильное отделение с наличием регулярной родовой деятельности в течение 4 часов и спонтанным излитием околоплодных вод спустя 1 час после поступления. Беременность пятая: Iая - 8 лет назад закончилась срочными родами, без осложнений; Пая - 2 года назад закончилась срочными родами, осложнившимися задержкой доли плаценты, что потребовало проведения ручного отделения задержавшейся доли плаценты и ее выделения; III и IVая - закончились искусственными

		<p>абортами (abrasio cavi uteri) при сроке 8 и 10 недель без осложнений.</p> <p>Гинекологические заболевания: в анамнезе микоплазменная (Mic. Genital.) инфекция, лечение совместно с партнером, контроль – отриц.</p> <p>Родовая деятельность развивалась в умеренном темпе, и через 6 часов 30 минут от начала родовой деятельности родился живой доношенный мальчик массой 4460 г, длиной 54 см с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов.</p> <p>Через 20 минут после рождения ребенка выделился послед, цел. Оболочки все. Матка сократилась, плотная. Общая кровопотеря составила 260 мл.</p> <p>Через 10 минут после рождения последа из половых путей выделилось еще 250 мл крови со сгустками, кровотечение продолжается.</p> <p>Объективный осмотр: Рост - 172 см, Вес -76 кг. ИМТ - 25,7. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски и влажности. Пульс 79 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 110/70 мм рт. ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Дно матки выше пупка, матка мягковатая. Выделения из половых путей кровянистые, умеренные.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Роды III срочные. Ранний послеродовый период. Гипотоническое послеродовое кровотечение. Крупный плод. ОАГА.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз: Ранний послеродовый период установлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- длительности временного промежутка, который прошел после родов - 10 минут</li> </ul> <p>Диагноз: Гипотоническое послеродовое кровотечение установлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- после рождения последа выделилось еще 250 мл крови со сгустками, и общая кровопотеря на момент последнего осмотра составила 510 мл (у роженицы с массой тела 76 кг допустимая кровопотеря составляет 0,5 % массы тела, то есть 380 мл)</li> <li>- дно матки выше пупка, матка мягковатая, что свидетельствует о гипотонии матки</li> </ul> <p>Диагноз: Крупный плод поставлен на основании массы плода (4460 г)</p> <p>Диагноз: ОАГА поставлен на основании:</p>

		- анамнеза о задержке доли плаценты во вторых родах, что потребовало проведения операции ручного обследования полости матки и выделения задержавшейся доли плаценты - анамнезе об микоплазменной инфекции (лечение совместно с партнером, с эффектом)
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
Э	-	Все действия выполняются поэтапно и последовательно! Катетеризация мочевого пузыря. Катетеризация (пункция) локтевой вены, в/в введение кристаллоидных и коллоидных растворов с целью адекватной коррекции кровопотери. Наружный массаж матки. Вызов анестезиолога, введение пациентки в наркоз. Ручное обследование полости матки, удаление остатков плацентарной ткани, крупных сгустков крови, проверка целостности стенок матки. Наружно-внутренний массаж матки на кулаке. При неэффективности перечисленных методов: Шов на заднюю губу шейки матки по Лосицкой. Трансфузия свежзамороженной плазмы и крови. При неэффективности перечисленных методов - хирургический гемостаз: - лапаротомия - наложения швов по В-Линчу - баллонная тампонада матки Эндоваскулярные окклюдизирующие операции (перевязки маточной артерии, внутренней подвздошной артерии - при наличии сосудистого хирурга и необходимого оборудования). Экстирпация матки (при неэффективности хирургического гемостаза)
P2	-	Тактика ведения выбрана полностью верно.
P1	-	Тактика ведения выбрана верно, но не полностью, нет четкой последовательности действий.
P0	-	Тактика ведения выбрана полностью неверно.
B	4	Каковы возможные причины развития данного осложнения?
Э	-	Патология матки (аномалии развития, миома матки, рубец на матке после оперативных вмешательств). Дистрофические изменения миометрия (многочисленные роды,

		эндометрит, искусственные аборты). Перерастяжение тканей во время беременности (крупный плод, многоводие, многоплодие). Аномалии сократительной деятельности матки (слабость родовой деятельности с длительной активацией окситоцином, бурная родовая деятельность). Неадекватное использование утеротонических препаратов в родах.
P2	-	Причины развития данного осложнения отражены полностью верно
P1	-	Причины развития данного осложнения отражены не полностью
P0	-	Причины развития данного осложнения отражены полностью неверно
B	5	Какова Ваша лечебная тактика при отсутствии эффекта от проведенных мероприятий и достижения кровопотери свыше 1000 мл?
Э	-	В случае отсутствия эффекта от проводимых консервативных мероприятий и превышении кровопотери свыше 1000 мл, приступить к выполнению чревосечения для выполнения методов хирургического гемостаза. При неэффективности методов хирургического гемостаза показана экстирпация матки.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, но не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
H	-	034
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Повторнобеременная повторнородящая 37 лет поступила в родильное отделение с наличием регулярной родовой деятельности в течение 5 часов, а также спонтанным излитием околоплодных вод спустя 1 час после поступления. Беременность третья, срок беременности - 39 недель. Первая беременность - 8 лет назад закончилась самопроизвольными родами на сроке беременности 39 недель, без осложнений. Вторая беременность - 2 года назад, закончилась самопроизвольными родами на сроке беременности 38 недель, осложнившимися нарушением отделения плаценты, последовым кровотечением, что потребовало проведения ручного отделения плаценты и выделения последа. I, II периоды родов протекали без осложнений. Через 7 часов 30 минут от начала родовой деятельности родился живой доношенный мальчик массой 4300г, длиной 54 см с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов. Через 15 минут после рождения ребенка выделился послед, цел.

		<p>Оболочки все. Матка сократилась, плотная. Общая кровопотеря составила 350 мл.</p> <p>Через 10 минут из половых путей выделилось еще 200 мл крови со сгустками, кровотечение продолжается.</p> <p>Объективный осмотр: Рост - 172 см, Вес -76 кг. ИМТ - 25,7.</p> <p>Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски и нормальной влажности. Пульс 86 уд/мин. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Дно матки выше пупка, матка мягковатая.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Роды III срочные. Ранний послеродовый период. Гипотоническое маточное кровотечение. Крупный плод. Отягощенный акушерский анамнез. Хронический гастрит вне обострения.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз: Роды III срочные. Ранний послеродовый период. Гипотоническое послеродовое кровотечение. Крупный плод. Отягощенный акушерский анамнез. Хронический гастрит вне обострения:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- установлен на основании данных истории родов (срок беременности - 39 недель)</li> <li>- на основании анамнеза – в 3-х родах через 10 минут после рождения последа появились кровянистые выделения из половых путей. Также имеются данные анамнеза о нарушении отделения плаценты и выделения последа во 2-х родах, что потребовало проведения операции ручного обследования полости матки.</li> <li>- на основании объема кровопотери: общая кровопотеря на момент осмотра составила 450 мл. У пациентки с массой тела 76 кг допустимая кровопотеря составляет 5 % массы тела, то есть 380 мл.</li> <li>- на основании осмотра – дно матки выше пупка, матка мягковатая что свидетельствует о гипотонии матки.</li> <li>- диагноз крупный плод поставлен на основании массы плода 4300 гр.</li> <li>- диагноз хронического гастрита вне обострения поставлен на основании анамнеза.</li> </ul>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:

P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
Э	-	<p>Катетеризация мочевого пузыря.          Вызов анестезиолога, наркоз.          Катетеризация (пункция) локтевой вены, начать в/в введение кристаллоидных растворов с целью адекватной коррекции возможной кровопотери.          Ручное отделение и выделение последа.          Ручное обследование стенок полости матки.          Массаж матки на кулаке.          Зашивание разрывов мягких родовых путей.          Внутриматочная тампонада (баллонная).          Шов на шейку матки по Лосицкой.          Трансфузия препаратов крови, кровезаменителей.          При неэффективности перечисленных методов хирургический гемостаз:          Лапаротомия          Наложения швов по В-Линчу          Эндоваскулярные окклюдизирующие операции (перевязка маточной и яичниковой артерий, подвздошных артерий)          Экстирпация матки (при неэффективности хирургического гемостаза)          Фармакотерапия:          1. Окситоцин, метилэргометрин          2. Кристаллоиды          3. Трансфузия СЗП и эритроцитарной массы          4. Аминокислоты (в т.ч. транексамовая кислота)          5. Цефалоспорины 2 и 3 поколения          6. Растворы электролитов</p>
P2	-	Тактика ведения выбрана полностью верно.
P1	-	Тактика ведения выбрана верно, однако неполно
P0	-	Тактика ведения выбрана полностью неверно.
B	4	Каковы возможные причины развития данного осложнения?
Э	-	<p>Патология матки (аномалии развития, миома матки, рубец на матке после оперативных вмешательств); дистрофические изменения миометрия (многочисленные роды, эндометрит); перерастяжение тканей во время беременности (крупный плод, многоводие, многоплодие); нарушения родовой деятельности (слабость родовой деятельности с длительной активацией окситоцином, бурная родоая деятельность).</p>
P2	-	Причины развития данного осложнения отражены полностью верно

P1	-	Причины развития данного осложнения отражены не полностью
P0	-	Причины развития данного осложнения отражены полностью неверно
B	5	Какова Ваша лечебная тактика при отсутствии эффекта от проведенных мероприятий и достижения кровопотери свыше 1000 мл?
Э	-	В случае отсутствия эффекта от проводимых мероприятий и достижения кровопотери свыше 1000 мл, приступить к выполнению чревосечения; при неэффективности методов хирургического гемостаза показана экстирпация матки.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
H	-	
Ф	...	...
Ф	...	...
H	-	035
Ф		Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В ЖК обратилась повторнобеременная 37 лет. Дату последней менструации не помнит. О беременности знала, на учет не вставала, не обследовалась. Шевеление плода стала ощущать 18 недель назад. Во время беременности отмечала периодически возникающие мажущие кровянистые выделения из половых путей, но к врачу не обращалась.</p> <p>Из анамнеза: менархе с 13 лет, менструации по 5 через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 16 лет.</p> <p>Беременность - 7я, Роды - 3(без особенностей), аборт - 3 (прерывание беременности - abrasio cavi uteri).</p>

		<p>Перенесенные заболевания: ОРВИ</p> <p>При наружном акушерском обследовании: высота стояния дна матки-36 см, окружность живота -95 см. Положение плода продольное, спинка плода прилежит к передней стенке матки, предлежит головка плода, высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 146 уд. в минуту. Размеры таза: 26-29-32-21 см. Индекс Соловьева – 14,5 см.</p> <p>При влагалищном исследовании: Шейка матки плотная, длиной 2,5 см, отклонена к крестцу, наружный зев закрыт. Через своды определяется тестоватая ткань. Полость малого таза вся свободна, мыс не достижим.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Беременность 36/37 недель беременности. Предлежание плаценты. ОАА.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Невозможно поставить диагноз без дополнительных методов исследования.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз поставлен на основании следующих данных: 15 недель назад беременная начала ощущать шевеление плода. Во время беременности отмечала периодически возникающие мажущие кровянистые выделения из половых путей.</p> <p>При влагалищном исследовании: Через своды определяется тестоватая ткань.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Для обоснования диагноза необходимы дополнительные методы исследования
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	<p>Пациентке следует пройти следующие обследования: свертка по туберкулезу, лабораторные исследования-гепатит В, гепатит С,Ф-50, RW, обследование на гонококковую инфекцию. При отсутствии данных исследований родоразрешение следует провести в специализированном роддоме.</p> <p>Пациентке необходимо выполнить ультразвуковое исследование, с целью исключения патологии со стороны плода, оценки состояния плода, определения степени зрелости плаценты.</p>

P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Каким путем следует проводить родоразрешение данной пациентки и когда?
Э	-	Родоразрешение путем операции кесарево сечение в плановом порядке при сроке более 37 недель.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Способ родоразрешения верный, но возможно родоразрешение при данном сроке беременности .
P0	-	Ответ неверный.
B	5	Особенности ведения послеоперационного ведения включают:
Э	-	В первые сутки после операции проводят инфузионно-трансфузионную терапию. Вводят растворы, улучшающие реологические свойства крови, отдавая предпочтение кристаллоидным растворам. Общее количество введённой жидкости определяют в зависимости от исходных данных, объёма кровопотери и диуреза. Применяют утеротонические средства, а по показаниям обезболивающие препараты, антикоагулянты (не ранее 8–12 ч после операции) и антибактериальные лекарственные средства. Следует тщательно следить за функциями мочевого пузыря и кишечника.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Выбраны верный однако, не хватает некоторых групп лекарственных препаратов.
P0	-	Ответ неверный.
H	-	036
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	В приемный покой доставлена сан.транспортом повторнобеременная 34 лет при сроке беременности 38 недель с жалобами на излитие светлых околоплодных вод в большом

		<p>количестве.</p> <p>Из анамнеза: Перенесенные заболевания: ветряная оспа, краснуха, ОРВИ. Менархе в 13 лет, менструации по 6 дней через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 16 лет.</p> <p>Гинекологические заболевания: хронический двусторонний сальпингоофорит с 2010 года (последнее обострение в 2014 году)</p> <p>Беременность вторая. В анамнезе: 2010 г. - один искусственный аборт при сроке 10 недель беременности, осложнившийся метроэндометритом (лечение стационарное, консервативное). На учете в женской консультации с 16 недель беременности. Консультацию посещала за беременность нерегулярно, последняя явка на прием к гинекологу в 28 недель беременности. Третий УЗ- скрининг не выполняла.</p> <p>Объективно: Состояние удовлетворительное, пульс - 72 удара в минуту, ритмичный, умеренного наполнения, артериальное давление 120/75 мм.рт.ст.</p> <p>Форма живота – косо-овальная, высота стояния дна матки - 30 см, окружность живота - 114 см. При наружном акушерском обследовании: головка плода пальпируется выше гребня подвздошной кости справа, тазовый конец пальпируется ближе к левой реберной дуге, спинка обращена кзади, спереди пальпируются мелкие части плода. Матка в нормальном тоне, безболезненная при пальпации во всех отделах. Сердцебиение прослушивается отчетливо в области пупка - ясное, ритмичное, 136 уд. в минуту.</p> <p>Гинекологический осмотр:</p> <p>В зеркалах: Шейка матки визуально не изменена. Выделения светлые, умеренные. Подтекают светлые околоплодные воды.</p> <p>При влагалищном исследовании: Шейка матки несколько отклонена к крестцу, длиной 2,0 см, размягчена по периферии, уплотнена по ходу цервикального канала. Цервикальный канал пропускает 1 поперечник пальца за уплотненный внутренний зев. Предлежащая часть не определяется. Подтекают светлые околоплодные воды. Мыс не достижим. Деформаций костей таза и костных экзостозов нет.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Беременность 38 недель. Косое положение плода. Преждевременное излитие околоплодных вод. Первородящая старшего возраста. ОГА (хронический сальпингоофорит, метроэндометрит в анамнезе).
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Э	-	<p>Диагноз: Преждевременное излитие околоплодных вод поставлен на основании: - жалоб больной на излитие околоплодных вод при отсутствии в этот момент родовой деятельности</p> <p>Диагноз: Косое положение плода поставлен на основании: - данных наружного (форма живота косо-овальная, высота стояния дна матки - 30 см, окружность живота - 114 см, при наружном акушерском обследовании: выше гребня подвздошной кости справа пальпируется головка плода, тазовый конец пальпируется ближе к левой реберной дуге) и внутреннего исследования (предлежащая часть при влагалищном исследовании не определяется).</p> <p>Диагнозы: Первородящая старшего возраста. ОГА поставлены на основании: - анамнеза о возрасте первородящей и сведений об отягощенном гинекологическом анамнезе (хронический сальпингоофорит, метроэндометрит после аборта)</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью, обоснование одного из компонентов диагноза дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более компонентов диагноза дано неверно.
В	3	Дальнейшая тактика врача приемного покоя:
Э	-	Госпитализация пациентки в родильное отделение и родоразрешение (экстренно - путем операции кесарева сечения)
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ верный, не указан срочность родоразрешения или способ родоразрешения.
P0	-	Ответ неверный.
В	4	Особенности ведения послеоперационного ведения включают:
Э	-	<p>В первые сутки после операции проводят инфузионно-трансфузионную терапию. Вводят растворы, улучшающие реологические свойства крови, отдавая предпочтение кристаллоидным растворам. Общее количество введённой жидкости определяют в зависимости от объёма кровопотери и диуреза. Применяют утеротонические средства, обезболивающие, антикоагулянты (по показаниям через 12 часов после операции) и антибактериальные (по показаниям) лекарственные средства.</p> <p>Следует тщательно следить за функциями мочевого пузыря и кишечника. С целью профилактики пареза кишечника на 3 сутки применяют прозерин, а затем назначают очистительную клизму.</p>
P2	-	Ответ верный.

P1	-	Ответ верный, но не полный.
P0	-	Ответ неверный.
B	5	<b>Через какой период времени пациентка может быть выписана?</b>
Э	-	При благоприятном состоянии родильницы и новорожденного, после контрольного УЗИ органов малого таза, выписка возможна на 6-7 сутки после операции (под наблюдение врача женской консультации)
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ верный, но не полный.
P0	-	Ответ неверный.
H	-	037
I	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Роженица 36 лет. Роды первые, срочные. Родовая деятельность началась в 14:00. В 14:30-излились светлые околоплодные воды. Раскрытие маточного зева 3 см.</p> <p>Из анамнеза: менархе с 13 лет, менструации по 5 через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 23 лет, в браке.</p> <p>Беременность первая, доношенная. На учете в женской консультации с 6/7 недель беременности. Беременность протекала без осложнений. В последнем анализе крови –гемоглобин – 90 г/л.</p> <p>Гинекологические заболевания: хронический сальпингоофорит.</p> <p>Перенесенные заболевания: детские инфекции; ОРВИ; хронический гастрит.</p> <p>Объективно: Состояние удовлетворительное, пульс -76 ударов в минуту, артериальное давление 130/80 мм.рт.ст.</p> <p>При наружном исследовании: положение плода продольное, спинка плода прилежит к передней стенки матки, предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 уд. в минуту. Размеры таза: 26-29-32-21 см.</p> <p>В 20:00 родовая деятельность стала значительно слабее. Аускультативно отмечено урежение сердцебиения плода до 90 уд. в минуту, не выравнивается, стало приглушенным и временами аритмичным.</p> <p>При влагалищном исследовании: раскрытие маточного зева 5 см, края податливые. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева спереди. Подтекают околоплодные воды, окрашенные меконием.</p>

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Роды 1 срочные, I период родов. Раннее излитие околоплодных вод. Вторичная слабость родовой деятельности. Начавшаяся гипоксия плода. ОГА. Первородящая старшего возраста. Сопутствующий диагноз: Анемия легкой степени. Хр. гастрит
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Невозможно поставить диагноз без дополнительных методов исследования.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз поставлен на основании жалоб пациентки на появление регулярной родовой деятельности в 14:00. В 14:30-излились светлые околоплодные воды. При оценке темпов родовой деятельности в 20:00 родовая деятельность стала значительно слабее. Раскрытие маточного зева в течение 5,5 часов увеличилось всего на 2 см. Отмечалось урежение сердцебиения до 90 уд. в минуту, стало приглушенным и временами аритмичным. При влагалищном исследовании: раскрытие маточного зева 5 см, края податливые. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева кпереди. Подтекают околоплодные воды, окрашенные меконием. Диагноз анемии был поставлен на основании данных лабораторных методом обследования.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Для обоснования диагноза необходимы дополнительные метода исследования
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Дальнейшая тактика врача :
Э	-	Экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ верный, но возможна родоразрешение путем наложения акушерских полостных щипцов.
P0	-	Ответ неверный.

В	4	Особенности ведения послеоперационного ведения включают:
Э	-	В первые сутки после операции проводят инфузионно-трансфузионную терапию. Вводят растворы, улучшающие реологические свойства крови, отдавая предпочтение кристаллоидным растворам. Общее количество введённой жидкости определяют в зависимости от исходных данных, объёма кровопотери и диуреза. Применяют утеротонические средства, а по показаниям обезболивающие препараты, антикоагулянты (не ранее 8–12 ч после операции) и антибактериальные лекарственные средства. Следует тщательно следить за функциями мочевого пузыря и кишечника. С целью профилактики пареза кишечника после инфузионной терапии через 1–2 сут после операции применяют метоклопрамид, неостигмина метилсульфат, а затем назначают очистительную клизму (только по показаниям).
P2	-	Ответ верный.
P1	+	Ответ верный, однако следует добавить антианемическую терапию.
P0	-	Ответ неверный.
В	5	<b>Через какой период времени пациентка может быть выписана?</b>
Э	-	Через 7–8 сут после операции родильницу можно выписать домой под наблюдение врача женской консультации.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ верный, но пациентка остается еще месяц под наблюдением родильного дома.
P0	-	Ответ неверный.
Н	-	038
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	В акушерский стационар поступила повторнородящая 35 лет при сроке беременности 38 недель и с наличием регулярной родовой деятельности в течение 4 часов. Околоплодные воды подтекают в течение 2 часов. Шевеления плода ощущает хорошо. С началом родовой деятельности отмечает появление кровянистых выделений из половых путей в незначительном количестве. Из анамнеза: менархе в 12 лет, менструации по 7 дней, через 28 дней, регулярные, обильные, безболезненные. В анамнезе: одни срочные роды и три искусственных аборта (выскабливание полости матки) в сроке до 12 недель, последний искусственный аборт (в 2014 году) осложнился острым двусторонним сальпингоофоритом и метроэндометритом (лечение стационарное, консервативное).

		<p>На учете в женской консультации не состоит, со слов пациентки известно, что она посетила врача в частной клинике всего два раза за время беременности. От выполнения акушерского УЗИ отказывалась на протяжении всей беременности. На протяжении последних 10 недель беременности отмечала мажущие кровянистые выделения из половых путей.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски и влажности. Рост – 172 см, масса тела – 90 кг. Пульс 74 удара в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. АД 100/70 мм рт. ст. Матка увеличена соответственно доношенному сроку беременности, между схватками расслабляется хорошо, при пальпации безболезненная во всех отделах. Схватки через 3-4 минуты, по 30-40 секунд, средней интенсивности, умеренно болезненные. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в минуту. Положение плода продольное. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз.</p> <p>Гинекологический осмотр (произведен в условиях развернутой операционой):</p> <p>В зеркалах: Шейка матки визуально не изменена. Выделения светлые, умеренные. Подтекают светлые околоплодные воды.</p> <p>PV: Влагалище емкое. Шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 9 см, края тонкие, податливые. Плодный пузырь отсутствует, подтекают светлые околоплодные воды в небольшом количестве. Слева и спереди около края маточного зева определяется край ткани тестообразной консистенции. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. Через боковые своды влагалища определяется тестоватая ткань. Мыс не достижим. Экзостозов и деформаций в малом тазу нет. Кровянистых выделений нет.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Роды II срочные. Неполное предлежание плаценты. ОАГА (3 искусственных аборта, острый сальпингоофорит, метроэндометрит).
P2	-	Диагноз поставлен верно и полно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологии не учтена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз: Роды II срочные установлен на основании данных акушерского анамнеза (повторнородящая, в анамнезе одни срочные роды), срока беременности (срок беременности 38 недель), жалоб пациентки на наличие регулярной родовой

		<p>деятельности в течение 4 часов, данных объективного осмотра (схватки через 3-4 минуты, по 35-40 секунд) и влагалищного осмотра (раскрытие маточного зева 9 см).</p> <p>Диагноз: Неполное предлежание плаценты установлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- анамнеза: на протяжении последних 10 недель беременности отмечала мажущие кровянистые выделения из половых путей</li> <li>- влагалищного осмотра (слева и спереди у края маточного зева на небольшом участке определяется край плаценты тестообразной консистенции, через боковые своды влагалища определяется тестоватая ткань).</li> </ul> <p>Диагноз: ОАГА установлен на основании данных анамнеза (три искусственных аборта, острый сальпингофорит и метроэндометрит после последнего аборта).</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью, обоснование одного из компонентов диагноза дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более компонентов диагноза дано неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план ведения родов в данном случае.
Э	-	Учитывая неполное предлежание плаценты, отсутствие кровотечения, почти полное раскрытие маточного зева у повторнорожавшей пациентки, удовлетворительное состояние плода, возможно продолжить дальнейшее ведение родов через естественные родовые пути. Необходимо выполнить профилактику кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде. При возникновении кровотечения во II периоде родов - показана операция наложения акушерских щипцов.
P2	-	План ведения родов составлен полностью верно.
P1	-	План ведения родов составлен верно, однако нет обоснования возможности продолжения ведения родов через естественные родовые пути, не назван план действий при возникновении кровотечения.
P0	-	План ведения родов составлен полностью неверно.
B	4	Назовите необходимые меры профилактики кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде.
Э	-	<p>Необходимо активное ведение III периода родов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- обязательна постановка периферического венозного катетера в родах у пациенток с высоким риском развития кровотечения (анамнез послеродового/послеродового кровотечения, крупный плод, многоводие, многоплодие, третьи и последующие роды, первородящая старшего возраста, исходные нарушения в системе гемостаза)</li> <li>- выведение мочи катетером после рождения ребенка</li> </ul>

		<p>- после рождения последа - необходимо применение холода и груза на низ живота</p> <p>- окситоцин 10 ЕД в III периоде родов (в/в медленно – в течение не менее 1 минуты или в/м)</p> <p>- необходимо измерение уровня АД и пульса в начале раннего послеродового периода, через 1 час и через 2 часа после родов (при переводе родильницы в послеродовое отделение)</p> <p>- контроль состояния матки в раннем послеродовом периоде проводится каждые 30 минут, с внесением данных в историю родов</p> <p>- прикладывание новорожденного к груди - в родильном зале</p>
P2	-	Названы верные меры профилактики кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде.
P1	-	Названы не все меры профилактики кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде.
P0	-	<p>Ответ неверный: названы неверные мероприятия профилактики кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде, или</p> <p>не названо ни одной из мер профилактики кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде.</p>
V	5	<b>Назовите ошибки ведения беременности на догоспитальном этапе в данном случае.</b>
Э	-	Учитывая наличие у пациентки в анамнезе 3 искусственных аборта с выскабливанием в сроке до 12 недель, один из которых осложнился острым сальпингоофоритом и метроэндометритом, необходимо было оценить риск развития осложнений плацентации (неправильное расположение и прикрепление плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты) и своевременно госпитализировать пациентку в акушерский стационар. Однако, в связи с тем, что пациентка не наблюдалась в женской консультации и отказалась от УЗИ, не было возможности достоверно оценить состояние беременной, диагностировать аномалию расположения плаценты (неполное предлежание плаценты), и своевременно госпитализировать ее на отделение патологии беременности, где должен был вовремя составлен адекватный план ведения родов.
P2	-	Ошибки ведения беременности в женской консультации указаны верно.
P1	-	Ошибки указаны неполно.
P0	-	Ошибки ведения беременности указаны неверно.
H	-	039
I	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Роженица 30 лет, доставлена в родильное отделение. Схватки появились 7 часов назад. По дороге излились светлые

		<p>околоплодные воды.</p> <p>Из анамнеза: менархе с 13 лет, менструации по 5 через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 20 лет, в браке.</p> <p>Беременность – 2я. Роды-1 (пять лет назад без особенностей). На учете в женской консультации с 6/7 недель беременности.</p> <p>Беременность протекала без осложнений. При ультразвуковом исследовании в 33 недели около шейки плода определялось два среза пуповины.</p> <p>Гинекологические заболевания: отрицает.</p> <p>Перенесенные заболевания: детские инфекции; ОРВИ;</p> <p>Объективно: Состояние удовлетворительное, пульс 82 удара в минуту, артериальное давление 135/80 мм.рт.ст.</p> <p>При наружном исследовании: положение плода продольное, спинка плода обращена к передней стенке матки, предлежит головка плода. Размеры таза: 26-29-32-21 см. Сердцебиение плода 90 уд.в. минуту, не выравнивается.</p> <p>При влагалищном исследовании: раскрытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет, перед опусканием головки было отмечено появление мекония в околоплодных водах. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева кпереди, большой не достигается. Головка плода в полости малого таза. Нижний полюс ее находится на уровне верхушки крестца. Седалищные ости пальпируются с трудом.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Роды II срочные. II период родов. Начавшаяся гипоксия плода.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Невозможно поставить диагноз без дополнительных методов исследования.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз поставлен на основании признаков гипоксии плода: Сердцебиение плода 90 уд.в. минуту, появления околоплодных вод окрашенных меконием. А так же на основании влагалищного исследования: раскрытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет, подтекают околоплодные воды, окрашенные меконием.</p> <p>Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева кпереди, большой не достигается. Головка плода в полости малого таза.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Для обоснования диагноза необходимы дополнительные метода исследования

P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Дальнейшая тактика врача.
Э	-	Необходимо закончить роды наложением акушерских полостных щипцов.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ верный, однако возможно закончить роды путем операции кесарево сечение.
P0	-	Ответ неверный.
B	4	Назовите условия для наложения акушерских щипцов описанные в данной задаче?
Э	-	Живой плод. Полное открытие маточного зева. Отсутствие плодного пузыря. Расположение головки плода в полости малого таза. Соответствие размеров головки плода и таза матери
P2	-	Ответ верный
P1	-	Ответ верный, но указаны не все условия.
P0	-	Ответ неверный
B	5	В раннем послеродовом периоде необходимо провести?
Э	-	В раннем послеоперационном периоде после наложения полостных акушерских щипцов проводят ручное удаление последа и контрольное обследование послеродовой матки для установления её целостности.
P2	-	Ответ верный
P1	-	Ответ верный, но возможно проведение данной операции в позднем послеродовом периоде.
P0	-	Ответ неверный
H	-	040
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	В приемный покой поступила женщина 35 лет с жалобами на излитие большого количества светлых околоплодных вод. Беременность по сроку 37 недель.

		<p>Из анамнеза: Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ. Менархе в 14 лет, менструации по 5 через 30 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 16 лет. Гинекологические заболевания: хронический сальпингоофорит.</p> <p>Беременность первая. На учете в женской консультации с 13 недель. Консультацию посещала три раза за всю беременность. При сроке 33/34 недель при ультразвуковом исследовании было выявлено многоводие. От антибактериальной терапии амбулаторно отказалась.</p> <p>Объективно: Состояние удовлетворительное, пульс - 66 ударов в минуту, артериальное давление 125/80 мм.рт.ст.</p> <p>Форма живота поперечно-овальная, высота стояния дна матки - 31 см, окружность живота - 110 см. При наружном акушерском обследовании: выше гребня подвздошной кости справа пальпируется головка плода, выше гребня подвздошной кости слева пальпируется тазовый конец, спинка обращена кпереди. Сердцебиение прослушивается отчетливо в области пупка - ясное, ритмичное, 134 уд. в минуту.</p> <p>При влагалищном исследовании: шейка матки несколько отклонена к крестцу, длиной 2,0 см, размягчена по периферии, уплотнена по ходу цервикального канала, цервикальный канал пропускает 1 поперечник пальца за уплотненный внутренний зев. Подтекают светлые околоплодные воды. Предлежащая часть не определяется.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Беременность 37 недель. Преждевременное излитие околоплодных вод. Поперечное положение плода. Многоводие. Первородящая старшего возраста. ОГА (хронический сальпингоофорит в анамнезе).
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	+	Диагноз поставлен верно, однако не указан какой-либо из компонентов диагноза.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Срок беременности 37 недель указан в условиях к задаче. Преждевременное излитие околоплодных вод поставлено на основании жалоб больной на излитие околоплодных вод и отсутствие при этом родовой деятельности. Поперечное положение плода – на основании данных наружного (форма живота поперечно-овальная, высота стояния дна матки - 31 см, окружность живота - 110 см. При наружном акушерском обследовании: выше гребня подвздошной кости справа пальпируется головка плода, выше гребня подвздошной кости слева пальпируется тазовый конец) и внутреннего исследования

		(предлежащая часть при влагалищном исследовании не определяется). Многоводие поставлено на основании анамнестических данных (излитие большого количества околоплодных вод) и данных УЗИ в 34 недели. Возраст первородящей и сведения об ОГА указаны в условиях задачи.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью, обоснование одного из компонентов диагноза дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более компонентов диагноза дано неверно.
B	3	Дальнейшая тактика врача приемного покоя:
Э	-	Госпитализация пациентки в родильное отделение и экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ верный, не указан срок или способ родоразрешения.
P0	-	Ответ неверный.
B	4	Особенности ведения послеоперационного ведения включают:
Э	-	В первые сутки после операции проводят инфузионно-трансфузионную терапию. Вводят растворы, улучшающие реологические свойства крови, отдавая предпочтение кристаллоидным растворам. Общее количество введённой жидкости определяют в зависимости от объёма кровопотери и диуреза. Применяют утеротонические средства, обезболивающие, антикоагулянты (по показаниям через 12 часов после операции) и антибактериальные (по показаниям) лекарственные средства. Следует тщательно следить за функциями мочевого пузыря и кишечника. С целью профилактики пареза кишечника на 3 сутки применяют прозерин, а затем назначают очистительную клизму.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Не хватает некоторых групп лекарственных препаратов.
P0	-	Ответ неверный.
B	5	<b>Через какой период времени пациентка может быть выписана?</b>
Э	-	Через 6-7 сутки после операции родильницу можно выписать под наблюдение врача женской консультации.

P2	-	Ответ верный.
P1	-	Не указано, что необходимо наблюдение женской консультации.
P0	-	Ответ неверный.
H	-	041
I	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В акушерский стационар поступила повторнородящая 37 лет при сроке беременности 37 недель и наличием регулярной родовой деятельности в течение 4 часов. Околоплодные воды не изливались. Шевеления плода ощущает отчетливо. За 4 часа до госпитализации отмечала появление кровянистых выделений из половых путей в небольшом количестве.</p> <p>Из анамнеза: менархе в 13 лет, менструации по 5-7 дней, через 28 дней, регулярные, обильные, безболезненные. В анамнезе: 2 срочных родов и 2 искусственных аборта (выскабливание полости матки) в сроке до 12 недель, из которых последний был выполнен 1 год назад и осложнился метроэндометритом.</p> <p>На учете в женской консультации с 17 недель беременности, посетила женскую консультацию всего два раза за время беременности. От УЗИ плода категорически отказалась.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Рост – 170 см, масса тела – 88 кг. Пульс 82 удара в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. АД 110/70 мм рт. ст. Схватки через 3-4 минуты, по 35-40 секунд, средней интенсивности, умеренно болезненные. Матка увеличена соответственно доношенному сроку беременности, между схватками расслабляется хорошо, при пальпации безболезненная во всех отделах. Положение плода продольное. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту.</p> <p>Влагалищное исследование: Влагалище емкое. Шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 9 см, края тонкие, податливые. Плодный пузырь цел. Справа и сзади у края маточного зева на небольшом участке определяется край плаценты тестообразной консистенции. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа спереди. Мыс не достижим. Экзостозов и деформаций в малом тазу нет. Кровянистых выделений нет.</p>
V	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Роды III срочные. Неполное предлежание плаценты. ОГА (2 искусственных аборта, метроэндометрит).
P2	-	Диагноз поставлен верно и полно.

P1	-	Упущены отдельные компоненты диагноза.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз “Роды III срочные” установлен на основании данных акушерского анамнеза (повторнородящая, в анамнезе 2 срочных родов), срока беременности (срок беременности 37 недель), жалоб пациентки на наличие регулярной родовой деятельности в течение 4 часов, данных объективного осмотра (схватки через 3-4 минуты, по 35-40 секунд) и влагалищного осмотра (раскрытие маточного зева 9 см).</p> <p>Неполное предлежание плаценты установлено на основании влагалищного осмотра (справа и сзади у края маточного зева на небольшом участке определяется край плаценты тестообразной консистенции).</p> <p>Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез установлен на основании данных анамнеза пациентки (2 искусственных аборта, метроэндометрит после одного из них).</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью, обоснование одного из компонентов диагноза дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более компонентов диагноза дано неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план ведения родов в данном случае.
Э	-	<p>Учитывая неполное предлежание плаценты, отсутствие кровотечения, почти полное раскрытие маточного зева у роженицы в третьих родах, удовлетворительное состояние плода, дальнейшее ведение родов возможно через естественные родовые пути с выполнением амниотомии. Необходимо выполнить профилактику кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде. В случае возникновения кровотечения после амниотомии показано выполнение операции кесарева сечения. При возникновении кровотечения во II периоде родов - показана операция наложения акушерских щипцов.</p>
P2	-	План ведения родов составлен полностью верно.
P1	-	План ведения родов составлен верно, однако нет обоснования возможности продолжения ведения родов через естественные родовые пути, не назван план действий при возникновении кровотечения.
P0	-	План ведения родов составлен полностью неверно.

В	4	Назовите необходимые меры профилактики кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде.
Э	-	Необходимо активное ведение III периода родов. Обязательна постановка периферического венозного катетера в родах у пациенток с высоким риском развития кровотечения (анамнез последового/послеродового кровотечения, крупный плод, многоводие, многоплодие, третьи и последующие роды, первородящая старшего возраста, исходные нарушения в системе гемостаза). Выведение мочи катетером после рождения ребенка. Прикладывание новорожденного к груди в родильном зале. Окситоцин 10 ЕД в III периоде родов (в/в медленно – в течение не менее 1 минуты или в/м) или в мышцу матки после извлечения новорожденного при кесаревом сечении. После рождения последа необходимо применение холода и груза на низ живота. Необходимо измерение артериального давления и пульса в начале раннего послеродового периода, через 1 час и через 2 часа после родов (при переводе родильницы в послеродовое отделение). Состояние матки в раннем послеродовом периоде контролируется каждые 30 минут. Данные вносятся в историю родов.
P2	-	Названы верные меры профилактики кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде.
P1	-	Названы не все меры профилактики кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде.
P0	-	Ответ неверный: названы неверные мероприятия профилактики кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде, не названо ни одной из мер профилактики кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде.
В	5	<b>Назовите ошибки ведения беременности в данном случае.</b>
Э	-	Учитывая наличие у пациентки в анамнезе 2 искусственных абортов с выскабливанием в сроке до 12 недель, один из которых был выполнен 1 год назад и осложнился метроэндометритом, врачу женской консультации необходимо было оценить риск развития осложнений беременности (неправильное расположение и прикрепление плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты) и своевременно госпитализировать пациентку в родильный дом. Однако, в связи с тем, что пациентка наблюдалась в женской консультации с 17 недель беременности, посетила ее всего два раза и отказалась от УЗИ, не было возможности достоверно оценить состояние женщины, диагностировать неполное предлежание плаценты и своевременно госпитализировать ее на отделение патологии беременности, где вовремя составить план ведения родов.
P2	-	Ошибки ведения беременности в женской консультации указаны верно.
P1	-	Ошибки указаны неполно.
P0	-	Ошибки ведения беременности указаны неверно.

Н	-	042
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В приемный покой акушерского стационара поступила повторнородящая 35 лет при сроке беременности 34 недели с жалобами на внезапно появившиеся 1 час назад кровянистые выделения из половых путей. Околоплодные воды не изливались. Шевеления плода ощущает.</p> <p>Из анамнеза: менархе в 14 лет, менструации по 6-7 дней, через 28-30 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. В анамнезе: 1 срочные роды и 1 искусственный аборт (выскабливание) в сроке до 12 недель, выполненный за три месяца до настоящей беременности, осложнившийся метрэндометритом. На учете в женской консультации с 10 недель беременности, посещала женскую консультацию за время беременности регулярно. Общая прибавка массы тела за время беременности 11 кг, равномерная.</p> <p>По данным УЗИ плода при сроке беременности 30/31 недели: 1 плод в головном предлежании, предполагаемая масса плода 1450 г, видимых пороков развития плода не выявлено, плацента полностью перекрывает область внутреннего зева, околоплодные воды в нормальном количестве.</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Рост – 160 см, масса тела – 85 кг. Пульс 90 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. АД 100/60 мм рт. ст. Матка увеличена соответственно 34 неделям беременности, в нормотонусе, при пальпации безболезненная во всех отделах. Положение плода продольное. Предлежит головка плода, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 146 ударов в минуту. Из половых путей - кровянистые выделения в умеренном количестве, подкладная обильно пропитана кровью. Общий объем кровянистых выделений составляет 500 мл.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Беременность 34 недели. Полное предлежание плаценты. Кровотечение. ОГА (1 искусственный аборт, метрэндометрит).
P2	-	Диагноз поставлен верно и полно.
P1	-	Часть компонентов диагноза упущена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Э	-	Срок беременности указан в условиях задачи. Полное предлежание плаценты установлено по данным УЗИ в 30/31 неделю (плацента полностью перекрывает область внутреннего зева). Диагноз “кровотечение” установлен на основании данных анамнеза (сама указывает на кровянистые выделения), осмотра (из половых путей - кровянистые выделения в умеренном количестве, подкладная обильно пропитана кровью, общий объем кровянистых выделений составляет 500 мл). Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез установлен на основании данных анамнеза пациентки (1 искусственный аборт осложнившийся метроэндометритом).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью, обоснование одного из компонентов диагноза дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более компонентов диагноза дано неверно.
В	3	Перечислите, какие дополнительные методы обследования необходимы.
Э	-	Осмотр шейки матки в зеркалах и влагиалищное исследование - только в условиях развернутой операционной. Перед операцией кесарева сечения по поводу кровотечения при предлежании плаценты - клинический анализ крови, группа крови и резус-фактор, коагулограмма. Возможно дополнительно выполнить УЗИ плода, если это возможно сделать очень быстро в условиях развернутой операционной.
P2	-	Дополнительные методы обследования названы полностью верно.
P1	-	Не полностью названы дополнительные методы обследования.
P0	-	Дополнительные методы обследования названы полностью неверно.
В	4	Назовите и обоснуйте дальнейшую тактику ведения беременной в данном случае.
Э	-	В связи с наличием кровотечения при полном предлежании плаценты, показано экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения. Необходимо во время подготовки к операции начать проведение адекватной инфузионной терапии под контролем показателей гемодинамики и почасового диуреза.
P2	-	Названа верно дальнейшая тактика ведения беременной в данном случае.
P1	-	Нет полного описания дальнейшей тактики ведения беременной в данном случае.
P0	-	Ответ неверный: названа неверная дальнейшая тактика ведения беременной в данном случае.

В	5	<b>Назовите препараты для инфузионно-трансфузионной терапии в данном случае. Обоснуйте применение кристаллоидов и коллоидов в данном случае.</b>
Э	-	<p>Препараты выбора – солевые растворы. Кристаллоиды (0,9% раствор натрия хлорида, дисоль, трисоль, ацесоль, лактосол, мафусол и др.) хороши тем, что они могут восстановить ОЦК без существенного влияния на сердечный выброс.</p> <p>Препаратами выбора среди коллоидов являются растворы гидроксипропилированного крахмала (ГЭК), которые обладают выраженным и стабильным гемодинамическим эффектом, за счет увеличения ОЦК, сердечного выброса, улучшения реологических свойств крови и восстановления кровотока в микрососудах. Препараты ГЭК – рефортан, стабизол, инфукол, НАЕС-стерил, волекам и др.</p>
P2	-	Препараты кристаллоидов и коллоидов названы верно, обосновано их применение.
P1	-	Препараты кристаллоидов и коллоидов названы не полностью, но обосновано их применение, препараты кристаллоидов и коллоидов названы верно, но не обосновано их применение.
P0	-	Препараты кристаллоидов и коллоидов названы неверно, не обосновано их применение.
Н	-	043
И		Проведение обследования пациентки с целью установления диагноза
У		Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
В		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
Э		<p>В приемный покой акушерского стационара поступила повторнобеременная 28 лет со сроком беременности 32 недели и жалобами на кровянистые выделения из половых путей в объеме 10-20 мл, появившиеся после физической нагрузки. Околоплодные воды не изливались. Шевеления плода ощущает отчетливо.</p> <p>Из анамнеза: менархе в 12 лет, менструации по 3-5 дней, через 28-30 дней, умеренные, безболезненные, регулярные. В анамнезе: 3 искусственных аборта в сроке до 12 недель, последний выполнен 1,5 года назад, осложнившийся метроэндометритом с повторным выскабливанием полости матки. На учете в женской консультации с 9 недель беременности, посещала женскую консультацию за время беременности регулярно, последнее посещение неделю назад. Прибавка массы тела за время беременности 9 кг, равномерная. Настоящая беременность протекала без осложнений.</p> <p>По данным УЗИ плода при сроке беременности 30/31 неделя беременности: 1 плод в головном предлежании, предполагаемая масса плода 1650 г, видимых пороков развития плода не выявлено,</p>

		<p>плацента расположена по передней стенке матки в нижнем сегменте, край плаценты доходит до внутреннего зева частично перекрывая его, околоплодные воды в нормальном количестве.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Рост – 166 см, масса тела – 75 кг. Пульс 82 удара в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. АД 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации в отделах свободных от беременной матки мягкий, безболезненный. Матка увеличена соответственно 32 неделям беременности, при пальпации безболезненная во всех отделах. Положение плода продольное. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 146 ударов в минуту. Из половых путей скудные кровянистые выделения. На подкладной незначительное количество кровянистых выделений.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Беременность 32 недели. Неполное предлежание плаценты. Кровотечение. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (3 искусственных аборта, метроэндометрит).
P2	-	Диагноз поставлен верно и полно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценено состояние плода; не дополнен отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз Беременность 32 недели установлен на основании подсчета акушерского срока беременности, отсутствии данных о начале родовой деятельности и данных объективного и влагалищного осмотра.</p> <p>Диагноз Неполное предлежание плаценты определен по данным УЗИ при сроке беременности 30/31 неделя (плацента расположена по передней стенке матки в нижнем сегменте, край плаценты доходит до внутреннего зева частично перекрывая его).</p> <p>Диагноз Кровотечение установлен на основании жалоб на кровянистые выделения из половых путей, появившиеся после физической нагрузки, данных осмотра (из половых путей скудные кровянистые выделения; на подкладной незначительное количество кровянистых выделений.).</p> <p>Диагноз Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез поставлен на основании данных анамнеза пациентки (3 искусственных аборта в сроке до 12 недель, последний выполнен 1,5 года назад, осложнившийся метроэндометритом с повторным выскабливанием полости матки).</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.

P1	-	<p>Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм или отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза.</p> <p>или</p> <p>Обоснование одной из нозологических форм дано неверно.</p>
P0	-	<p>Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно.</p> <p>или</p> <p>Диагноз обоснован полностью неверно.</p>
B	3	Перечислите, какие дополнительные методы обследования необходимы.
Э	-	Возможно дополнительно выполнить УЗИ плода. Запись КТГ. Осмотр шейки матки в только в условиях развернутой операционной.
P2	-	Дополнительные методы обследования названы полностью верно.
P1	-	Не полностью названы дополнительные методы обследования.
P0	-	Дополнительные методы обследования названы полностью неверно.
B	4	Назовите и обоснуйте дальнейшую тактику ведения беременной в данном случае.
Э	-	Учитывая незначительное кровотечение, недоношенный срок беременности, отсутствие родовой деятельности, удовлетворительное состояние беременной и удовлетворительное состояние плода показано проведение сохраняющей терапии и профилактики дистресс-синдрома плода под постоянным КТГ-контролем за состоянием плода.
P2	-	Названа верно дальнейшая тактика ведения беременной в данном случае.
P1	-	Нет полного обоснования дальнейшей тактики ведения беременной в данном случае.
P0	-	Ответ неверный: названа неверная дальнейшая тактика ведения беременной в данном случае.
B	5	<b><i>Назовите препараты для профилактики респираторного дистресс-синдрома плода и схемы их применения.</i></b>
Э	-	Бетаметазон – 12 мг, внутримышечно через 24 часа, всего 2 дозы на курс. Дексаметазон – 6 мг, внутримышечно через 12 часов, всего 4 дозы на курс.
P2	-	Препараты для профилактики респираторного дистресс-синдрома плода и схемы их применения названы верно.
P1	-	Препараты для профилактики респираторного дистресс-синдрома плода названы верно, но схемы их применения не названы.

		названы верно.
P0	-	Препараты для профилактики респираторного дистресс-синдрома плода и схемы их применения названы неверно.
H	-	044
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В приемный покой акушерского стационара машиной «скорой помощи» доставлена первобеременная 24 лет с жалобами на внезапно появившиеся 1 час назад тянущие боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей в небольшом количестве. Околоплодные воды не изливались. Шевеления плода ощущает слабо. Жалобы на головную боль, нарушение зрения, боли в эпигастральной области отрицает. Срок беременности 37/38 недель.</p> <p>Из анамнеза: менархе в 12 лет, менструации по 5-7 дней, через 28-30 дней, умеренные, безболезненные, регулярные. На учете в женской консультации с 8/9 недель беременности, посещала женскую консультацию за время беременности регулярно. Общая прибавка массы тела за время беременности 16 кг, неравномерная. При сроке беременности 34/35 недель находилась в родоразделительном отделении акушерского стационара по поводу преэклампсии средней (умеренной) тяжести, получала гипотензивную терапию. Динамика артериального давления за время беременности: 120/70 – 130/90 – 145/95 мм рт. ст. В анализах мочи периодически определялось наличие белка от 0,3 до 1,0 г/л. Соматические заболевания отрицает.</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Рост – 170 см, масса тела – 90 кг. Пульс 90 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. АД 140/80 мм рт. ст. Живот при пальпации в отделах свободных от беременной матки мягкий, безболезненный. Матка увеличена соответственно 37 неделям беременности, в повышенном тонусе, при пальпации болезненная. Пальпация плода затруднена, положение плода продольное. Предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, затруднительно выслушивается, 190 ударов в минуту. Из половых путей в умеренном количестве кровянистые выделения, подкладная умеренно пропитана кровью. Общий объем кровянистых выделений составляет 150 мл.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Беременность 37/38 недель. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Кровотечение. Преэклампсия средней (умеренной) степени. Острая гипоксия плода.
P2	-	Диагноз поставлен верно и полно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценено состояние плода; или неверно оценили степень

		преэклампсии.
P0	-	Диагноз поставлен полностью неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз Беременность 37/38 недель установлен на основании подсчета акушерского срока беременности, отсутствии данных о начале родовой деятельности и данных объективного и влагалищного осмотра (матка увеличена соответственно 37 неделям беременности).</p> <p>Диагноз Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты определен на основании жалоб пациентки на внезапно появившиеся 1 час назад тянущие боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей в небольшом количестве, на основании данных осмотра (матка в повышенном тоне, при пальпации болезненная, из половых путей в умеренном количестве кровянистые выделения, подкладная умеренно пропитана кровью; общий объем кровянистых выделений составляет 150 мл).</p> <p>Диагноз Преэклампсия средней (умеренной) степени поставлен на основании данных анамнеза (общая прибавка массы тела за время беременности 16 кг, неравномерная; 3 недели назад получала гипотензивную терапию по поводу преэклампсии легкой степени; динамика артериального давления за время беременности: 120/70 – 130/90 – 145/95 мм рт. ст.; в анализах мочи периодически определялось наличие белка от 0,3 до 1,0 г/л; соматические заболевания отрицает).</p> <p>Диагноз Острая гипоксия плода поставлен на основании жалоб пациентки на уменьшение шевелений плода, на основании объективных данных (сердцебиение плода приглушено, затруднительно выслушивается, 190 ударов в минуту).</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью или неверно обосновано состояние плода; или неверно обоснована степень преэклампсии. или Обоснование одной из нозологических форм дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Перечислите, какие дополнительные методы обследования необходимы.
Э	-	Осмотр шейки матки в зеркалах и влагалищное исследование только в условиях развернутой операционной.
P2	-	Дополнительные методы обследования названы полностью верно.
P1	-	Не полностью названы дополнительные методы обследования.

P0	-	Дополнительные методы обследования названы полностью неверно.
B	4	Назовите и обоснуйте дальнейшую тактику ведения беременной в данном случае.
Э	-	Показана экстренное родоразрешение путем операция кесарева сечения, на фоне адекватной инфузионной терапии (кристаллоиды коллоиды, компоненты крови по показаниям). Комплексная терапия преэклампсии в послеоперационном периоде.
P2	-	Этапы дальнейшей тактики ведения беременной в данном случае названы верно.
P1	-	Этапы дальнейшей тактики ведения беременной в данном случае названы верно, но неполно.
P0	-	Этапы дальнейшей тактики ведения беременной в данном случае названы неверно.
B	5	<b>Назовите препараты для инфузионно-трансфузионной терапии в данном случае. Обоснуйте применение кристаллоидов и коллоидов в данном случае.</b>
Э	-	<p>Препараты выбора для первой помощи – не содержащие глюкозы солевые растворы. Кристаллоиды более эффективны для возмещения внеклеточной воды. Кристаллоиды (0,9 % раствор натрия хлорида, дисоль, трисоль, ацесоль, лактосол, мафусол и др.) хороши тем, что они могут восстановить ОЦК без существенного влияния на сердечный выброс.</p> <p>Препаратами выбора среди коллоидов являются растворы гидроксипропилированного крахмала (ГЭК), которые обладают выраженным и стабильным гемодинамическим эффектом, за счет увеличения объема циркулирующей крови, сердечного выброса, улучшения реологических свойств крови и восстановления кровотока в микрососудах. ГЭК – природный полисахарид, получаемый из амилопектинового крахмала и состоящий из полимеризованных остатков глюкозы. Препараты ГЭК – рефортан, стабизол, инфукол 6% и 10%, НАЕС, Волекам, НАЕВ-стерил и т.д. Все формы ГЭК улучшают реологические свойства крови и микроциркуляцию.</p>
P2	-	Препараты кристаллоидов и коллоидов названы верно, обосновано их применение.
P1	-	Препараты кристаллоидов и коллоидов названы не полностью, но обосновано их применение. или Препараты кристаллоидов и коллоидов названы верно, но не обосновано их применение.
P0	-	Препараты кристаллоидов и коллоидов названы неверно, не обосновано их применение.
H	-	045

И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Родильница 26 лет на 4 сутки после первых срочных родов через естественные родовые пути, протекавших на фоне безводного промежутка длительностью 14 часов и операции ручного выделения задержавшейся дольки плаценты, предъявляет жалобы на слабость, озноб, повышение температуры тела до 38,6°С.</p> <p>Из анамнеза: menarche в 14 лет, менструации по 3-5 дней, через 29-31 день, умеренные, безболезненные, регулярные. В анамнезе: 2 искусственных аборта в сроке до 12 недель, без осложнений. На учете в женской консультации с 10 недель беременности, посещала женскую консультацию за время беременности регулярно. Прибавка массы тела за время беременности 12 кг, равномерная. Настоящая беременность протекала без осложнений.</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пульс 94 удара в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. АД 110/70 мм рт. ст. Температура тела 38,6°С. Лактация достаточная, сцеживание молока затруднено. Обе молочные железы увеличены, упругие. На сосках обеих молочных желез трещины. В верхнем наружном квадранте правой молочной железы определяется гиперемия кожи, без инфильтрации подлежащих тканей. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Матка плотная, дно матки на 3 поперечника пальца ниже пупка, безболезненная при пальпации. Выделения из половых путей кровянисто-серозные, умеренные.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Послеродовый период 4 сутки. Лактостаз. Правосторонний серозный лактационный мастит.
Р2	-	Диагноз поставлен верно и полно.
Р1	-	Диагноз поставлен не полностью или неверно оценено стадия лактационного мастита.
Р0	-	Диагноз поставлен полностью неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз Послеродовый период 4 сутки установлен на основании данных о послеродовом периоде.</p> <p>Диагноз Лактостаз, Серозный лактационный мастит определен на основании жалоб пациентки на слабость, озноб, повышение температуры тела до 38,6°С, на основании объективных данных (температура тела 38,6°С, лактация достаточная, сцеживание молока затруднено, обе молочные железы увеличены, упругие; на сосках обеих молочных желез трещины, в верхнем наружном квадранте правой молочной железы определяется гиперемия кожи, без инфильтрации подлежащих тканей.).</p>

P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Перечислите, какие дополнительные методы обследования необходимы.
Э	-	Клинический анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы, УЗИ молочных желез.
P2	-	Дополнительные методы обследования названы верно.
P1	-	Не полностью названы дополнительные методы обследования.
P0	-	Дополнительные методы обследования названы полностью неверно.
B	4	Назовите и обоснуйте дальнейшую тактику ведения родильницы в данном случае.
Э	-	Сцеживание молока из обеих молочных желез (сначала из здоровой, затем из больной) через каждые 3 ч; внутримышечное введение 2 мл дротаверина на протяжении 3 сут. через равные промежутки времени 3 раза в день за 20 мин до сцеживания молока из больной молочной железы; внутримышечное введение антибиотиков широкого спектра действия в среднетерапевтических дозах; десенсибилизирующая терапия (внутримышечное введение 1 мл 1% раствора дифенгидрамина 3 раза в сутки); витаминотерапия (аскорбиновая кислота и витамины группы В); полуспиртовые компрессы на молочную железу 1 раз в сутки; при положительной динамике заболевания через сутки после начала консервативной терапии местно УВЧ- или УЗ-терапия; не следует применять местно холод и согревающие мажевые компрессы.
P2	-	Названа верно дальнейшая тактика ведения родильницы в данном случае.
P1	-	Нет полной тактики ведения родильницы в данном случае.
P0	-	Ответ неверный: названа неверная дальнейшая тактика ведения родильницы в данном случае.
B	5	<b>Назовите классификацию лактационного мастита.</b>
Э	-	По характеру воспалительного процесса различают негнойные (серозный и инфильтративный) и гнойные (абсцедирующий, инфильтративно-абсцедирующий, флегмонозный и гангренозный) формы острого лактационного мастита. В зависимости от локализации очага воспаления мастит бывает подкожным, субареолярным, интрамаммарным, ретромаммарным и тотальным, когда поражаются все отделы молочной железы.

P2	-	Классификация лактационного мастита названа верно.
P1	-	Классификация лактационного мастита названа не полностью.
P0	-	Классификация лактационного мастита названа неверно.
H	-	046
I	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Родильница 28 лет на 5 сутки после первых срочных родов через естественные родовые пути, протекавших без осложнений, предъявляет жалобы на слабость, озноб, повышение температуры тела до 39,1°C, боль распирающего характера в левой молочной железе.</p> <p>Из анамнеза: menarche в 13 лет, менструации по 3-5 дней, через 29-31 день, умеренные, безболезненные, регулярные. В анамнезе: 3 искусственных аборта в сроке до 12 недель, без осложнений. На учете в женской консультации с 11 недель беременности, посещала женскую консультацию за время беременности регулярно. Прибавка массы тела за время беременности 11 кг, равномерная. Настоящая беременность протекала с явлениями угрозы прерывания (госпитализация при сроках 14 и 24 недели беременности), ОРВИ при сроке 34 недели беременности с повышением температуры тела до 37,4°C.</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести. Язык сухой, обложен белым налетом. Пульс 102 удара в минуту, напряжен, ритмичный. АД 120/80 мм рт. ст. Температура тела 39,1°C. Левая молочная железа увеличена, отечная, кожные покровы молочной железы гиперемированы. В нижненаружном квадранте определяется участок флюктуации, размерами 4х4х3 см, резко болезненный при пальпации. Правая молочная железа увеличена, упругая, кожные покровы обычной окраски. Сцеживание молока из обеих молочных желез затруднено, болезненное. На сосках обеих молочных желез трещины. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Матка плотная, дно матки на середине расстояния между пупком и лоном, безболезненная при пальпации. Выделения из половых путей серозно-сукровичные, скудное количество.</p>
V	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Послеродовый период 5 сутки. Лактостаз. Инфильтративно-гнойный лактационный мастит, абсцесс левой молочной железы.
P2	-	Диагноз поставлен верно и полно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью или неверно оценено стадия лактационного мастита и осложнение.
P0	-	Диагноз поставлен полностью неверно.

В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз Послеродовый период 5 сутки установлен на основании данных о послеродовом периоде. Диагноз Лактостаз, Инфильтративно-гнойный лактационный мастит, абсцесс левой молочной железы определен на основании жалоб пациентки на слабость, озноб, повышение температуры тела до 39,1°C, боль распирающего характера в левой молочной железе, на основании объективных данных (температура тела 39,1°C; левая молочная железа увеличена, отечная, кожные покровы молочной железы гиперемированы; в нижненаружном квадранте определяется участок флюктуации, размерами 4x4x3 см, резко болезненный при пальпации; правая молочная железа увеличена, упругая, кожные покровы обычной окраски; сцеживание молока из обеих молочных желез затруднено, болезненное; на сосках обеих молочных желез трещины).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Перечислите, какие дополнительные методы обследования необходимы.
Э	-	Клинический анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы, УЗИ молочных желез.
P2	-	Дополнительные методы обследования названы верно.
P1	-	Не полностью названы дополнительные методы обследования.
P0	-	Дополнительные методы обследования названы полностью неверно.
В	4	Назовите и обоснуйте дальнейшую тактику ведения родильницы в данном случае.
Э	-	Основная тактика – хирургическое лечение. Перевод родильницы в хирургический стационар. На фоне дезинтоксикационной и антибактериальной терапии показано вскрытие и дренирование гнойного очага. Лактация должна быть подавлена с помощью с применением карбегалина или бромкриптина.
P2	-	Названа верно дальнейшая тактика ведения родильницы в данном случае.
P1	-	Нет полной тактики ведения родильницы в данном случае.
P0	-	Ответ неверный: названа неверная дальнейшая тактика ведения родильницы в данном случае.

В	5	<b>Назовите классификацию лактационного мастита.</b>
Э	-	По характеру воспалительного процесса различают негнойные (серозный и инфильтративный) и гнойные (абсцедирующий, инфильтративно-абсцедирующий, флегмонозный и гангренозный) формы острого лактационного мастита. В зависимости от локализации очага воспаления мастит бывает подкожным, субареолярным, интрамаммарным, ретромаммарным и тотальным, когда поражаются все отделы молочной железы.
P2	-	Классификация лактационного мастита названа верно.
P1	-	Классификация лактационного мастита названа не полностью.
P0	-	Классификация лактационного мастита названа неверно.
Н	-	047
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В приемный покой акушерского стационара бригадой СМП доставлена повторнобеременная первородящая 24 лет с жалобами на появившиеся 1,5 час назад сначала слабые, а затем умеренные тянущие боли внизу живота, с присоединившимися через 30 минут скудными кровянистыми выделениями из половых путей. Околоплодные воды не изливались. Последние 30 минут шевеление плода ощущает слабо. Жалобы на тошноту, рвоту, головную боль, нарушение зрения, боли в эпигастральной области отрицает. Срок беременности 37/38 недель.</p> <p>Из анамнеза: менархе в 14 лет, менструации по 3-5 дней, через 30 дней, умеренные, безболезненные, регулярные. На учете в женской консультации с 11 недель беременности, посещала женскую консультацию за время беременности регулярно. Общая прибавка массы тела за время беременности 17 кг, со срока 30 недель – неравномерная, избыточная. При сроке беременности 34/35 недель находилась в отделении патологии беременности акушерского стационара по поводу преэклампсии умеренной тяжести, получала магнезиальную и гипотензивную терапию. Динамика артериального давления за время беременности: 120/70 – 130/90 – 145/95 мм рт. ст. В анализах мочи периодически определялось наличие белка от 0,3 до 1,0 г/л.</p> <p>Соматические заболевания отрицает.</p> <p>Гинекологический анамнез: данная беременность – вторая, Iая (2015 год) – медикаментозный аборт на раннем сроке беременности, без осложнений.</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледноватые. Рост – 172 см, масса тела – 94 кг. Пульс 88 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения. АД 140/80 мм рт. ст. Живот - в отделах</p>

		свободных от беременной матки - при пальпации мягкий, безболезненный. Матка увеличена соответственно 38 неделям беременности, в гипертонусе, при пальпации определяется болезненность по передней и право-боковой стенке матки. Сердцебиение плода приглушено, затруднительно выслушивается, 190 ударов в минуту. Пальпация плода несколько затруднена. Положение плода продольное, предлежит головка плода, прижата ко входу в малый таз. Выделения из половых путей скудные кровянистые, подкладная умеренно пропитана кровью. Общий объем кровянистых выделений составляет 150 мл.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Беременность 37/38 недель. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Преэклампсия умеренной степени. Острая гипоксия плода. ОАА.
P2	-	Диагноз поставлен верно и полно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценено состояние плода; или неверно оценили степень преэклампсии.
P0	-	Диагноз поставлен полностью неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз: Беременность 37/38 недель установлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- анамнеза: акушерский срок беременности, отсутствии родовой деятельности, данные объективного и гинекологического осмотра.</li> </ul> <p>Диагноз: Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты определен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- жалоб пациентки на внезапно появившиеся 1,5 час назад тянущие боли внизу живота, с присоединившимися через 30 минут скудными кровянистыми выделениями из половых путей</li> <li>- данных осмотра: матка в повышенном тонусе, при пальпации болезненная, из половых путей в умеренном скудные кровянистые выделения, подкладная умеренно пропитана кровью; общий объем кровянистых выделений составляет 150 мл).</li> </ul> <p>Диагноз: Преэклампсия умеренной степени поставлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- данных анамнеза: общая прибавка массы тела за время беременности 17 кг, неравномерная; 3 недели назад получала гипотензивную терапию, динамика артериального давления за время беременности: 120/70 – 130/90 – 145/95 мм рт. ст.; в анализах мочи периодически определялось наличие белка от 0,3 до 1,0 г/л; соматические заболевания отрицает).</li> </ul> <p>Диагноз: Острая гипоксия плода поставлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- объективных данных (сердцебиение плода приглушено, затруднительно выслушивается, 190 ударов в минуту), жалоб пациентки на уменьшение шевелений плода</li> </ul>

		Диагноз: ОАА поставлен на основании анамнеза (медикаментозный аборт).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью, или неверно обосновано состояние плода, или неверно обоснована степень преэклампсии. или Обоснование одной из нозологических форм дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Перечислите, какие дополнительные методы обследования необходимы.
Э	-	Осмотр шейки матки в зеркалах и влагалищное исследование - только в условиях развернутой операционной!
P2	-	Дополнительные методы обследования названы полностью верно.
P1	-	Не полностью названы дополнительные методы обследования.
P0	-	Дополнительные методы обследования названы полностью неверно.
В	4	Назовите и обоснуйте дальнейшую тактику ведения беременной в данном случае.
Э	-	Показано выполнение: - операция кесарева сечения в экстренном порядке. - адекватной инфузионной терапии (кристаллоиды, коллоиды) - переливание СЗП и гемотранфузия – в зависимости от объема кровопотери и гемодинамических показателей пациентки - комплексная терапия преэклампсии в послеоперационном периоде.
P2	-	Этапы дальнейшей тактики ведения беременной в данном случае названы верно.
P1	-	Этапы дальнейшей тактики ведения беременной в данном случае названы верно, но неполно.
P0	-	Этапы дальнейшей тактики ведения беременной в данном случае названы неверно.
В	5	<b>Назовите препараты для инфузионно-трансфузионной терапии в данном случае. Обоснуйте применение кристаллоидов и коллоидов в данном случае.</b>
Э	-	Препараты выбора для первой помощи – солевые растворы, не содержащие глюкозы. Кристаллоиды более эффективны для возмещения внеклеточной воды. Преимущество кристаллоидов (0,9 % раствор натрия хлорида, дисоль, трисоль, ацесоль, лактосол, мафусол и др.) в том, что они значимо не влияют на сердечный выброс, восстанавливая ОЦК.

		<p>Препаратами выбора среди коллоидов являются растворы гидроксиэтилированного крахмала (ГЭК), которые обладают выраженным и стабильным гемодинамическим эффектом, за счет увеличения объема циркулирующей крови, сердечного выброса, улучшения реологических свойств крови и восстановления кровотока в микрососудах. ГЭК – природный полисахарид, получаемый из амилопектинового крахмала и состоящий из полимеризованных остатков глюкозы. Препараты ГЭК – рефортан, стабизол, инфукол 6% и 10%, НАЕС, Волекам, НАЕВ-стерил и т.д. Все формы ГЭК улучшают реологические свойства крови и микроциркуляцию.</p>
P2	-	Препараты кристаллоидов и коллоидов названы верно, обосновано их применение.
P1	-	<p>Препараты кристаллоидов и коллоидов названы не полностью, но обосновано их применение.</p> <p>или</p> <p>Препараты кристаллоидов и коллоидов названы верно, но не обосновано их применение.</p>
P0	-	Препараты кристаллоидов и коллоидов названы неверно, не обосновано их применение.
H	-	048
I	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Повторнобеременная первородящая 30 лет поступила в родильное отделение с наличием регулярной родовой деятельности в течение 3 часов, а также спонтанным излитием околоплодных вод спустя 1 час после поступления.</p> <p>Беременность вторая, срок беременности - 39 недель.</p> <p>Первая беременность - 3 года назад закончилась самопроизвольным абортom на сроке беременности 10 недель, осложнившимся эндометритом.</p> <p>I, II периоды родов протекали без осложнений. Через 8 часов 40 минут от начала родовой деятельности родилась живая доношенная девочка массой 3650 г, длиной 53 см с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов.</p> <p>Через 15 минут после рождения плода появились кровянистые выделения из половых путей, общая кровопотеря составила 500 мл.</p> <p>Объективный осмотр: Рост - 168 см, Вес - 70 кг, ИМТ - 24,8</p> <p>Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски и нормальной влажности. Пульс 82 уд/мин. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Дно матки на уровне пупка. Признаков отделения плаценты нет.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Роды первые срочные. Последовое кровотечение. Отягощенный гинекологический анамнез. Хронический эндометрит.

P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз: «Роды первые срочные. Последовое кровотечение. Хронический эндометрит» установлен - на основании данных истории родов (срок беременности - 39 недель, срочные роды) - на основании анамнеза - спустя 15 минут после рождения плода появились кровянистые выделения из половых путей - на основании объема кровопотери (кровопотеря спустя 15 минут составила 500 мл) - на основании осмотра – дно матки на уровне пупка
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
Э	-	Катетеризация мочевого пузыря Катетеризация (пункция) локтевой вены, начать в/в введение кристаллоидных растворов с целью адекватной коррекции возможной кровопотери, восстановления ОЦК. Внутривенное введение утеротонических препаратов (р-р Окситоцина 5-10 Ед, метилэргометрина 0,02% -1,0 в/в или в/м). Учитывая отсутствие признаков отделения плаценты и начавшееся кровотечение - незамедлительно показано выполнение акушерской операции - ручного отделения плаценты и выделения последа (под внутривенным наркозом). Данная операция помимо лечебного эффекта имеет и диагностическое значение, с ее помощью интраоперационно проводится дифференциальная диагностика возможных аномалий прикрепления плаценты, а также и других причин послеродового кровотечения. После завершения выполнения данной операции - возможно дополнительное введение утеротонических препаратов. Осмотр мягких тканей родовых путей, восстановление их целостности при повреждениях.
P2	-	Тактика ведения выбрана полностью верно.
P1	-	Тактика ведения выбрана верно, однако нет обоснования.
P0	-	Тактика ведения выбрана полностью неверно.

В	4	Каковы возможные причины развития данного осложнения?
Э	-	Нарушение отделения плаценты вследствие аномалий ее прикрепления: частичное плотное прикрепление или приращение плаценты. Причинами аномалий прикрепления плаценты являются: структурно-морфологические изменения в эндо- и миометрии (после оперативных вмешательств, воспалительных процессов и др); аномалии расположения плаценты (нарушение выделения последа – ущемление отделившегося последа в матке, гипотония матки); наследственные и приобретенные дефекты гемостаза.
P2	-	Причины развития данного осложнения отражены полностью верно
P1	-	Причины развития данного осложнения отражены не полностью
P0	-	Причины развития данного осложнения отражены полностью неверно
В	5	Какова Ваша лечебная тактика при отсутствии эффекта от проведенных мероприятий?
Э	-	При выявлении истинного приращения плаценты - попытки ее отделения прекращают, следует незамедлительно перейти к хирургическим методам гемостаза. Производится лапаротомия, перевязка внутренних подвздошных сосудов, иссечения участка матки вместе с вросшим участком плаценты и ушиванием дефекта (органосохраняющая операция). При невозможности технического выполнения указанных мероприятий - производят надвлагалищную ампутацию или экстирпацию матки. На фоне проведения акушерских мероприятий анестезиологом-реаниматологом проводится инфузионно- трансфузионная терапия в объемах адекватных кровопотере, а также коррекция гемостаза (по показаниям).
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не полностью.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	049
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Родильница 32 лет в связи с клиническим узким тазом родоразрешена путем операции кесарева сечения. Родился живой доношенный мальчик, массой 4300 г, длиной 54 см. Безводный промежуток составил 12 часов. Проводилась

		<p>антибиотикопрофилактика в течение первых суток после родоразрешения. На пятые сутки послеоперационного периода появились жалобы на слабость, озноб, повышение температуры тела до 37,8- 38,5 С.</p> <p>Объективно: Состояние относительно удовлетворительное. Пульс 96 уд/ мин, АД 120/80 мм рт. ст. Молочные железы мягкие, соски чистые. Живот не вздут, безболезненный при пальпации. Матка увеличена, дно на 14 см выше лона, болезненная при пальпации. Лохии бурые, с резким неприятным запахом. Послеоперационный шов на передней брюшной стенке не инфильтрирован, отделяемого нет. Физиологические отправления в норме.</p> <p>Клинический анализ крови: Лейкоциты 14,40 x 10<sup>9</sup>/л (юные нейтрофилы – 5%, палочкоядерные – 18%, сегментоядерные – 63%), эритроциты 3,06 x 10<sup>12</sup>/л, гемоглобин 112 г/л, гематокрит 34%, тромбоциты 353 x 10<sup>9</sup>/л.</p> <p>УЗИ органов малого таза: размеры матки не соответствует суткам послеоперационного периода, полость ее расширена до 2,0 см, с неоднородным содержимым. Миометрий в области послеоперационного шва без особенностей.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Пятые сутки после операции кесарева сечения. Послеродовый эндометрит.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз: Пятые сутки после операции кесарева сечения. Послеродовый эндометрит установлен:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- на основании анамнеза - на пятые сутки послеоперационного периода появились жалобы на слабость, озноб, повышение температуры тела до 37,8- 38,5 С.</li> <li>- на основании осмотра – матка увеличена, дно на 14 см выше лона, болезненная при пальпации. Лохии бурые, с резким неприятным запахом;</li> <li>- на основании результатов обследования – размеры матки не соответствуют суткам послеродового периода, расширение полости матки до 2,0 см, с неоднородным содержимым;</li> </ul> <p>на основании клинического анализа крови – лейкоцитоз 14,40 x10<sup>9</sup>/л со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.</p>
Р2	-	Диагноз обоснован верно.
Р1	-	Диагноз обоснован не полностью:

P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
Э	-	Назначение антибактериальных, утеротонических средств, инфузионной дезинтоксикационной терапии. УЗ контроль в динамике. При отсутствии эффекта от консервативной терапии и сохранении УЗ картины - проведение вакуум-аспирации содержимого полости матки и промывание растворами антисептиков (под внутривенным наркозом). Возможно проведение гистероскопии с санацией полости матки и одномоментным промыванием полости матки растворами антисептиков.
P2	-	Тактика ведения выбрана полностью верно.
P1	-	Тактика ведения выбрана верно, однако нет обоснования.
P0	-	Тактика ведения выбрана полностью неверно.
B	4	Какая лекарственную терапию необходимо провести?
Э	-	Рекомендуемые схемы антибактериальной терапии: амоксициллин+клавулановая кислота (по 1,2 г внутривенно 2 раза в сутки) в течение 7-10 дней или цефалоспорины II–III поколения (цефуроксим (по 1,5 г внутривенно 2 раза в сутки), цефтриаксон (по 2,0 г внутривенно 1 раз в сутки) в течение 7-10 дней, в сочетании с метронидазолом (по 500 мг внутривенно 2 раза в сутки) в течение 5 дней. При положительной клинической и УЗ динамике, снижении лейкоцитоза через 3-5 дней возможен перевод на пероральные препараты. Для профилактики кандидоза применяют флуконазол (150 мг однократно) в конце антибиотикотерапии, по показаниям — повторно через 3 дня. В комплекс лечебных мероприятий включают противовоспалительную (НПВС), десенсибилизирующую, инфузионную и седативную терапию, назначают средства, сокращающие матку, укрепляющие сосудистую стенку, протеолитические ферменты, потенцирующие действие антибиотиков.
P2	-	Лекарственная терапия предложена полностью верно
P1	-	Лекарственная терапия предложена не полностью
P0	-	Лекарственная терапия предложена полностью неверно
B	5	С какими патологическими состояниями в послеродовом периоде необходимо провести дифференциальную диагностику?

Э	-	Дифференциальную диагностику следует проводить со всеми патологическими состояниями, сопровождающимися лихорадкой после родов. В большинстве случаев это послеродовые осложнения инфекционно-воспалительного характера, источником которых служит матка. К ним можно отнести пельвиоперитонит, несостоятельность швов на матке после чревосечения. Нельзя исключать и острую хирургическую патологию – острый аппендицит, холецистит и др. Развитие острого воспаления мочевыводящих путей также даёт схожую клиническую картину.
P2	-	Дифференциальная диагностика проведена верно.
P1	-	Дифференциальная диагностика проведена верно, однако не полностью.
P0	-	Дифференциальная диагностика проведена полностью неверно.
Н	-	050
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Повторнобеременная повторнородящая 34 лет поступила в родильное отделение с наличием регулярной родовой деятельности в течение 4 часов, а также спонтанным излитием околоплодных вод спустя 1 час после поступления. Беременность вторая, срок беременности - 40 недель. Первая беременность - 5 лет назад закончилась самопроизвольными родами на сроке беременности 38-39 недель. Вторая беременность - 2 года назад, закончилась искусственным абортom на сроке 8-9 недель, осложнившимся метроэндометритом.</p> <p>I, II периоды родов протекали без осложнений. Через 7 часов 40 минут от начала родовой деятельности родился живой доношенный мальчик массой 3450 г, длиной 52 см с оценкой по шкале Апгар 8/8 баллов.</p> <p>Через 30 минут после рождения ребенка выделился послед, появились кровянистые выделения из половых путей, общая кровопотеря составила 450 мл.</p> <p>При осмотре последа имеется дефект размерами 2 x 2,5 см.</p> <p>Объективный осмотр: Рост - 167 см, Вес - 60 кг. ИМТ - 21,5. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски и нормальной влажности. Пульс 84 уд/мин. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Дно матки на уровне пупка.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Роды II, срочные. Ранний послеродовый период. Задержка доли последа. Кровотечение. Отягощенный гинекологический анамнез (1 искусственный аборт, осложнившийся метроэндометритом).

P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: часть нозологии не учтена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз: Роды II, срочные. Ранний послеродовый период. Задержка доли последа. Кровотечение. Отягощенный гинекологический анамнез (1 искусственный аборт, осложнившийся метроэндометритом). установлен - на основании данных истории родов (срок беременности – 40 недель) - на основании осмотра – имеется дефект последа размерами 2 x 2,5 см, соответственно, кровотечение связано с задержкой части последа в матке. Объем кровопотери 450 мл при индексе массы тела роженицы – 21,5. - на основании гинекологического анамнеза – осложнение искусственного прерывания беременности – метроэндометрит.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
Э	-	Катетеризация мочевого пузыря Катетеризация (пункция) локтевой вены, начать в/в введение кристаллоидных растворов с целью адекватной коррекции возможной кровопотери. Учитывая наличие дефекта последа и начавшееся кровотечение - незамедлительно показано выполнение акушерской операции - ручного отделения плаценты и выделения последа (под внутривенным наркозом). После завершения выполнения данной операции – внутривенное введение утеротонических препаратов (р-р Окситоцина 5-10 Ед, метилэргометрин 0,02% -1,0 в/в или в/м). Осмотр мягких тканей родовых путей, восстановление их целостности при повреждениях.
P2	-	Тактика ведения выбрана полностью верно.
P1	-	Тактика ведения выбрана верно, однако нет обоснования.
P0	-	Тактика ведения выбрана полностью неверно.

В	4	Каковы возможные причины развития данного осложнения?
Э	-	Нарушение отделения плаценты вследствие аномалий ее прикрепления: частичное плотное прикрепление или приращение плаценты. Причинами аномалий прикрепления плаценты являются: структурно-морфологические изменения в эндо- и миометрии (после оперативных вмешательств, воспалительных процессов и др); аномалии расположения плаценты (нарушение выделения последа – ущемление отделившегося последа в матке, гипотония матки); наследственные и приобретенные дефекты гемостаза.
P2	-	Причины развития данного осложнения отражены полностью верно
P1	-	Причины развития данного осложнения отражены не полностью
P0	-	Причины развития данного осложнения отражены полностью неверно
В	5	Какой этиологический фактор способствовал развитию данного осложнения у пациентки?
Э	-	Острый метроэндометрит в анамнезе, который способствовал атрофии губчатого слоя отпадающей оболочки, расположенной между мышечной стенкой матки и плацентой, и частичному плотному прикреплению плаценты.
P2	-	Этиологический фактор указан верно.
P1	-	Этиологический фактор указан верно, однако не полностью.
P0	-	Этиологический фактор указан полностью неверно.

### Ситуационные задачи «Медицина чрезвычайных ситуаций»

#### Задача 51

Пострадавший А. доставлен на ЭМЭ из подразделения. Жалуется на схваткообразные боли в животе, тошноту, неоднократную рвоту, головную боль, обильное слюнотечение, появление «сетки» перед глазами. Около получаса назад пил воду из открытого водоисточника.

При осмотре возбужден, стремится занять сидячее положение.

Кожные покровы влажные, цианотичные, видны фибриллярные подергивания мышц языка, лица, конечностей. Зрачки точечные, реакция на свет отсутствует. Пульс 62 уд/мин, ритмичный, тоны сердца приглушены, АД – 140/80 мм рт. ст., число дыханий 32 в минуту, дыхание шумное, выдох удлинен, выслушиваются рассеянные сухие свистящие и влажные разнокалиберные хрипы. Живот мягкий, при пальпации

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Определите объем помощи на ЭМЭ и эвакуационное предназначение пораженного.

#### Задача 52

Пострадавший В. доставлен на ЭМИ из очага применения химического оружия в средствах защиты. Со слов сопровождающего известно, что через несколько минут после химической атаки самостоятельно надел противогаз, ввел антидот из индивидуальной аптечки. Через 10-15 мин поведение пострадавшего стало неадекватным, пытался сорвать противогаз, излишне жестикулировал, бежал в обратную сторону. Остановлен товарищами, выведен из зараженной зоны и доставлен на этап медпомощи.

При осмотре возбужден, постоянно крутит головой, машет руками, что-то бессвязно бормочет. Через стекла противогаза видно покрытая потом кожа, глаза открыты, зрачки резко сужены, фибриллярные подергивания мышц лица. Число дыханий около 30 в минуту, выдох затруднен.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Определите объем помощи на ЭМЭ и эвакуационное предназначение пораженного.

### **Задача 53**

Пострадавший Г. доставлен на ЭМЭ из очага применения химического оружия в средствах защиты. Известно, что противогаз надел через несколько минут после начала химической атаки. Ввести антидот не сумел.

При осмотре установлено, что пораженный находится в коме, периодически наблюдаются общие клонико-тонические судороги, через стекла видно покрытое потом лицо, миофибрилляции мышц лица и закрытых век. Число дыханий 36 в минуту, на расстоянии слышны свистящие хрипы. В ходе проведения частичной санитарной обработки наблюдался очередной приступ судорог, при котором наступила остановка дыхания.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Определите объем помощи на ЭМЭ и эвакуационное предназначение пораженного.

### **Задача 54**

В ходе учебно-тренировочного полевого занятия по преодолению зараженной местности (подрыв дымовой шашки с 5% заринном), проходимого в летнее время при температуре около 25 С, пострадавший З. потерял сознание. Введено 2 мл 0,1% раствора атропина, пострадавший погружен в санитарную машину для следования в МПП. В пути появились судороги клонико-тонического характера, что было расценено, как тяжелое поражение отравляющим веществом нервно-паралитического действия и дополнительно введено еще 1 мл 0,1 % раствора атропина. Через 15 мин доставлен в МПП.

При осмотре состояние тяжелое, кома. Кожные покровы гиперемированы, сухие, теплые. Язык сухой, зрачки расширены до 8 мм, реакция на свет отсутствует. Пульс 160 уд/мин, ритмичный, тоны сердца ослаблены. АД – 80-40 мм рт. ст. Дыхание поверхностное, живот безболезненный.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Определите объем помощи на ЭМЭ и эвакуационное предназначение пораженного.

### **Задача 55**

Пострадавший Ж. С целью лечения лобкового педикулеза в течение трех дней проводил обработку волосяных участков тела аэрозолем «Прима». К концу третьих суток стали беспокоить слабость, потливость, головокружение, «туман» перед глазами, затрудненное дыхание, бессонница, появились тошнота, рвота, дважды был жидкий стул.

К утру следующего дня возникли миофибрилляции в области икроножных мышц, что вынудило обратиться в медицинский пункт части.

При осмотре состояние средней тяжести, возбужден, тревожен. Кожные покровы влажные, распространенные миофибрилляции. Зрачки сужены, фотореакция ослаблена. Пульс 68 уд/мин, ритмичный, тоны сердца приглушены, АД- 140/60 мм рт. ст. Число дыханий 30 в минуту, дыхание шумное, при аускультации существенное удлинение выдоха,

обилие свистящих хрипов. Живот мягкий, определяется болезненность в околопупочной области, по ходу толстой кишки.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Определите объем помощи на ЭМЭ и эвакуационное предназначение пораженного.

### **Задача 56**

Пострадавший Т. доставлен на ЭМЭ из очага через 6 ч после применения химического оружия. Жалуется на слабость, усиливающуюся при физической нагрузке, нарастающую одышку, кашель с большим количеством мокроты. Со слов пострадавшего, тотчас же после взрыва появилось чувство стеснения в груди, кашель, резь в глазах, першение в носоглотке, тяжесть в подложечной области. Через 5-10 мин после надевания противогаса и применения фицилина названные изменения почти полностью купировались. В последующие 4-5 ч чувствовал себя удовлетворительно, испытывал отвращение к курению. Затем самочувствие стало прогрессивно ухудшаться, что и заставило обратиться за медицинской помощью.

При осмотре возбужден, тревожен, не может лежать на носилках, стремится занять сидячее положение. Кожные покровы влажные, синюшные, при кашле отделяется пенная розовая мокрота. Пульс 112 уд/мин, I тон на верхушке сердца ослаблен, расщепление II тона на легочной артерии, АД – 95/70 мм рт. ст. Число дыханий 32 в минуту, дыхание ослабленное, в подлопаточных областях выслушиваются влажные разнокалиберные хрипы.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Определите объем помощи на ЭМЭ и эвакуационное предназначение пораженного.

### **Задача 57**

Пострадавший Л. доставлен на ЭМЭ из очага через 2 ч после применения химического оружия. Жалуется на некоторое стеснение в груди, одышку, общую слабость. Сразу же после взрыва появилась резь в глазах, першение и царапанье в носоглотке, кашель, тошнота, однократная рвота. После выхода из зоны состояние заметно улучшилось.

При осмотре активен, кожа обычной окраски, пульс 64 уд/мин, удовлетворительного наполнения, тоны сердца приглушены, АД – 110/90 мм рт. ст., число дыханий 24 в минуту, дыхание ослабленное.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Определите объем помощи на ЭМЭ и эвакуационное предназначение пораженного.

### **Задача 58**

Пострадавший У. доставлен на ЭМЭ из очага через 2 ч после применения химического оружия. Сознание отсутствует. Со слов сопровождающего во время эвакуации у пострадавшего наблюдались распространенные клонико-тонические судороги.

При осмотре коматозное состояние с полной утратой чувствительности и рефлексов. Кожа и слизистые ярко-алой окраски, зрачки расширены, на свет не реагируют. Пульс на крупной артерии не определяется, дыхание редкое, 4-5 в минуту, неритмичное. Во время осмотра имело место непроизвольное мочеиспускание.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Определите объем помощи на ЭМЭ и эвакуационное предназначение пораженного

### **Задача 59**

Пострадавший И. доставлен на ЭМЭ через 2 часа после завершения работ по ликвидации последствий химической аварии. Жалуется на одышку при физической нагрузке, боли за грудиной, обильное слюнотечение и насморк. Известно, что при выходе из зараженной зоны повредил средства защиты кожи. Примерно через 1,5 ч после этого появились и неуклонно нарастали перечисленные выше симптомы.

При осмотре сознание ясное, кожные покровы влажные, губы синюшные, акроцианоз. Зрачки сужены до 2 мм, реакция на свет вялая.

Миофибрилляции в области правого предплечья и правой кисти. Пульс 66 уд/мин, ритмичный, тоны сердца звучные, АД – 130/80 мм рт. ст., число дыханий 26 в минуту, дыхание везикулярное, выслушиваются единичные сухие свистящие хрипы. Живот мягкий, при пальпации определяется болезненность по ходу толстой кишки.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Определите объем помощи на ЭМЭ и эвакуационное предназначение пораженного.

### **Задача 60**

Пострадавший К. доставлен на ЭМЭ из очага через 2 ч после применения химического оружия. Жалуется на ухудшение зрения, «туман» перед глазами, боль в глазах и переносице при попытке фиксировать взгляд на каком-либо предмете, затрудненное дыхание. Перечисленные симптомы появились через 15-20 мин после воздействия отравляющего вещества. Самостоятельно ввел антидот из индивидуальной аптечки.

При осмотре несколько возбужден, рассеян. Кожные покровы влажные, зрачки точечные, на свет не реагируют, конъюнктивы гиперемированы. Пульс 60 уд/мин, ритмичный, тоны сердца звучные, АД – 150/90 мм рт. ст., число дыханий 18 в минуту, дыхание везикулярное.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Определите объем помощи на ЭМЭ и эвакуационное предназначение пораженного.

### **Ответы**

#### **Задача 51**

У пострадавшего имеет место поражение ОВ нервно-паралитического действия, обусловленное поступлением яда в желудок. Наряду с местными симптомами определяются и признаки резорбтивного действия ФОВ – начинающийся бронхоспазм, миофибрилляции, изменения со стороны сердца и глаз. Симптоматика укладывается в клиническую картину поражения средней степени тяжести.

На МПП необходимо введение антидотов – атропина сульфата 4 мл 0,1 % раствора внутримышечно (по 2 мл с 10-минутным интервалом), дипироксима 2 мл 15 % раствора внутримышечно. Зондовое промывание желудка с последующим введением 25-30 г активированного угля и солевого слабительного (25 % сернокислая магнезия 200 мл).

Подлежит эвакуации на этап квалифицированной медицинской помощи санитарным транспортом в положении сидя в I очередь.

На этапе квалифицированной медицинской помощи проводится полная санитарная обработка, повторное промывание желудка с последующим введением активированного угля. Продолжена антидотная терапия – введение холинолитиков и реактиваторов холинэстеразы, применение бронхорасширяющих средств, по показаниям дыхательных analeptиков, при выраженной вазоконстрикции – введение нейроректиков. При явлениях перегрузки правого сердца – в/в введение сердечных гликозидов, коррекция острой дыхательной недостаточности и ингаляция кислорода, инстилляционная в глаза 1 % раствора атропина сульфата или 0,5 % раствора амизина до нормализации зрения.

После оказания квалифицированной медицинской помощи подлежит эвакуации в терапевтический госпиталь.

#### **Задача 52**

Пострадавший несвоевременно надел средства защиты, вследствие чего развилось поражение ОВ нервно-паралитического действия.

Неадекватное поведение пострадавшего, узкие зрачки, миофибрилляции, одышка с удлиненным выдохом говорят в пользу поражения средней степени тяжести (психоневротическая форма).

На МПП необходимо проведение частичной санитарной обработки, введение антидотов: атропина сульфата 4 мл 0,1 % раствора внутримышечно (по 2 мл с 10-минутным интервалом), дипироксима 2 мл 15 % раствора внутримышечно, барбамила 5 мл 5 % раствора внутримышечно.

Подлежит эвакуации на этап квалифицированной медицинской помощи санитарным транспортом в положении сидя в I очередь.

На этапе квалифицированной медицинской помощи проводится полная санитарная обработка, продолжается введение атропина сульфата и дипироксима по схеме, при рецидиве психомоторного возбуждения и интоксикационном психозе введение барбамила внутримышечно, назначение трифтазина, фенозепама. Коррекция дыхательной недостаточности, бронхолитики, ингаляции кислорода. При угрозе развития пневмонии антибиотики и сульфаниламиды в обычных дозах. Общеукрепляющая терапия (глюкоза внутривенно, витамины С, В1, РР, никотиновая кислота, препараты фосфора).

После оказания квалифицированной медицинской помощи подлежит эвакуации в терапевтический госпиталь (отделение).

### **Задача 53**

У пострадавшего ингаляционное поражение ОВ нервно-паралитического действия тяжелой степени (судорожно-паралитическая форма).

На МПП необходимо введение антидотов в максимальных дозах - атропина сульфата 6 мл 0,1 % раствора внутривенно, с последующим повторным его введением до появления признаков переатропинизации, дипироксима 4 мл 15 % раствора внутримышечно; фенезепама 1 мл 3 % раствора или 5 мл 5 % раствора барбамила внутримышечно.

При остановке дыхания – ИВЛ с помощью аппарата ДП-10), введение этимизола (2 мл 1,5 % раствора внутримышечно).

При восстановлении дыхания подлежит эвакуации на этап квалифицированной медицинской помощи санитарным транспортом в положении лежа в I очередь

На этапе квалифицированной медицинской помощи проводится полная санитарная обработка, продолжается введение атропина сульфата и дипироксима, аспирация слизи и рвотных масс из ротовой полости, введение дыхательных воздухопроводов, ИВЛ и ингаляция кислорода, введение дыхательных аналептиков, в случае бронхоспазма применение бронхорасширяющих средств. При остром нарушении гемодинамики интенсивная инфузионная терапия, стимуляция адекватного диуреза, введение стероидных гормонов, при выраженной вазоконстрикции – введение нейролептиков. При явлениях перегрузки правого сердца – внутривенное капельное введение сердечных гликозидов, лечение острых нарушений ритма и проводимости.

Коррекция острой дыхательной недостаточности и ингаляции кислорода. При угрозе отека мозга – дегитрационная терапия. ИВЛ в режиме гипервентиляции, антибиотики и сульфаниламиды.

В дальнейшем подлежит эвакуации в терапевтический госпиталь при достижении транспортабельности.

### **Задача 54**

Потеря сознания у военнослужащего возникла вследствие острого перегревания (тепловой удар). В пользу этого свидетельствует отсутствие каких-либо симптомов отравления заринном (миоз, бронхоспазм, судороги) и эффект от применения атропина. В результате повторного введения атропина развилась передозировка препарата, о чем говорит сухость кожи и языка, широкие зрачки, тахикардия.

Неотложная помощь в данном случае заключается в охлаждении пострадавшего (пузыри со льдом, влажное обертывание, прохладная ванна или душ (температура воды 25-26 С), обильное питье.

Внутривенное введение 2-3 л изотонического раствора натрия хлорида с добавлением 20 мл 10% раствора кальция хлорида, 100 мл 3% раствора калия хлорида. Мезатон 1 мл 1% раствора внутримышечно, норадреналин (2 мл 2% раствора в 1 л 5% раствора глюкозы внутривенно) или преднизолон – 60-120 мг внутримышечно.

Подлежит эвакуации на этап квалифицированной медицинской помощи санитарным транспортом в положении лежа в I очередь.

На этапе квалифицированной медицинской помощи рекомендовано погружение в ванну с холодной (ледяной) водой, охлаждение до температуры тела 39С, обертывание во влажные простыни, использование вентиляторов, пузыри со льдом на проекции крупных сосудов, использование охлаждающих пакетов (контейнеры). В полевых условиях использование воздушных потоков от пропеллеров вертолетов для обдувания тела пострадавшего (снижение температуры 0,12 /сек не уступает другим методам охлаждения). Проведение патогенетической и симптоматической терапии включающей мероприятия по устранению отека, гипоксии головного мозга, улучшению его кровоснабжения (мочегонные, глицерин, оксигенотерапия, вазоактивные средства, восстановление гемодинамики и микроциркуляции, коррекция нарушенного водно-электролитного баланса и КОС.

После оказания квалифицированной медицинской помощи при отсутствии выраженного улучшения и достижении транспортабельного стабильного состояния переводится в терапевтический госпиталь.

#### **Задача 55**

В результате нанесения на кожу аэрозоля «Прима», в состав которого входит фосфорорганический инсектицид хлорофос, развилось перкутанное отравление, симптоматика которого соответствует средней степени тяжести.

Неотложные мероприятия включают проведение санитарной обработки, введение антидотов: атропина сульфата 4 мл 0,1 % раствора внутримышечно и дипиросима 2 мл 15 % раствора внутримышечно.

Подлежит эвакуации на этап квалифицированной медицинской помощи санитарным транспортом в положении сидя в I очередь.

На этапе квалифицированной медицинской помощи проводится полная санитарная обработка, продолжается введение атропина сульфата и дипиросима по схеме, ирригация в глаза 1% раствора атропии сульфата, купирование двигательного возбуждения введением раствора барбитала внутримышечно, применение бронхораспирающих и противосудорожных средств (фенозепам), введение транквилизаторов и седативных препаратов, нейролептиков при выраженной вазоконстрикции. Назначение антибиотиков и сульфаниламидов с профилактической целью. Коррекция острой дыхательной недостаточности и ингаляция кислорода как неперемное условие эффективной терапии нарушений гемодинамики.

После оказания квалифицированной медицинской помощи подлежит эвакуации в терапевтический госпиталь.

#### **Задача 56**

У пострадавшего клиническая картина токсического отека легких, развившегося в результате поражения ОВ удушающего действия, что подтверждается характерной периодичностью течения и объективными данными на момент поступления в МПП.

Неотложными мероприятиями первой врачебной помощи являются оксигенотерапия с ингаляцией паров этилового спирта, кровопускание (250-300 мл), внутривенное введение преднизолона (60-90 мг), 10 мл 10% раствора хлорида кальция, аскорбиновой кислоты 1 мл

5% раствора, 20 мл 40% раствора глюкозы, внутримышечное введение кордиамина (2 мл) или мезатона (1 мл 1% раствора).

Подлежит эвакуации на этап квалифицированной медицинской помощи только после уменьшения симптомов токсического отека легких санитарным транспортом в положении лежа в I очередь.

На этапе квалифицированной медицинской помощи проводится полная санитарная обработка (по состоянию пораженного).

Неотложные мероприятия при отеке легких:

- оксигенотерапия с ингаляцией паров спирта;
- удаление отечной жидкости;
- введение 100-200 мг метилпреднизолона внутривенно каждые 4-6 ч;
- введение 50 мл 5% аскорбиновой кислоты внутривенно;
- введение 2-4 мл 2% раствора лазикса внутривенно;
- введение 1000-1500 ЕД гепарина внутривенно каждые 1,5 часа;
- применение L-адреноблокаторов (дроперидола, галоперидола);
- сердечные гликозиды (коргликон, строфантин внутривенно);
- натрия гидрокарбонат внутривенно капельно;
- назначение антибиотиков с профилактической целью, витаминных препаратов.

После оказания квалифицированной медицинской помощи подлежит лечению в терапевтическом госпитале.

### **Задача 57**

Появление рефлекторной реакции со стороны глаз и верхних дыхательных путей характерно для поражения ОВ удушающего действия.

На МПП пострадавший поступил в скрытом периоде. О поражении ОВ удушающего действия можно судить по учащению дыхания, изменению состояния между его частотой и частотой пульса, снижению пульсового давления.

Несмотря на удовлетворительное состояние, пострадавший должен рассматриваться как носилочный. Назначаются оксигенотерапия, внутривенное введение 20 мл 40% раствора глюкозы, 10 мл 10% раствора кальция хлорида, аскорбиновой кислоты 1 мл 5% раствора, внутримышечно 2 мл кордиамина или мезатона (1 мл 1% раствора). Необходимо согревание пострадавшего (укутывание, грелки, теплое питье).

Подлежит эвакуации на этап квалифицированной медицинской помощи санитарным транспортом в положении лежа в I очередь.

На этапе квалифицированной медицинской помощи проводится полная санитарная обработка. При наличии скрытого периода проводится:

- введение 100-200 мг преднизолона внутривенно каждые 4 ч;
- введение 50 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты внутривенно или 2 гр. внутрь;
- введение 10 мл 10% раствора хлористого кальция внутривенно;
- кровопускание 250-300 мл.

При развитии отека легких проводятся мероприятия (см. задачу №13).

После проведения мероприятий квалифицированной медицинской помощи при наличии признаков даже средней степени тяжести подлежит лечению в терапевтическом госпитале. При легкой степени поражения остается для лечения на этапе квалифицированной медицинской помощи.

### **Задача 58**

Коматозное состояние с полной утратой чувствительности и рефлексов, ярко-алая окраска кожи и слизистых, отсутствие пульса на крупных артериях, редкое неритмичное дыхание и появление клонико-тонических судорог характерно для паралитической стадии поражения цианидами тяжелой степени.

Неотложная помощь заключается в применении антидотов: антициана (1 мл 20% раствора внутримышечно), натрия тиосульфата (20 мл 30% раствора внутривенно), хромосмона (20 мл внутривенно).

Проводится оксигенотерапия с помощью табельной аппаратуры. Внутримышечно вводят 2 мл 1,5% раствора этимизола.

После нормализации дыхания подлежит эвакуации на этап квалифицированной медицинской помощи санитарным транспортом в положении лежа в I очередь. В пути следует предусмотреть оказание помощи при рецидивах интоксикации.

### **Задача 59**

Миоз в сочетании с диспноэ, слюнотечением и миофибрилляциями характерны для поражения ОВ нервно-паралитического действия. Продолжительность скрытого периода, жалобы и результаты осмотра пострадавшего на МПП свидетельствуют в настоящее время о легкой степени поражения. Однако следует иметь в виду, что в силу продолжающегося поступления ОВ из подкожного депо отравление может принять более тяжелое течение.

На МПП необходимо проведение частичной санитарной обработки, введение антидотов: атропина сульфата 2 мл 0,1 % раствора внутримышечно, дипироксима 2 мл 15 % раствора внутримышечно.

Подлежит эвакуации на этап квалифицированной медицинской помощи санитарным транспортом в положении сидя во II очередь.

На этапе квалифицированной медицинской помощи проводится полная санитарная обработка, продолжение антидотной терапии холинолитиками и реактиваторами холинэстеразы, лигация кислорода, введение бронхорасширяющих средств, коррекция дыхательной недостаточности. При угрозе развития пневмонии профилактическое введение антибиотиков и сульфаниламидов, инстиляции в глаза 1 % раствора атропина сульфата или 0,5 % раствора амизила до нормализации зрения. Для дальнейшего лечения остается на данном этапе.

### **Задача 60**

Характер жалоб и результаты осмотра пострадавшего свидетельствуют о наличии у него поражения ОВ нервно-паралитического действия легкой степени (миотическая форма).

На МПП необходимо проведение частичной санитарной обработки, введение антидота – атропина сульфата 2 мл 0,1 % раствора внутримышечно.

Подлежит эвакуации на этап квалифицированной медицинской помощи санитарным транспортом в положении сидя во II очередь.

На этапе квалифицированной медицинской помощи проводится санитарная обработка, продолжено введение атропина сульфата по схеме, введение дипироксима, купирование возбуждения внутримышечным введением фенотезама или барбитала, инстиляция в глаза 1 % раствора атропина сульфата до нормализации зрения. До окончания лечения остается на данном этапе.

## **Ситуационные задачи «Педагогика»**

61. При чтении лекции преподаватель использует следующую методику: немного обсудив цели и задачи лекции, он выводит на экран ряд вопросов, посвященных антибиотикотерапии. После появления каждого вопроса он просит слушателей проголосовать за наиболее правильный, с их точки зрения, ответ. Затем он разбирает задачи. Какой методикой, по классификации Н.И.Шевандрина, пользуется преподаватель?

62. Студент-вечерник, собираясь на занятия, отвечает на звонок по телефону, в котором его вызывают на работу. Студент собирался пойти на лекцию, однако начальник

утверждает, что кроме него, никто срочную работу выполнить не может. Какое понятие теории поля К.Левина играет наиболее значимую роль в этой ситуации. Дайте развернутое описание ситуации

63. На занятии преподаватель предлагает слушателям продумать ответ на вопрос о проблемах организации деятельности учреждения. Столкнувшись с недостаточно активным участием, он достает коробок спичек и предлагает слушателям найти параллели между структурой коробка и структурой организации. Какой метод использует преподаватель? Дайте общую характеристику таких методов

64. Преподаватель, формируя рабочую программу дисциплины утверждает, что его дисциплина формирует компетенции, единые для всех направлений подготовки в области образования «Здравоохранение и медицинские науки». Дайте обоснование того, какие это группы компетенций

## **5. Критерии и шкала оценки**

### **5.1. Критерии оценки результатов сдачи государственного экзамена.**

**Оценка «отлично»** выставляется обучающемуся, глубоко и прочно усвоившему программный материал, способному самостоятельно критически оценить основные концепции данной дисциплины (дисциплин), которого теория увязывается с практикой; обучающийся показывает знакомство с актуальной литературой, правильно дает определения всех основных понятий данной дисциплины (дисциплин). Правильно применяет теоретические положения при решении вопросов, исчерпывающе отвечает на дополнительные вопросы.

**Оценка «хорошо»** выставляется обучающемуся, твердо знающему программный материал, грамотно и по существу излагающему его, но допускающему небольшие неточности, правильно применяет теоретические знания для решения практических вопросов и задач и отвечает на дополнительные вопросы.

**Оценка «удовлетворительно»** выставляется обучающемуся, владеющему основным материалом, но испытывающему некоторые затруднения и допускающему неточности в его изложении, недостаточно правильно формулирующему основные понятия данной дисциплины (дисциплин), допускающему существенные ошибки при выполнении практических заданий и ответах на дополнительные вопросы.

**Оценка «неудовлетворительно»** выставляется обучающемуся, не владеющему основным материалом, допускающему существенные ошибки, неверно отвечающему на большую часть дополнительных вопросов, с большими затруднениями выполняющему практические задания.