

**Федеральное Государственное Бюджетное учреждение  
«Уральский Научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБУ «НИИ ОММ» Минздрава России)**

**УТВЕРЖДАЮ**  
Директор института,  
д.м.н., профессор Мальгина Г.Б.



*Г.Б. Мальгина*

«27» июня 2023г.

**Фонд оценочных средств по дисциплине  
Б1.Б.04 Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии:  
интенсивная терапия и анестезия**

Уровень высшего образования: *подготовка кадров высшей квалификации*

Специальность: *31.08.01 Акушерство и гинекология*

Квалификация: *Врач акушер - гинеколог,*

Фонд оценочных средств по дисциплине «Анестезиология и интенсивная терапия» составлен в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология, утвержденного приказом Минобрнауки России от 9 января 2023 г. N 6.

Фонд оценочных средств составлен:

№	ФИО	должность	уч. звание	уч. степень
1	Мальгина Галина Борисовна	Директор НИИ ОММ	профессор	доктор медицинских наук
2	Башмакова Надежда Васильевна	Главный научный сотрудник	профессор	доктор медицинских наук
3	Кинжалова Светлана Владимировна	Руководитель научного отделения интенсивной терапии и реанимации	доцент	доктор медицинских наук
4	Макаров Роман Александрович	Старший научный сотрудник научного отделения интенсивной терапии и реанимации		кандидат медицинских наук
5	Давыденко Наталья Борисовна	Руководитель отдела разработки и внедрения новых медико-организационных форм перинатальной помощи		кандидат медицинских наук
Методические вопросы				
6	Шихова Елена Павловна	Руководитель Учебного центра		Кандидат соц. наук

Фонд оценочных средств обсужден и одобрен

Ученым Советом ФГБУ «НИИ ОММ» Минздрава России «27» июня 2023г. Протокол № 7

## 1. Кодификатор

Структурированный перечень объектов оценивания – знаний, умений, навыков, учитывающий ФГОС и ПС представлен в таблице:

Дидактическая единица	Индикаторы достижения			УК, ОПК ПК (ФГОС)
Наименование	Знания	Умения	Навыки	
<p>1. Организация реанимационно-анестезиологической службы в акушерстве и неонатологии</p>	<p>Нормативные документы, регламентирующие организацию реанимационно-анестезиологической службы. История анестезиологии. Документация реанимационно-анестезиологической службы в акушерстве, основные принципы работы отделения анестезиологии и реанимации в родильном доме. Оснащение ОАР родильного дома и медикаментозное обеспечение.</p>	<p>Знать нормативные документы по реанимационно-анестезиологической службе, оформление медицинской документации. Проводить сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей), осмотр пациентов перед оперативным вмешательством. Оценивать операционно-анестезиологический риск в соответствии с соматическим статусом, характером и объемом медицинского вмешательства и его неотложностью. Обосновывать и планировать объем лабораторных исследований у пациентов с хирургическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями протоколами лечения). Интерпретировать и анализировать результаты лабораторных исследований у пациентов с хирургическими заболеваниями. Выявлять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции после премидикации.</p>	<p>Уметь использовать наркоточно-дыхательное оборудование, знать оснащение ОАР родильного дома. Проводить проверку оборудования и его комплектацию перед проведением анестезии. Основами интраоперационного аппаратного мониторинга, динамическим наблюдением за пациентом во время и после анестезиологического пособия до полного восстановления всех жизненных функций.</p>	<p>УК-1; УК-4 ПК-1</p>
<p>2. Организация реанимационной помощи новорожденным.</p>	<p>Нормативные документы, регламентирующие организацию отделения реанимации новорожденных. Документация отделения реанимации новорожденных, основные принципы</p>	<p>Оценивать операционно-анестезиологический риск и исходную тяжесть состояния в соответствии с соматическим статусом, характером и объемом оперативного вмешательства и</p>	<p>Методикой использования различных шкал для оценки тяжести состояния пациентов и прогнозирования исхода. Основами интенсивной</p>	<p>УК-1; УК-3; УК-4 ПК-1 ПК-2</p>

	<p>работы в родильном доме и выездной бригады в масштабах крупного промышленного центра. Оснащение реанимации новорожденных и медикаментозное обеспечение. Принципы перегоспитализации новорожденных в реанимационно-консультативный центр и на второй этап выхаживания.</p>	<p>его неотложностью. Анализировать функциональные и лабораторные методы исследования и мониторингования течения анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма у детей. Проводить базовый комплекс сердечно-легочной реанимации.</p>	<p>терапии с перитонитом, кишечной непроходимостью, черепно-мозговой травмой. Основами интраоперационного аппаратного мониторинга, динамическим наблюдением за пациентом во время и после анестезиологического пособия до полного восстановления всех жизненных функций. Профилактикой осложнений периоперационного периода. Навыками базовой сердечно-легочной реанимацией у детей.</p>	<p>ПК-7</p>
<p>3. Вопросы физиологии беременной женщины, плода и новорожденного с позиции анестезиолога-реаниматолога</p>	<p>Изменения организма беременной женщины с позиций анестезиолога-реаниматолога. Изменения сердечно-сосудистой системы. Механизм аортокавальной компрессии и ее значение при проведении анестезии. Изменения дыхания и газообмена и их значение. Изменения нервной системы и их значение. Изменения органов ЖКТ и их значение. Риск аспирационного синдрома и его профилактика. Изменения функции печени и почек и их значение. Изменения потребности в нутритивной поддержке. Изменения системы гемостаза и их значение. Физиология и патофизиология системы гемостаза. Особенности функционирования фетоплацентарного</p>	<p>Оценивать изменения организма беременной женщины с позиций анестезиолога-реаниматолога. Риск аспирационного синдрома и его профилактика. Изменения функции печени и почек и их значение. Изменения потребности в нутритивной поддержке.</p>	<p>Уметь и владеть основами изменения дыхания и газообмена и их значение. Изменения нервной системы и их значение. Изменения органов ЖКТ и их значение. Риск аспирационного синдрома и его профилактика. Современные методы оценки состояния плода во время беременности и родов.</p>	<p>УК-1; УК-3; УК-4 ОПК-4; ОПК-8 ПК-1</p>

	комплекса и его значение для анестезиолога. Современные методы оценки состояния плода во время беременности и родов.			
4. Особенности организма новорожденного с позиции анестезиолога-реаниматолога.	Особенности кровообращения плода и новорожденного, механизм перестройки после рождения. Особенности дыхания плода и новорожденного. Особенности функции ЦНС, печени, почек системы гемостаза у новорожденного.	Уметь оценить особенности дыхания плода и новорожденного. Особенности функции ЦНС, печени, почек системы гемостаза у новорожденного.	Знать особенности дыхания плода и новорожденного. Особенности функции ЦНС, печени, почек системы гемостаза у новорожденного.	УК-1; УК-3; УК-4 ОПК-4; ОПК-8 ПК-1
5. Полиорганная недостаточность	Клиническая фармакология препаратов для анестезии в акушерстве. Характеристика внутривенных (тиопентал натрия, кетамин, пропофол), ингаляционных (фторотан, севофлюран, изофлюран, закись азота) и местных (лидокаин, бупивакаин, ропивакаин) анестетиков. Показания, противопоказания, дозы. Безопасность для плода и новорожденного Шкала анестезиологического перинатального риска. Определение класса анестезиологического перинатального риска. Значение шкалы для анестезиолога-реаниматолога, акушера-гинеколога и неонатолога. Общее обезболивание при операции кесарева сечения. Показания, противопоказания, используемые препараты, протокол проведения. Возможные осложнения и их профилактика. Трудная интубация трахеи в акушерстве. Причины, возможности	Характеристика внутривенных (тиопентал натрия, кетамин, пропофол), ингаляционных (фторотан, севофлюран, изофлюран, закись азота) и местных (лидокаин, бупивакаин, ропивакаин) анестетиков. Показания, противопоказания, дозы. Безопасность для плода и новорожденного Шкала анестезиологического перинатального риска. Определение класса анестезиологического перинатального риска. Общее обезболивание при операции кесарева сечения. Показания, противопоказания. Возможные осложнения и их профилактика. Трудная интубация трахеи в акушерстве. Спинальная и эпидуральная анестезия в акушерстве. Показания, противопоказания. используемые препараты, протокол проведения. Осложнения регионарной анестезии при обезболивании родов и их профилактика. Аспирационный синдром в акушерстве.	Производить правильный выбор анестетиков для проведения анестезии: внутривенных (тиопентал натрия, кетамин, пропофол), ингаляционных (фторотан, севофлюран, изофлюран, закись азота) и местных (лидокаин, бупивакаин, ропивакаин) анестетиков. Показания, противопоказания, дозы. Безопасность для плода и новорожденного Знать шкалы анестезиологического перинатального риска. Общее обезболивание при операции кесарева сечения. Показания, противопоказания. Возможные осложнения и их профилактика. Трудная интубация	УК-1; УК-3 УК-4 ОПК-4; ОПК-5; ОПК-8; ОПК-9; ОПК-10 ПК-1 ПК-2

	<p>прогнозирования, протокол действий анестезиолога при трудной интубации трахеи.</p> <p>Спинальная и эпидуральная анестезия в акушерстве. Показания, противопоказания, используемые препараты, протокол проведения. Осложнения регионарной анестезии при обезболивании родов и их профилактика.</p> <p>Аспирационный синдром в акушерстве. Этиология и патогенез поражения легких при аспирационном синдроме. Диагностика, профилактика и интенсивная терапия.</p> <p>Особенности анестезии при лапароскопических операциях в гинекологии. Показания, противопоказания, используемые препараты, протокол проведения. Возможные осложнения и их профилактика.</p> <p>Основы современного мониторинга витальных функций организма в анестезиологии и реаниматологии (пульсоксиметрия, капнография, ЭКГ, ДЗЛА). Показания для применения у взрослых и детей.</p> <p>Обезболивания малых акушерских операций в амбулаторных условиях. Показания, противопоказания, используемые препараты, протокол проведения. Возможные осложнения и их профилактика. Необходимое оборудование и медикаментозное</p>	<p>Этиология и патогенез поражения легких при аспирационном синдроме. Особенности анестезии при лапароскопических операциях в гинекологии. Показания, противопоказания.</p>	<p>трахеи в акушерстве.</p> <p>Спинальная и эпидуральная анестезия в акушерстве. Показания, противопоказания. используемые препараты, протокол проведения. Осложнения регионарной анестезии при обезболивании родов и их профилактика. Аспирационный синдром в акушерстве. Этиология и патогенез поражения легких при аспирационном синдроме. Особенности анестезии при лапароскопических операциях в гинекологии. Показания, противопоказания.</p>	
--	---	---	---	--

<p>б. Анестезиологическое обеспечение в акушерстве и гинекологии</p>	<p>оснащение. ДВС-синдром в акушерстве. Этиология, патогенез, диагностика и интенсивная терапия. Массивная кровопотеря и геморрагический шок в акушерстве. Этиология, патогенез, диагностика и интенсивная терапия. Интенсивная терапия тяжелой преэклампсии и эклампсии. Этиология, патогенез, оценка степени тяжести. Современная инфузионная терапия и нутритивная поддержка в акушерстве. Современные кровезаменители. Осложнения переливания крови и её компонентов. Этиология, патогенез, диагностика и интенсивная терапия. Острая почечная недостаточность в акушерстве. Этиология, патогенез, диагностика и интенсивная терапия. Острая печеночная недостаточность в акушерстве. Этиология, патогенез, диагностика и интенсивная терапия. Сепсис. Септический шок. Этиология, патогенез, критерии диагностики, интенсивная терапия. Выбор тактики антибактериальной терапии. Выбор рациональной антибактериальной терапии в акушерстве. Тромбозы, факторы риска в акушерстве, диагностика, профилактика, лечение. Особенности применения антикоагулянтов в акушерстве. Острая дыхательная недостаточность в акушерстве. РДСВ, отек легких, пневмония. Этиология, патогенез,</p>	<p>Оценивать операционно-анестезиологический риск и исходную тяжесть состояния в соответствии с соматическим статусом. Анализировать функциональные и лабораторные методы исследования и мониторингования в периоперационном периоде, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма. Выявлять осложнения анестезии и интенсивной терапии и профилактировать их. Проводить базовый комплекс сердечно-легочной реанимации у беременных и родильниц. Разрабатывать план инфузионно-трансфузионной терапии в периоперационном периоде. Назначать инфузионные среды, компоненты крови и парентеральное питание в соответствии с действующими порядками оказания помощи и клиническими рекомендациями (протоколами лечения). Оценивать эффективность и безопасность инфузионно-трансфузионной терапии в периоперационный период.</p>	<p>Методикой использования различных шкал для оценки тяжести преэклампсии. ДВС-синдром в акушерстве. Этиология, патогенез, диагностика и интенсивная терапия. Массивная кровопотеря и геморрагический шок в акушерстве. Этиология, патогенез, диагностика и интенсивная терапия. Методиками венозного доступа. Основами мониторинга гемодинамики, дыхания, газового состава крови и КОС. Основами расчета инфузионно-трансфузионной терапии. Определением группы крови пациента, проведением проб на совместимость и выполнением внутривенного переливания крови и ее компонентов, препаратов крови. Интенсивная терапия тяжелой преэклампсии и эклампсии. Этиология, патогенез, оценка степени тяжести. Осложнения переливания крови и её компонентов. Септический шок. Этиология, патогенез, критерии диагностики,</p>	<p>УК-1; УК-3; УК-4 ОПК-4; ОПК-5; ОПК-8; ОПК-9; ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-7</p>
--	--	--	--	---

	<p>диагностика и интенсивная терапия. Интенсивная терапия анафилактического шока. Этиология, патогенез, диагностика и интенсивная терапия.</p>		<p>интенсивная терапия. Выбор тактики антибактериальной терапии. Выбор рациональной антибактериальной терапии в акушерстве. Тромбозы, факторы риска в акушерстве, диагностика, профилактика, лечение. Особенности применения антикоагулянтов в акушерстве. Острая дыхательная недостаточность в акушерстве. РДСВ, отек легких, пневмония. Этиология, патогенез, диагностика и интенсивная терапия. Интенсивная терапия анафилактического шока. Этиология, патогенез, диагностика и интенсивная терапия.</p>	
<p><b>7. Интенсивная терапия критических состояний в акушерстве.</b></p>	<p>Анестезия и интенсивная терапия у беременных с эндокринной (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, заболевания надпочечников, феохромоцитомы) патологией. Анестезия и интенсивная терапия у беременных с заболеваниями нервной системы (нарушения мозгового кровообращения, опухоль ЦНС, миастения, рассеянный склероз). Анестезия и интенсивная терапия у беременных с заболеваниями почек (пиелонефрит, ХПН, гломерулонефрит, МКБ). Анестезия и интенсивная терапия беременных с сердечно-</p>	<p>Прогнозировать интенсивность болевого синдрома в послеоперационном периоде. Составить план профилактики послеоперационного болевого синдрома. Оценить эффективность обезболивания. Выявлять и профилактировать дыхательную недостаточность в послеоперационном периоде.</p>	<p>Основами мониторинга гемодинамики, дыхания, газового состава крови и КОС. Интерпретацией шкалы боли у разных возрастных групп. Расчетом дозировки наркотических и ненаркотических анальгетиков. Методиками аппликационной, инфильтрационной и проводниковой местной анестезии.</p>	<p>УК-1; УК-3; УК-4 ОПК-4; ОПК-5; ОПК-8; ОПК-9; ОПК-10 ПК-1 ПК-7</p>



	сосудистой патологией (артериальная гипертония, пороки сердца, инфаркт миокарда, тромбозы). Анестезия и интенсивная терапия беременных с заболеваниями ЖКТ (хирургическая патология органов ЖКТ у беременных, вирусный гепатит, панкреатит, язвенная болезнь, колит, желудочно-кишечные кровотечения т.д.).			
8. Особенности анестезии и интенсивной терапии у женщин с экстрагенитальной патологией.	Шоковые состояния (этиология, патогенез, диагностика, основные принципы интенсивной терапии). Классификация шока: кардиогенный, гиповолемический, дистрибутивный (распределительный), обструктивный. Ожоговый шок: классификация, интенсивная терапия. Анафилактический шок в неотложной хирургии: этиология, основы диагностики и лечения.	Установить шоковое состояние, определить этиологию и оценить тяжесть состояния пациента на основании сбора анамнеза, осмотра пациента, интерпретации и анализа результатов функциональных и лабораторных исследований. Организовывать мониторинг временно и обратимо нарушенных функций организма при шоковых состояниях.	Основами мониторинга гемодинамики, дыхания, газового состава крови и КОС. Основами интенсивной терапии шоковых состояний (кардиогенного, гиповолемического, дистрибутивного (распределительного), обструктивного шока), и анафилактического шока.	УК-1; УК-3; УК-4 ОПК-4; ОПК-5; ОПК-8; ОПК-9; ОПК-10 ПК-1

## 2. Аттестационные материалы

Оценка теоретической подготовки ординатора проводится преподавателем на основании результатов тестирования, решения ситуационных задач, опроса.

По окончании изучения дисциплины предусмотрен зачет, который проводится на последнем практическом занятии в виде заключительного тестового контроля. Тестовые задания разработаны для каждой ДЕ и содержат от 20 до 30 вопросов. В тестовом задании ординатору задаются вопросы с возможностью выбора одного или нескольких правильных ответов из 4-5 предложенных. В тестовом задании на зачете ординатору задаются 50 вопросов с возможностью выбора одного правильного ответа из 4-5 предложенных.

### Примеры тестовых заданий

(УК-1; УК-3; УК-4; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-8; ОПК-9; ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-7)

1. Показания к госпитализации в отделение реанимации определяет:

- 1) главный врач больницы
- 2) зам. главного врача по лечебной части
- 3) профильный дежурный специалист приемного отделения
- 4) зав. отделением реанимации, а в его отсутствие дежурный реаниматолог
- 5) зав. профильным отделением

Ответ: 4.

2. Наблюдение за состоянием пациенток в посленаркозном периоде осуществляется анестезиологом-реаниматологом:

- 1) в течение 2-4 часов
- 2) в течение 4-8 часов
- 3) в течение 8-24 часов
- 4) в зависимости от вида анестезии
- 5) до стабилизации функции жизненно важных органов

Ответ: 5

3. В соответствии с основными задачами отделения анестезиологии и реанимации его персонал:

- 1) Определяет наиболее оптимальные методы общей и местной анестезии
- 2) Осуществляет общую и специальную подготовку к наркозу
- 3) Проводит обезболивание при акушерских операциях и родах
- 4) Проводит обезболивание при диагностических и лечебных процедурах

Ответ: Все ответы правильные

4. Во время третьего триместра беременности:

- 1) объем циркулирующей крови увеличивается
- 2) гематокрит увеличивается
- 3) функциональная остаточная емкость легких увеличивается
- 4) опорожнение желудка ускоряется
- 5) общее периферическое сосудистое сопротивление снижается

Ответ: 1, 3, 5

5. Объем циркулирующей крови в III триместре беременности в норме составляет:

- 1) 50-60 мл/кг
- 2) 60-70 мл/кг
- 3) 70-80 мл/кг
- 4) 80-90 мл/кг
- 5) 90-100 мл/кг

Ответ: 5.

6. Сколько миллилитров кислорода связывает 1 грамм гемоглобина при полном насыщении:

- 1) 0,52 мл
- 2) 1,34 мл
- 3) 2,0 мл
- 4) 2,5 мл
- 5) 5,0 мл

Ответ: 2.

7. Венозный возврат крови зависит от:

- 1) Объема циркулирующей крови
- 2) Внутригрудного давления
- 3) Положения тела
- 4) Изменения тонуса вен и скелетных мышц

Ответ: Все ответы правильные

8. Вода в сосудистом русле удерживается:

- 1) Увеличением коллоидно-онкотического давления
- 2) Увеличением осмолярности плазмы
- 3) Снижением гидростатического давления в капиллярах
- 4) Нормализацией состояния гликокаликса эндотелия капилляров
- 5) Все перечисленное

Ответ: 1, 3, 4

9. Гипервентиляция беременной в родах может привести к:

- 1) Вазодилатации церебральных и почечных сосудов
- 2) Судорогам
- 3) Смещению кривой диссоциации оксигемоглобина влево
- 4) Вазоспазму спиралевидных маточных сосудов
- 5) Метаболическому ацидозу плода

Ответ: 2, 3, 4, 5

10. Основными признаками остановки кровообращения являются:

- 1) отсутствие самостоятельного дыхания
- 2) отсутствие пульса на сонной артерии
- 3) отсутствие сознания
- 4) расширение зрачков

Ответ: 1, 2, 3

11. При проведении компрессий грудной клетки при СЛР у беременной ладони следует расположить:

- 1) на верхней трети грудины
- 2) в центре грудины
- 3) на границе средней и нижней трети грудины
- 4) по срединно-ключичной линии слева
- 5) на мечевидном отростке

Ответ: 2

12. При фибрилляции желудочков используется:

- 1) электрическая дефибрилляция
- 2) введение солей калия
- 3) введение солей кальция
- 4) введение солей магния
- 5) электрокардиостимуляция

Ответ: 1

13. Электрическая дефибрилляция неэффективна при:

- 1) фибрилляции желудочков
- 2) асистолии
- 3) фибрилляции предсердий

Ответ: 2.

14. Какие препараты применяются при остановке кровообращения:

- 1) атропин, мезатон, гидрокарбонат натрия
- 2) адреналин, амиодарон, лидокаин
- 3) строфантин, кальция хлорид, гидрокарбонат натрия
- 4) эуфиллин, калия хлорид, гидрокарбонат натрия
- 5) кальция хлорид, лидокаин, мезатон

Ответ: 2.

15. При проведении комплекса СЛР у беременных верно:

- 1) Соотношение дыханий и компрессий на грудину 1 вдох - 15 компрессий
- 2) Соотношение дыханий и компрессий на грудину 2 вдоха - 30 компрессий
- 3) Частота дыханий 15 -20 в минуту
- 4) Частота дыханий 10 - 12 в минуту
- 5) Дефибрилляция не показана до родоразрешения
- 6) Выполнение перимортального кесарева сечения в сроке более 20 недель
- 7) Выполнение перимортального кесарева сечения в сроке более 24 недель

Ответ: 2, 4, 6

### Ситуационные задачи

УК-1; УК-3;УК-4; ОПК-4;ОПК-5; ОПК-8; ОПК-9; ОПК-10

#### Задача 1.

Беременная О., 35 лет, в доношенном сроке (37 недель) доставлена в роддом машиной скорой медицинской помощи. Жалобы на кровянистые выделения из половых путей в течение часа. В приемном покое, после отъезда бригады СМП, в присутствии врача акушера-гинеколога и акушерки потеряла сознание. Дыхание - редкие, медленные вздохи. АД не определяется, пульс на периферических артериях не определяется.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие причины способны вызвать подобное состояние во время беременности?
3. С каких мероприятий следует начать оказание помощи?
4. Какие препараты (дозы, способ введения) необходимо использовать в данной ситуации?
5. Каковы особенности оказания помощи (СЛР) во время беременности?
6. Является ли родоразрешение лечебным мероприятием в данной ситуации и если является, то почему и в какие сроки необходимо его выполнить?
7. Какой метод анестезии необходимо использовать при родоразрешении в данной ситуации?
8. Входят ли хлорид кальция, атропин, 4% гидрокарбонат натрия, лидокаин в арсенал лекарственных препаратов при данной ситуации?

#### Задача 2.

Пациентке М. 58 лет предстоит операция экстирпация матки по поводу множественной миомы матки. После перенесенного ишемического инсульта в течение одного года принимает аспирин 75 мг и варфарин 5 мг в сутки.

1. С какой целью пациентка принимает аспирин и варфарин?
2. Какие методы исследования необходимы для оценки эффектов аспирина и варфарина в периоперационном периоде?
3. Нужно ли отменять или изменять дозу указанных препаратов перед операцией и за какой промежуток времени?
4. При отмене аспирина и варфарина какими препаратами можно заменить их до операции?
5. При возникновении показаний к экстренной операции как профилактировать массивную кровопотерю у данной пациентки?
6. Какой метод анестезии показан данной пациентке в плановой и экстренной ситуации?
7. Как проводить и как контролировать тромбопрофилактику в раннем послеоперационном периоде у данной пациентки и когда продолжить терапию аспирином и варфарином?
8. Что характеризует международное нормализованное отношение (МНО)?

9. Какие осложнения можно ожидать в данной клинической ситуации?

### **Задача 3.**

В приемный покой роддома бригадой СМП доставлена женщина 28 лет в сроке беременности 32-33 недели с жалобами на головную боль, мелькание мушек перед глазами, тошноту, боли в эпигастральной области. Моча по катетеру светлая, прозрачная в объеме 100 мл. Объективно: сознание ясное, очаговой неврологической симптоматики нет. Кожный покров бледно-розовый, теплый, выраженные отеки. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ЧД -18 в мин, АД - 170/110 мм рт.ст., ЧСС – 68 в мин, Живот увеличен в размерах за счет беременной матки, мягкий, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Выделений из родовых путей нет. Матка в нормотонусе. Сердцебиение плода выслушивается.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Какие методы исследования необходимы для оценки степени тяжести?
4. Какая терапия должна была проводиться на догоспитальном этапе (препараты, дозы, способ введения)?
5. Какая терапия должна была проводиться в стационаре с момента поступления (препараты, дозы, способ введения)?
6. Проводится ли в данной ситуации подготовка легких плода (СДР плода) и чем (препараты, дозы, способ введения)?
7. При консервативном родоразрешении какой метод обезболивания родов Вы выбираете (препараты, дозы, способ введения)?
8. При оперативном родоразрешении какой метод анестезии является оптимальным (препараты, дозы, способ введения)?
9. Если выбрана общая анестезия, то какой препарат будет использован для вводного наркоза?
10. Что повлияет на выбор метода обезболивания родов или операции кесарева сечения у данной пациентки?
11. Какие вероятные осложнения могут встретиться при данной акушерской патологии?

### **Задача 4.**

Во время операции кесарева сечения в условиях спинальной анестезии развилась гипотония матки и интраоперационная кровопотеря достигла объема 2000 мл и не останавливается. Отмечается повышенная кровоточивость в операционной ране, сгустки не образуются. АД 70/40 мм рт.ст., ЧСС -120 в мин. В общем анализе крови гемоглобин 45 г/л, эритроциты  $1,25 \cdot 10^{12}/л$ , тромбоциты  $30 \cdot 10^9 /л$ .

1. Нужно ли изменить метод анестезии в данной ситуации, и если менять то на какой?
2. Какова степень тяжести кровопотери?
3. Есть ли показания для применения синтетических коллоидов?
4. Есть ли показания для применения кристаллоидов?
5. Есть ли показания для применения вазопрессоров и если есть, то каких?
6. Какие еще методы исследования необходимы для определения тактики трансфузионной терапии?
7. Какие компоненты крови необходимы в данной ситуации и как контролировать эффективность проводимой терапии?
8. Какие гемостатические препараты могут использоваться в данной ситуации?

### **Задача 5.**

У пациентки Ж., 34 лет, 3 беременность, предстоят 3 роды, в сроке беременности 39-40 недель через 20 мин после вскрытия плодного пузыря резко ухудшилось состояние: сознание сопор, развилась одышка, появился цианоз, АД 40/20 мм рт.ст., ЧСС -145 в мин. Из родовых путей началось кровотечение, сгустки не образуются. Анурия. Матка в нормотонусе. Сердцебиение плода резко приглушено.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Каков патогенез данной патологии?
4. Какие первоочередные мероприятия и какая терапия должны быть начаты в данной ситуации?
5. Является ли родоразрешение лечебным мероприятием в данной ситуации и если является, то почему и в какие сроки должно быть выполнено?
6. Какие меры профилактики возможны при данной патологии?
7. Какие осложнения можно ожидать при данной патологии?

#### **Задача 6.**

Пациентка Д., 32 лет, беременность 2, роды 2. Самостоятельно родоразрешилась мальчиком 3700 г, с оценкой по Апгар 2 балла. Послед отделился без затруднений. Кровопотеря в родах 300 мл. Сразу после родоразрешения состояние пациентки резко ухудшилось. Сознание – спутанное, кожный покров бледной окраски. АД- 70/40 мм рт. ст., ЧСС -130 уд в мин. Наружного кровотечения нет. При ручном обследовании полости матки обнаружен дефект стенки матки.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какова природа шока и какова его степень тяжести?
3. Какова дальнейшая акушерская тактика?
4. Какие мероприятия интенсивной терапии должны быть проведены в данной ситуации в родовой?
5. Метод выбора анестезии для проведения лапаротомии?
6. Какие осложнения можно ожидать при данной патологии?
7. Какой предполагаемый состав инфузионно- трансфузионной терапии?

#### **Задача 7.**

У первородящей женщины с преэклампсией умеренной степени в сроке беременности 38 недель в родах с началом потуг АД повысилось до 180/110 мм рт.ст. Головной боли нет. Зрение ясное. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. По данным влагалищного исследования головка плода находится в узкой части полости малого таза, плодный пузырь отсутствует.

1. Ваш диагноз?
2. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Какие методы исследования необходимы для оценки степени тяжести?
4. Какая терапия должна быть проведена незамедлительно (препараты, дозы, способ введения)?
5. При наличии условий для родоразрешения через естественные родовые пути ваша тактика?
6. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести у данной пациентки в послеродовом периоде?
7. Тактика ведения в послеродовом периоде?

#### **Задача 8.**

Первобеременная женщина, в сроке 37 недель доставлена машиной скорой помощи в приемный покой родильного дома в бессознательном состоянии. Во время транспортировки были судороги. Кожные покровы цианотичной окраски. Из рта выделяется пена, окрашенная кровью. АД - 200/100, 190/95 мм рт.ст.

Тоны сердца плода 140 ударов в минуту, ясные, ритмичные. При влагалищном исследовании: шейка матки раскрыта на 5 см. Плодный пузырь цел. Головка плода основанием малого сегмента во входе в малый таз. В анализе мочи – белок 5,0 г/л.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Какие осложнения можно ожидать при данном состоянии?
4. Какие первоочередные мероприятия должны быть предприняты в данной ситуации?
5. Какой способ родоразрешения необходим в этой ситуации?
6. Какой метод анестезии является методом выбора при экстренном родоразрешении путем операции кесарева сечения?
7. Объем и состав интенсивной терапии в послеродовом периоде?

#### **Задача 9.**

Пациентка Ж. с первичным бесплодием в течение 7 лет наблюдалась в клинике ВРТ (вспомогательных репродуктивных технологий). Предпринята 2 попытка ЭКО, проведена стимуляция суперовуляции. Произведена пункция фолликулов, получено 20 ооцитов. На 2-й день после пункции появился дискомфорт в брюшной полости, вздутие живота. На 4-й день жалобы на чувство «распирания» увеличились, появилась слабость, тошнота, однократно рвота. Темп диуреза снижен. Клинически – живот увеличен в объеме за счет асцита, тоны сердца приглушены. АД - 90/40 мм рт.ст. В ОАК: Лейкоцитоз -  $27 \times 10^9$ /л, гематокрит- 45%.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Требуется ли госпитализация в стационар?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза и тяжести патологии?
4. Каков патогенез данной патологии?
5. Каковы факторы риска возникновения подобного осложнения и их профилактика?
6. Какие осложнения необходимо профилактировать при данном состоянии?
7. Основные составляющие интенсивной терапии (препараты, дозы)?
8. Объем и состав инфузионной терапии?

#### **Задача 10.**

Пациентке 50 лет в плановом порядке была выполнена экстирпация матки с придатками по поводу с-г in situ. Анамнез: Страдает варикозным расширением вен нижних конечностей, ИМТ>35. Внезапно, на 2-е сутки после операции появились жалобы на боль в груди, одышку, цианоз верхней половины туловища, кровохарканье.

Объективно: состояние больной тяжелое. Цианоз верхней половины туловища, шейные вены набухшие. Одышка до 40 в мин, АД - 80/50 мм рт.ст., тахикардия до 120-130 уд/мин. Тоны сердца глухие, акцент второго тона над легочной артерией. На ЭКГ – признаки перегрузки правых отделов сердца.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные инструментальные методы исследования необходимы для постановки диагноза? Опишите последовательность действий.
3. Какие дополнительные лабораторные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. О чем может свидетельствовать значение D-димера-1500 нг/мл?
5. Какова лечебная тактика?
6. Что было необходимо сделать до операции, какие дополнительные методы исследования, каковы меры профилактики и предпочтительный метод анестезии?
7. Как долго и какими антитромботическими препаратами необходимо продолжать терапию после операций?

### **Задача 11.**

Родильница П., 28 лет, находится в послеродовом отделении с диагнозом: Послеродовый период, 4-е сутки. Роды 1 срочные, в 39 недель. Плотное прикрепление плаценты. Ручное отделение и выделение плаценты. На 4-е сутки послеродового периода появились жалобы на озноб, слабость, боли в животе, мутные выделения. Объективно: состояние средней тяжести, температура 38,3° С, пульс 96 ударов в мин. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Дно матки на уровне пупка, при пальпации отмечается болезненность. Выделения мутные, кровянистые скудные, с запахом.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные инструментальные методы исследования необходимы для постановки диагноза?
3. Какие дополнительные лабораторные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Какова акушерская тактика?
5. Выбор антибактериальной терапии?
6. Состав инфузионной терапии?

### **Задача 12.**

Пациентка М. 23 года, 6-е сутки после первых оперативных родов при беременности 39 недель по поводу клинически узкого таза. Безводный период 15 часов. Общее состояние тяжелое. Жалобы на общую слабость, головную боль. АД -90/60, 80/50 мм рт.ст., ЧСС - 126 ударов в мин., t 39,9°С. Кожные покровы бледные, язык влажный. Живот мягкий, участвует в акте дыхания. По ходу послеоперационного рубца выраженная инфильтрация. Кожа над ней гиперемирована, пальпация болезненна. Дно матки на уровне пупка. Влагалищное исследование: шейка матки в стадии формирования. Матка округлой формы, увеличена до 18 недель беременности, болезненная при пальпации. Придатки с обеих сторон определить не удается. Передний свод, клетчатка боковых сводов инфильтрирована. Из полости матки обильные гнойные выделения. Абсцесс передней брюшной стенки вскрыт, послеоперационная рана до апоневроза разведена, отделяемое гнойное. В анализах крови в динамике нарастание анемии: Hb - с 94,7 до 68 г/л, лейкоцитоза с 10,7 до 18,3x10<sup>9</sup> /л, палочкоядерный сдвиг 9%, СОЭ 65 мм/ч.

1. Каков предварительный диагноз?
2. Какие первоочередные исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Что необходимо для установления диагноза сепсис?
4. Какая стартовая антибактериальная терапия должна быть начата в подобной ситуации (препараты, дозы, способ введения)?
5. Необходима ли инфузионная терапия, а если необходима то какая?
6. Необходима ли трансфузионная терапия компонентами крови, а если необходима, то какие компоненты и при каких условиях?
7. Какова акушерская тактика, в каком объеме необходима санация очага?

### **Задача 13.**

Пациентка Е., 32 лет, с ОАА (антенатальная гибель плода) находилась в отделении патологии беременности с диагнозом: беременность 28 недель, преэклампсия средней степени тяжести. В 1<sup>00</sup> ночи она пожаловалась на боли в поясничной области и внизу живота, слабость, головокружение. При осмотре: сознание ясное, несколько заторможена. Кожный покров бледный, влажный. Дыхание с частотой до 20-22 в мин., хрипов нет. АД - 60/40 мм рт.ст. Живот мягкий, увеличен за счет беременной матки. Матка в гипертонусе, болезненная при пальпации, сердцебиение плода не выслушивается. Выделений из половых путей нет.

1. Каков предварительный диагноз? С чем связано изменение состояния?
2. Какие первоочередные исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Есть ли необходимость в проведении тромбоэластографии?



4. Есть ли необходимость в ЭКГ?
5. Какая стартовая терапия должна быть начата в подобной ситуации (манипуляции, препараты, дозы, способ введения)?
6. Необходима ли инфузионная терапия, а если необходима то какая (препараты, дозы, способ введения)?
7. Необходима ли трансфузионная терапия компонентами крови, а если необходима, то какие компоненты и при каких условиях?
8. Есть ли необходимость в применении гемостатических препаратов и каких (препараты, дозы, способ введения)?
9. Есть ли необходимость в применении вазопрессоров, а если есть то каких?
10. При оперативном родоразрешении, какой метод анестезии Вы выберете и какие препараты для анестезии будете использовать?
11. Какие осложнения могут возникнуть при данной патологии?

#### **Задача 14.**

Пациентка К. 35 лет, находилась в родовом зале в сроке беременности 38 -39 недель с преждевременным излитием околоплодных вод. В связи с длительным безводным периодом в/венно введен ампициллин 1 г. Через 5 мин у пациентки появилась слабость, головокружение, однократно рвота, холодный и липкий пот. АД – 80/40 мм рт.ст., ЧСС – 120 в мин., пульс нитевидный, сознание спутанное.

1. Каков ваш диагноз?
2. Какой вид шока у данной пациентки?
3. Возможные осложнения?
4. Каковы первоочередные мероприятия?
5. Какую интенсивную терапию необходимо проводить?
6. Какие дополнительные исследования необходимы?
7. Акушерская тактика?

#### **Задача 15.**

Пациентка Ж., 17 лет, поступила в стационар с диагнозом: криминальный аборт при сроке беременности 12 недель три дня назад. Выделения из половых путей мутные, кровянистые с неприятным запахом. Кожный покров бледный, t тела 39°, петехиальная геморрагическая сыпь. Сознание пациентки спутанное, тахипное до 29 в мин., аускультативно - хрипов нет. АД -80/40 мм рт.ст., ЧСС 120 в мин. Лабораторно: тромбоциты  $100 \times 10^9/\text{л}$ , фибриноген 1 г/л, прокальцитонинный тест  $> 10 \text{ нг/мл}$ .

1. Каков предварительный диагноз?
2. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Есть ли в данном случае ДВС – синдром?
4. Какая стартовая терапия должна быть начата в подобной ситуации (манипуляции, препараты, дозы, способ введения)?
5. Состав инфузионно -трансфузионной терапии (препараты, дозы, способ введения)?
6. Есть ли необходимость в применении вазопрессоров, а если есть то каких?
7. Есть ли необходимость в оперативном вмешательстве и в каком объеме?
8. Какие осложнения могут возникнуть при данной патологии?

### **3. Технологии и критерии оценивания**

Результат оценивается как «зачтено» или «не зачтено», знания по дисциплине засчитываются, если есть положительный ответ на 70% и более тестовых заданий по данной дисциплине.

1. Положительный ответ на менее чем 70% тестовых заданий свидетельствует о несформированности компетенций по дисциплине.

2. Положительный ответ на 70– 80% тестовых заданий свидетельствует о низком уровне сформированности компетенций по дисциплине.
3. Положительный ответ на 81– 90% тестовых заданий свидетельствует о среднем уровне сформированности компетенций по дисциплине.
4. Положительный ответ на 91–100% тестовых заданий свидетельствует о высоком уровне сформированности компетенций по дисциплине.